

ARTÍCULO ORIGINAL

Características clinicoepidemiológicas de pacientes ingresados por crisis hipertensivas en la Unidad de Cuidados Intensivos de Santa Lucía

Clinical epidemiological characteristics of hospitalised patients due to hypertensive crisis in the Intensive Care Unit of Santa Lucia

MSc. Iris García López ¹ y MSc. Arístides de Jesús Luna González ²

¹ Licenciada en Enfermería. Máster en Urgencias Médicas. Instructora. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de II Grado en Anestesiología y Reanimación. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo de 117 pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Victoria" de Santa Lucía por presentar crisis hipertensivas, desde enero hasta octubre de 2008, a fin de caracterizarles según variables clinicoepidemiológicas (edad, sexo, así como antecedentes patológicos personales y familiares, entre otras). Se halló que los malos hábitos dietéticos y los estilos de vida inadecuados favorecieron el descontrol de la tensión arterial, de manera que los cuidados y labor educativa de enfermería fueron determinantes en la disminución de los graves efectos ejercidos por los factores de riesgo encontrados.

Palabras clave: crisis hipertensivas, acciones de enfermería, educación sanitaria, descontrol de la tensión arterial, Santa Lucía

ABSTRACT

A descriptive and prospective study was carried out in 117 patients hospitalised in the Intensive Care Unit of "Victoria" Hospital in Santa Lucia due to hypertensive crisis, from January to October, 2008, aimed at characterize them according to clinical epidemiological variables (age, sex, as well as personal and family backgrounds, among others). It was found that the bad dietary habits and inappropriate life styles favoured the uncontrolled blood pressure so that care and nursing educative work were determinant in decreasing the severe effects exerted by the risk factors found.

Key words: hypertensive crisis, nursing actions, health education, uncontrolled blood pressure, Santa Lucía

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental, y étnicos. La prevalencia ha ido en aumento, asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos;¹ de manera que se estima que 691 millones de personas la padecen y que está presente en la mayoría de los millones de muertes causadas por enfermedades coronarias del corazón y vasculares encefálicas.^{2,3}

De hecho, la prevalencia mundial de hipertensión arterial se sitúa entre 500 y 700 pacientes por cada 100 000 habitantes y la mortalidad oscila entre 35 y 200 por igual tasa. En Estados Unidos de Norteamérica se considera que entre 50 a 100 estadounidenses mueren anualmente por cada 100 000 habitantes y que la mortalidad se incrementa especialmente con la edad, de modo que se duplica virtualmente cada 5 años.³

En el área del Caribe la hipertensión arterial afecta 20 % de su población, siendo Jamaica y Santa Lucía dos de las naciones de mayor morbilidad y mortalidad por esta afección.² En esta última, una Encuesta Nacional de Factores de Riesgos y Actividades Preventivas evidenció que del total de los hipertensos detectados solo 60,8 % eran conocidos, de los cuales 75 % tenían tratamiento y de estos 12,3 % cumplía tratamiento no farmacológico. Del total de hipertensos conocidos, 45,2 % estaban controlados, de manera que la prevalencia del trastorno varía entre 30 y 50 %, pero en todo caso está muy por encima de la que realmente registra el sistema sanitario o es conocida por el propio paciente.⁴

Consciente de la necesidad de abordar este gran problema de salud pública, la Junta de Santa Lucía puso en marcha la Estrategia Regional de Salud Cardiovascular 2005-2007, de donde se derivó la elaboración de un programa de lucha contra la hipertensión arterial, que además de incluir la prevención, la detección precoz y el tratamiento mantenido de esta alteración, enfatizaba en la adopción de medidas educativas tendientes a producir cambios en el estilo de vida de la población, sobre todo en individuos jóvenes. La valoración de cómo habían repercutido tales medidas sanitarias, tanto clínica como epidemiológicamente, justificó la realización de este artículo por personal cooperante cubano en ese territorio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo de los 117 pacientes ingresados, por presentar crisis hipertensivas, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Victoria de Santa Lucía, desde enero hasta octubre de 2008, a fin de caracterizarles según variables clinicoepidemiológicas.

Entre las principales variables analizadas figuraron: edad (desde 40 hasta 80 y más años), sexo (femenino y masculino), antecedentes patológicos personales (diabetes mellitus, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica, entre otros) y familiares (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cardiopatías, enfermedades renales y otras).

Los factores dietéticos incluyeron ingestión de sal (los que agregaban más de una cucharada rasa en el proceso de cocción de los alimentos o después de elaborado) y grasa (de animal, mantequilla...).

En cuanto al peso corporal y la talla, se tuvieron en cuenta la declaración del paciente o del familiar entrevistado al respecto, los documentos disponibles en el momento del ingreso, así como la observación de la autora principal de este artículo.

La evaluación nutricional de cada paciente se calculó mediante el conocido método del índice de masa corporal (IMC).

Actividad habitual: Sedentario o no, en dependencia de si realizaba trabajo con gasto de energía y ejercicios físicos habitualmente o no los efectuaba.

