

Multimed 2018; 22 (2)

MARZO-ABRIL

ARTICULO ORIGINAL

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS GRANMA CELIA SÁNCHEZ
MANDULEY. MANZANILLO**

Factores de riesgos asociados con la aparición de crisis hipertensivas en pacientes de un área de salud manzanillera

Risk factors associated with the onset of hypertensive crises in patients in an Manzanillean health area

Esp. MGI Roberto Figueredo Remón, MsC. Leidys Proenza Fernández, Esp. 2º MGI Yurieth Gallardo Sánchez, Esp. 2º MGI Odalis Norma Tabernilla Guerra.

Facultad de Ciencias Médicas de Granma Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial representa hoy en día un problema y un reto para la salud pública en todos los países debido a su alta prevalencia.

Objetivo: determinar el comportamiento de las crisis hipertensivas en pacientes dispensarizados con hipertensión arterial pertenecientes al consultorio médico de la

familia No. 30 del policlínico Hermanos Labrada del municipio Manzanillo-Granma en el período de diciembre 2015 a diciembre 2016.

Material y método: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. El universo de estudio estuvo constituido por 157 pacientes mayores de 18 años; mediante el uso del muestreo probabilístico aleatorio simple quedó la muestra constituida por 50 pacientes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, ocupación, grado de hipertensión arterial, factores de riesgo, así como tipo de crisis hipertensiva. Los datos se recogieron mediante una encuesta de recolección de datos.

Resultados: predominaron los pacientes de 49-53 años de edad (28 %), masculinos (31,4 %), trabajadores con hipertensión grado II (52 %); la ingestión de alcohol y el hábito de fumar fueron los factores de riesgo modificables predominantes e incidieron en las urgencias hipertensivas con un 42,5 % y 27,5 %; respectivamente.

Conclusiones: se determinó la prevalencia de los factores de riesgo sobre las crisis hipertensivas en el Policlínico Hermanos Labrada que ayudaría a la toma de decisiones para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y en otros contextos clínicos similares.

Palabras clave: hipertensión, urgencias médicas, atención ambulatoria, factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: arterial hypertension represents today a problem and a challenge for Public Health in all countries due to its high prevalence.

Objective: to determine the behavior of hypertensive crises in patients with high blood pressure dispensed from the family doctor's office No. 30 from Hermanos Labrada polyclinic in the municipality of Manzanillo-Granma from December 2015 to December 2016.

Material and method: observational, descriptive and retrospective study. The universe of study was constituted by 157 patients older than 18 years; by using simple random probabilistic sampling, the sample consisted of 50 patients, who met the inclusion and exclusion criteria. The variables studied were age, sex, occupation, degree of arterial hypertension, risk factors, as well as type of hypertensive crisis. The data was collected through a data collection survey.

Results: patients 49-53 years of age (28 %), men (31.4 %), workers with

hypertension grade II (52 %) predominated; alcohol intake and smoking were the predominant modifiable risk factors and affected hypertensive emergencies with 42.5 % and 27.5 %; respectively.

Conclusions: the prevalence of risk factors on hypertensive crises was determined in the Hermanos Labrada Polyclinic that would help in decision-making to improve the quality of life of these patients and in other similar clinical contexts.

Key words: hypertension, emergencies, ambulatory care, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica y sistémica de etiología multifactorial que consiste en la elevación crónica de las cifras de presión arterial por encima de los valores considerados como los normales. El valor óptimo de la presión arterial debe ser menor o igual a 120/80 milímetros de mercurio (mmHg). Se considera hipertensión arterial cuando las cifras de presión arterial sistólica son iguales o mayor de 140 mmHg y 90 mmHg de presión arterial diastólica y ante la presencia de enfermedades como diabetes, enfermedad renal crónica estos valores están en límite de 130/80 mmHg. Se asocia con daños importantes de órganos blanco (corazón, riñones, vasos sanguíneos, órgano de la visión y encéfalo). Todas estas condiciones aumentan, importantemente, los riesgos de eventos cardiovasculares.¹

Esta enfermedad representa hoy en día un problema y un reto para la salud pública en casi todos los países debido a su alta prevalencia. En España se estima que la padecen aproximadamente el 20 % de la población de 20 o más años de edad y presenta repercusiones sociales que afectan tanto a la esfera individual del enfermo, como familiar y laboral; en México la prevalencia informada entre los 20 y 69 años fue del 30 %, es decir, más de 15 millones de mexicanos, en dicho grupo de edad. Chile describe que es la enfermedad crónica más común y la prevalencia ajustada es de aproximadamente 11 %.²

En Cuba se estima que la prevalencia oscila entre 15 y 20 % (mayor de 160/95), y entre 28 y 32 % (mayor de 140/90), en la población mayor de 15 años. La mortalidad por esta afección ha ido disminuyendo años tras año. La incidencia entre la población dispensarizada alcanzó la cifra de 14,9 dispensarizados por 1000 habitantes en el año

2000 y su tendencia es ascendente. La prevalencia también se elevó de una tasa de 97,6 enfermos x 1000 habitantes en el 2000, a 129,3 x 1000 habitantes en el 2001.³

En la HTA existe un grupo de factores de riesgos conocidos, prevenibles y modificables, que requiere de los pacientes entender el impacto de dichos factores en su enfermedad y la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su nuevo estilo de vida saludable; todo esto traducido en un compromiso responsable con la enfermedad. Los factores de riesgo descritos en diversas investigaciones incluyen una dieta no saludable, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol y el estrés. Actualmente se considera que estos factores de riesgo aumentan a medida que cambian las condiciones de vida y de trabajo de las personas hacia hábitos alimenticios menos saludables (ejemplo: mayor consumo de alimentos ricos en grasas, azúcares y sales), menor exigencia de actividad física por estilos de vida sedentarios y permisividad del consumo de sustancia psicoactivas ilegales.^{4, 5}

Las crisis o elevaciones bruscas de la presión arterial se dividen de acuerdo con el V Reporte del Comité Nacional Conjunto para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Elevada en urgencias y emergencias⁶ en crisis hipertensiva simple o urgencias hipertensivas: es la elevación de la presión arterial diastólica por encima de 130 mmHg, pero sin producir disfunción aguda de órgano alguno, es decir, no hay edema pulmonar, ni trastorno renal o neurológico. Se puede tratar con fármacos sublinguales y orales, algunas veces en forma ambulatoria y la emergencia hipertensiva, entendida como la elevación severa de la presión arterial, que causa disfunción potencialmente letal de algún órgano blanco, y por lo tanto exige corrección inmediata de las cifras tensionales por considerarse este factor el desencadenante de la lesión clínica.

Las urgencias son crisis sintomáticas que no requieren disminuir la presión arterial inmediatamente. En las emergencias ocurre ataque a un órgano diana (corazón, riñón, cerebro, etc.); hay peligro de muerte y la presión debe reducirse con rapidez relativa, pero sin causar una hipotensión que pudiera agravar la isquemia.⁷

Los autores propusieron como objetivo de la investigación determinar el comportamiento de las crisis hipertensivas en pacientes dispensarizados con

hipertensión arterial pertenecientes al consultorio médico de la familia No. 30 del policlínico Hermanos Labrada del municipio Manzanillo, provincia Granma en el período diciembre 2015 – diciembre 2016.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia (CMF) No. 30 del Policlínico Hermanos Labrada del municipio Manzanillo, provincia Granma, con medidas iniciales en diciembre 2015 y finales en diciembre 2016.

El universo de estudio estuvo constituido por 157 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de HTA y mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple quedó la muestra constituida por 50 pacientes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Se estudiaron las variables edad (se agrupó según los siguientes intervalos estadísticos: 18-22, 23-27, 28-32, 33-37, 38-42, 43-48, 49-53, 54-58, 59-63, 64 y más), sexo (según sexo biológico en masculino y femenino). La ocupación se agrupó según el vínculo laboral en el momento del estudio (desempleado, trabajador, ama de casa, estudiante y jubilado).

El grado de hipertensión se describió según grados (Grado I: 140-159 / 90-99 mmHg; Grado II: 160-179 / 100-109 mmHg; Grado III: >180 / >110 mmHg). Los factores de riesgo modificables se clasificaron en hábito de fumar, hipercolesterolemia, estrés, diabetes mellitus, obesidad, sedentarismo, ingestión de bebidas alcohólicas, ingestión de café. La crisis hipertensiva se describió en urgencia hipertensiva y emergencia hipertensiva.

Se obtuvo la información de las historias clínicas individuales de los pacientes. Se elaboró una encuesta que constituyó la fuente primaria de información donde se plasmó toda la información necesaria para la elaboración de la investigación. Se confeccionó una base de datos a través del paquete de ofimática 2016 de Microsoft, donde fueron procesados los datos y sus resultados expresados en tablas. Los

pacientes que participaron durante toda la investigación dieron por escrito el consentimiento informado.