Cumplimiento del plan terapéutico medicamentoso: Se consideró si el paciente cumplía o no rigurosamente lo indicado por el médico para controlar su enfermedad.

Tratamiento aplicado según los procedimientos de enfermería en la unidad de cuidados intensivos: Se valoró sobre la base de lo prescrito por el médico y cumplimentado por la enfermera, que incluía, entre otras acciones: medición de la tensión arterial, canalización venosa y aplicación de oxígeno.

Síntomas: De acuerdo con lo referido por el paciente, a saber: vértigos, cefalea, dolor precordial, confusión y desorientación, entre otros.

Complicaciones: Se consideraron las producidas a partir de la aparición de la emergencia hipertensiva, tales como: infarto agudo del miocardio, accidente vascular encefálico y edema agudo del pulmón, entre otras.

Tiempo de estabilización de la tensión arterial: Se agrupó tomando en cuenta cuándo se normalizaron las cifras de tensión arterial: en menos de 1 hora y más de ese intervalo.

Estado al egreso: Vivo con ingreso hospitalario (especificando los principales procedimientos de enfermería ejecutados durante su estadía institucional) o de alta a su hogar y fallecido.

RESULTADOS

Del total de pacientes (**tabla 1**) predominaron los de 80 y más años (37, para 31,6 %), de los cuales 11 eran del sexo masculino (9,4 %) y 26 del femenino (22,2 %).

Tabla 1. *Pacientes según grupos etarios y sexo*

Grupos etarios (en años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
40-49	6	5,1	4	3,4	10	8,6
50-59	6	5,1	9	7,7	15	12,8
60-69	10	8,6	15	12,8	25	21,4
70-79	10	8,6	20	17,1	30	25,6
80 y más	11	9,4	26	22,2	37	31,6
Total	43	36,8	74	63,2	117	100,0

En la **tabla 2** se observa que más de la mitad de los pacientes (70, para 59,8 %) presentaba hipercolesterolemia como enfermedad asociada y que la hipertensión arterial constituyó el antecedente patológico familiar preponderante (95,7%).

Tabla 2. *Pacientes según antecedentes patológicos personales y familiares*

Enfermedades asociadas	Personales		Familiares	
	No.	%*	No.	%*
Hipertensión arterial	-	-	112	95,7
Hipercolesterolemia	70	59,8	100	85,5
Cardiopatía isquémica	58	49,6	91	77,7
Enfermedades cerebrovasculares	56	47,9	76	65,0
Diabetes mellitus	25	21,4	46	39,3
Enfermedades renales	21	18,0	33	28,2
Otras	19	16,2	30	25,6

* % calculado sobre la base del total de pacientes ingresados

Como bien se muestra en la **tabla 3**, en la casuística prevalecieron los pacientes que tenían un estilo de vida sedentario (64, para 54,7 %), seguidos por los que se mantenían sobrepeso (52,2 %), fundamentalmente entre los primeros (45,3 %).

Tabla 3. *Pacientes según índice de masa corporal y actividad diaria*

Índice de masa corporal	Actividad diaria					
	No sedentario		Sedentario		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sobrepeso	8	6,9	53	45,3	61	52,2
Peso normal	30	25,6	9	7,7	39	33,3
Bajo peso	15	12,8	2	1,7	17	14,5
Total	53	45,3	64	54,7	117	100,0

En la **tabla 4** se aprecia que 82,1 % de los integrantes de la serie consumían grasa saturada y 78,6 % elaboraban los alimentos con exceso de sal, con predominio de los que padecían de hipertensión arterial en ambos casos, dado por 69,2 y 67,5 %, respectivamente).

Tabla 4. *Pacientes según hábito dietético y cumplimiento del tratamiento médico*

Hábito dietético	Cumplimiento del tratamiento médico					
	Sí		No		Total	
	No.	% *	No.	% *	No.	%
Consumo de grasa saturada	15	12,8	81	69,2	96	82,1
Alto consumo de sal	13	11,1	79	67,5	92	78,6
Tratamiento adecuado de la tensión arterial	19	16,2	2	1,7	21	18,0

* Calculado sobre la base del total de pacientes estudiados

En la **tabla 5** se distribuyen numéricamente las principales acciones de enfermería recibidas por los pacientes.

Tabla 5. *Pacientes según acciones de enfermería recibidas*

Acciones de enfermería	Total	
	No.	%*
Toma de los signos vitales	117	100,0
Canalización venosa	117	100,0
Aplicación de oxígeno	112	95,7
Realización de electrocardiograma	110	94,0
Charlas educativas sobre su enfermedad	100	85,5
Otros	63	53,9

*Calculado sobre la base del total de pacientes estudiados

Las complicaciones más comúnmente halladas resultaron ser el accidente vascular encefálico (35 afectados, para 29,9 %), seguido por el edema agudo del pulmón (22,2 %) y por el infarto del miocardio (16,2 %) en ese orden; los pacientes controlados en menos de una hora (102, para 87,2 %) y los que egresaron con tratamiento (79, para 67,5 %) ocuparon la primacía.

DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es una afección que tiene un gran interés clínico, epidemiológico y social por sus grandes efectos sobre la salud, la longevidad y las actividades laborales y sociales del paciente, que repercuten sobre él mismo, la familia y la sociedad.

En la casuística predominaron los pacientes de 80 y más años, en correspondencia con los patrones demográficos y el franco proceso de envejecimiento poblacional, fundamentalmente por la disminución de los nacimientos. A medida que se envejece aumenta el riesgo de padecer de hipertensión arterial, pero también, según se tengan más factores de riesgos asociados, la probabilidad de padecerla será mayor.

Los hallazgos de esta serie concuerdan con lo referido en otros documentos foráneos sobre el tema; pero no así con lo descrito en la comunidad aborigen Wichi-Chorote de Santa Victoria Este, provincia de Salta (Argentina), donde la prevalencia de HTA fue mayor en el sexo masculino y aumentó notablemente con la edad (59 % en mayores de 65 años).⁴

La HTA coexiste a menudo con otros factores de riesgo cardiovascular, sobre todo metabólicos, como dislipidemia, diabetes mellitus y obesidad, que componen el riesgo cardiovascular absoluto o global de un individuo. En el estudio, como enfermedad asociada, predominó la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial constituyó el antecedente patológico familiar preponderante.

Las cardiopatías, el ictus y la enfermedad arterial periférica suelen estar más relacionados con el aumento de la tensión arterial sistólica que con la elevación de la diastólica en todas las edades, en ambos sexos y con independencia de los antecedentes patológicos familiares.⁵

En el estudio predominaron los pacientes con un estilo de vida sedentario y los que se mantenían sobrepeso, lo que facilitaba la hipertensión arterial y su agravamiento, de ahí la emergencia hipertensiva por la cual fueron atendidos.

No existen dudas de que la obesidad de tercer grado acorta la esperanza de vida, sobre todo cuando el IMC es de 40 o más; gravedad incluso mayor que cuando se asocian diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia, que apenas constituyen la punta de la pirámide de esa condición clínica definida por el excesivo cúmulo de tejido adiposo blanco en el cuerpo humano.⁶

En México, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000),⁷ la prevalencia global de obesidad fue de 24,4 % y se incrementó a medida que era más alto el IMC en todos los grupos etarios.

Según la organización Mundial de la Salud⁸ los resultados del estudio DASH⁹ revelaron que una dieta rica en frutas y vegetales por 8 semanas, disminuyó la tensión arterial a 7,2 mm de Hg la sistólica y 2,8 la diastólica, con independencia de sexo y color de la piel.

Las atenciones constantes y directas a los pacientes con crisis hipertensivas y la observación detallada de los signos vitales, constituyeron medidas primordiales para la evolución y recuperación de estos. El personal de enfermería pueda realizar intervenciones más intensas en las personas de mayor riesgo, según muchas de las recientes recomendaciones de expertos.^{10,11}

Los cuidados y labor educativa de enfermería fueron determinantes en la disminución de los graves efectos ejercidos por los factores de riesgo encontrados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, et al. Recommendations for blood pressure measurements in humans and animals. *Circulation* 2005; 111(5):697-716. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15699287>> [consulta: 19 junio 2009].
2. Características de los pacientes con hipertensión arterial no controlada. <<http://www.intermedicina.com/Avances/Clinica/ACL45.htm>> [consulta: 19 junio 2009].
3. Jones CA, Francis ME, Eberhardt MS, Chavers B, Coresh J, Englgau M, Jones CP, et al. Microalbuminuria in the US population: third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis* 2002; 39(3):445-59.
4. Carbajal HA, Salazar MR, Riondet B, et al. Variables asociadas a hipertensión arterial en una región de la Argentina. *Medicina (Buenos Aires)* 2001; 61:801-9.
5. Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Banegas Banegas JR, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36 (Supl 2):23.
6. Aguirrezabala JR, Bajo J, Quindimil Vázquez JA. Hipertensión arterial. *AMF* 2006; 2(7):371-84.

7. Velázquez Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelín Hernández G. Hipertensión arterial en México: resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA). 2000. Arch Cardiol Mex 2002; 72(1):71-84.
<<http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2002/ac0211.pdf>> [consulta: 19 junio 2009].
8. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión arterial. Informe de un grupo de científicos de la OMS (serie de informes técnicos 442). Ginebra: OMS, 2006:28.
9. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. The DASH collaborative Research Group. NEJM 1997; 336 (17):1117-24.
10. Pérez Caballero M. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008:44-6.
11. Actualización de las crisis hipertensivas
<<http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20098.pdf>> [consulta: 19 junio 2009].

Recibido: 20 de mayo de 2010

Aprobado: 4 de junio de 2010

MSc. Iris García López. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.

Dirección electrónica: igarcial@ucilora.scu.sld.cu