RESULTADOS

Al distribuir los pacientes con crisis hipertensiva según edad y sexo (tabla 1) se encontró un predominio del grupo de edad de 49 a 53 años con 14 pacientes (28 %), representó el sexo masculino el de mayor porcentaje con 11 pacientes (31,4 %); seguido en orden de frecuencia las edades de 54 a 58 años con 10 pacientes (21 %) con igual predominio en el sexo masculino con 6 pacientes (17,1 %). De cada cien pacientes que participaron en la investigación 70 fueron del sexo masculino. No se desarrolló crisis hipertensiva en pacientes del grupo de edad de 18 a 22 años.

Tabla 1. Distribución de los pacientes con crisis hipertensiva según edad y sexo. CMF No. 30 del Policlínico Hermanos Labrada. Manzanillo-Granma, diciembre 2015 a diciembre 2016.

GRUPOS DE EDADES EN AÑOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No	%
18 a 22	-	-	-	-	-	-
23 a 27	1	2,8	-	-	1	2,0
28 a 32	1	2,8	-	-	1	2,0
33 a 37	3	8,5	1	6,6	4	8,0
38 a 42	4	11,4	1	6,6	5	10,0
43 a 48	3	8,5	2	13,3	5	10,0
49 a 53	11	31,4	3	20,0	14	28,0
54 a 58	6	17,1	4	26,6	10	20,0
59 a 63	4	11,4	2	13,3	6	12,0
64 y más	2	5,7	2	13,3	4	8,0
Total	35	70,0	15	30,0	50	100

En la tabla 2, se distribuyen los pacientes con crisis hipertensivas según su ocupación y sexo, preponderaron los trabajadores con 26 pacientes (52 %), seguido de los jubilados con 11 pacientes (22 %) representados en ambos casos por el sexo masculino y las amas de casa reportaron 4 pacientes (8 %).

Tabla 2. Distribución de pacientes con crisis hipertensiva según ocupación y sexo. CMF No. 30 del Policlínico Hermanos Labrada, Manzanillo-Granma, diciembre 2015 a diciembre 2016.

OCUPACIÓN	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Desempleados	-	-	1	6,6	1	2,0
Trabajador	21	42	5	33,3	26	52,0
Amas de casa	-	-	4	26,6	4	8,0
Estudiantes	6	17,14	2	13,3	8	16,0
Jubilado.	8	22,8	3	20,0	11	22,0
Total	35	70,0	15	30,0	50	100

El grado de hipertensión arterial según sexo, tabla 3, determinó el predominio del grado de hipertensión II con 35 pacientes (70 %), seguido del grado III con 12 pacientes (24 %), el sexo masculino estuvo representado en ambos casos.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según grado de hipertensión y sexo. CMF No. 30 del Policlínico Hermanos Labrada, Manzanillo-Granma, diciembre 2015 a diciembre 2016.

GRADO DE HIPERTENSIÓN	SEXO				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Grado I	2	5,71	1	6,66	3	6,0
Grado II	25	71,42	10	66,66	35	70,0
Grado III	8	22,8	4	26,66	12	24,0
Total	35	70,0	15	30,0	80	100

Al estudiar los factores de riesgo según sexo en los pacientes con crisis hipertensiva (tabla 4), se obtuvo que los pacientes con el factor de riesgo de ingestión de alcohol predominaron con 34 pacientes (42,5 %), seguido del hábito de fumar con 22 pacientes (27,5 %) y del estrés con 21 pacientes (26,2 %); en todos los pacientes masculinos predominaron.

Tabla 4. Distribución de los pacientes con crisis hipertensiva según factores de riesgo y sexo. CMF No. 30 del Policlínico Hermanos Labrada, Manzanillo-Granma, diciembre 2015 a diciembre 2016.

FACTORES DE RIESGO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hábito de fumar	14	28	8	26,6	22	27,5
Hipercolesterolemia	3	6	5	16,6	8	10
Stress	18	36	3	10	21	26,2
Diabetes mellitus	9	18	5	16,6	9	11,2
Obesidad	7	14	6	20	12	15
Sedentarismo	6	12	5	16,6	11	13,7
Ingestión de alcohol	25	50	9	30	34	42,5
Ingestión de café	9	18	2	6,6	11	13,7

Al distribuir los pacientes según crisis hipertensiva se encontró una diferencia significativa en este aspecto, donde 40 pacientes presentaron una urgencia hipertensiva (80 %) y 18 pacientes presentaron una emergencia hipertensiva (36 %).

DISCUSIÓN

Investigadores^{8,9} del tema refieren que después de los 50 años y entre 60 y 70 años se eleva la probabilidad de padecer de hipertensión y sus complicaciones.

Los investigadores coinciden con García¹⁰ y Pérez¹¹ al plantear que entre los cambios cardiovasculares relacionados con la edad se encuentran la rigidez del árbol arteriolar, lo que trae como consecuencia que las arterias pierdan su elasticidad, con resistencia al flujo sanguíneo y por consiguiente influye en el incremento de la tensión arterial; de lo cual se deduce que la edad, como factor de riesgo no modificable, aumenta las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica.

Los resultados obtenidos en el Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela coinciden al plantear que a medida que se envejece aumenta el riesgo de padecer de HTA y que se describe como predominante en los hombres antes de los 50 años.¹¹

Gordon¹² reporta en su trabajo que los adultos medios de 45 a 64 años son los que padecen de hipertensión arterial en más alto porcentaje 76 % debido a su estilo de vida sedentario, la falta de ejercicio y malos hábitos que han mantenido durante su vida. García y colaboradores¹⁰ en un estudio realizado en Santiago de Cuba reportaron al sexo masculino con el de mayor representación con 17 pacientes (61 %).

A medida que avanza la edad el riesgo en los pacientes a padecer HTA es mayor, pues generalmente después de los 50 años se producen una serie de cambios en la estructura y en el funcionamiento de las arterias, unido a esto, los adultos de mediana edad realizan muy pocas acciones de promoción y prevención encaminadas a disminuir los factores de riesgo relacionados con la enfermedad. El predominio en el sexo masculino, lo explica el hecho de que los pacientes masculinos no demandan mucha atención para tratar sus problemas de salud, ya sea porque no tienen mucho tiempo disponible para hacerlo, por poseer mayor tasa de empleo fuera del hogar, o porque se exponen a más situaciones estresantes que pueden ocasionar una mayor cantidad de trastornos psicosomáticos causantes de dicha afección.

Un estudio realizado en Ecuador por Gordon *et al.*¹² demostró que el 66 % de ellos eran trabajadores del sexo masculino y esto influía negativamente en el estado de salud de los pacientes, seguido de los pacientes jubilados y las amas de casa, dato que concuerda con la investigación realizada.

Las características laborales y el estado tensional que las mismas pueden generar, establecen un vínculo con la enfermedad y sus complicaciones, lo que incluye a las urgencias y emergencias hipertensivas. Bertomeu Martínez y coautores¹³ manifestaron que la mayoría de los pacientes hipertensos se encontraron en el grado II.

Los autores proponen realizar un diagnóstico de esta enfermedad en su etapa más temprana y ubicarlo según la estratificación del riesgo facilitará un control tensional adecuado con el mínimo de medicamentos y además evitar complicaciones futuras en su evolución.

En la aparición de la hipertensión arterial influyen el tabaquismo, la obesidad - considerada actualmente como una epidemia mundial y aceptada como un factor

de riesgo modificable-, la inactividad física, que facilita la aparición de enfermedades cardíacas, diabetes mellitus tipo II, infarto agudo del miocardio y ciertos desórdenes músculo-esqueléticos, resultados comparables a estos se encontraron en el estudio.⁹

Resultados del estudio de Torres y colaboradores⁹ permiten afirmar que los adultos mayores con hipertensión arterial que eliminan el hábito de fumar pueden tener una supervivencia similar a las alcanzadas por personas más jóvenes en las mismas circunstancias.

En investigación realizada por Trindade¹⁴ concluyó que los factores más prevalentes encontrados entre los individuos hipertensos fueron la diabetes mellitus (DM), la obesidad y la dislipidemia. Las variables actividad física y patrón alimentario se presentaron sin diferencia significativa. Se demostró que los fumadores tienen 2,36 veces más probabilidades de crisis hipertensivas que los no fumadores; los obesos tienen 2,35 veces más probabilidades que los individuos de peso normal y los individuos con DM tienen 2,9 veces más probabilidades de ser hipertensos que los sin DM.

El estilo de vida de los pacientes hipertensos es fundamental en el desarrollo de la enfermedad, en Ecuador se describe que en los pacientes que tienen un consumo de alcohol de manera moderada, existe un aumento en la presión arterial, el alcohol precipita la liberación de la hormona epinefrina (adrenalina) que contrae los vasos sanguíneos.¹²

Se ha demostrado que los individuos que fuman más de una cajetilla de cigarrillos al día, están 20 veces más propensos a presentar crisis y emergencias hipertensivas, además de padecer alguna enfermedad de la arteria coronaria, que aquellos no fumadores. El tabaquismo sigue cobrando cada año, en el mundo entero, la vida de más de 5 millones de personas, y se prevé que esa cifra siga en alza.⁵

El sedentarismo como factor de riesgo de la hipertensión arterial y de otras enfermedades, como la aterosclerosis y el infarto miocárdico agudo (IMA), se ha

encontrado en mayor frecuencia en personas sedentarias, con predominio del sexo masculino.⁵

El consumo patológico de alcohol, la baja actividad física, el sobrepeso, así como la dieta rica en azúcares y pobre en vegetales incrementan el riesgo de padecer la enfermedad.¹⁵

Se conoce que, durante el ejercicio físico, como respuesta fisiológica aguda completamente normal del organismo, aumentan los niveles de presión arterial. Sin embargo, el efecto de un entrenamiento físico continuo por lo general se acompaña de un descenso de la (tensión arterial) TA durante el reposo. Como consecuencia, los individuos entrenados tienen una presión arterial inferior a los sujetos sedentarios.¹

Investigaciones realizadas por instituciones cubanas como el Instituto Superior de Cultura Física Manuel Fajardo y el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular han descrito la alta prevalencia del sedentarismo en las personas hipertensas, la obesidad y los malos hábitos alimentarios. También el efecto beneficioso de programas de entrenamiento físico en pacientes hipertensos. Según lo planteado en el artículo, la práctica sistemática de actividades físicas no solo reduce el riesgo de aparición de complicaciones, sino que permite reducir las dosis de medicamento y mejora el tratamiento integral del paciente.¹⁵

Los hombres son los que más practican el hábito de fumar en la muestra y esto produce un efecto aterogénico a través de diversos mecanismos; influye de manera significativa en el sistema de la coagulación por aumento de la activación plaquetaria e incremento de su factor de crecimiento, por elevación de la concentración de fibrinógeno en relación directa con el número de cigarrillos fumados y por la mayor viscosidad sanguínea por policitemia secundaria.

Los hábitos sedentarios provocan un cuerpo débil y constituye por sí solo un factor de riesgo para la salud. Estos favorecen procesos como aumento de los triglicéridos y colesterol, por consiguiente, aumento del peso corporal y del aterosclerosis, favoreciendo el desarrollo de enfermedades como la obesidad y la cardiopatía coronaria, y la HTA. Además, favorecen los procesos degenerativos propios del

envejecimiento y no resulta extraño encontrarlo asociado con el mal hábito de fumar, el alcoholismo, y hábitos alimentarios inadecuados que también conspiran contra la salud.

Curbelo Serrano¹⁶ en su estudio coincide en que hubo un predominio de las urgencias hipertensivas, con 83 pacientes diagnosticados (79,8 %), mientras que solo 21 pacientes (20,1 %) desarrollaron una de las emergencias hipertensivas. Esta investigación coincide con el estudio de Torres y colaboradores⁹ quienes exponen una mayor frecuencia de la urgencia hipertensiva.

Cribeiro Monserrate¹⁷ describió en la Habana la morbilidad y mortalidad en urgencias y emergencias hipertensivas, describen un predominio de las urgencias hipertensivas con 110 pacientes (56,7 %), seguido de las emergencias con 84 pacientes (43,39 %), comparándolo con lo reportado en otros estudios plantea que el por ciento de emergencias hipertensivas es inferior y la frecuencia de las mismas es de 76 % en relación con el volumen del total de todas las crisis hipertensivas que se presentan.

En los estudios realizados se demuestra que la urgencia predomina sobre la emergencia y es semejante a nivel mundial y nacional, fenómeno que se explica por sí sólo, pues el diagnóstico y el tratamiento oportuno es directamente proporcional a dicho comportamiento, si se tiene en cuenta la gravedad de la emergencia y la probabilidad de daño al organismo, secuela y discapacidad, repercute de forma negativa en la calidad de vida de cada paciente víctima de dicho evento, se deriva la importancia en la eficacia de la conducta a seguir y la terapéutica adecuada mejora así la calidad de vida de los pacientes hipertensos, este beneficio está influido también por la edad del paciente, lo que reduce además, la mortalidad. Sin embargo, factores como la edad del paciente, la duración de la HTA y las características de la enfermedad asociada o subyacente puede modificar la presentación clínica de las crisis y la tolerancia del enfermo a determinadas cifras tensionales.¹⁸

En la aparición y evolución de la crisis hipertensiva desempeña un papel preponderante el incremento de las resistencias vasculares sistémicas como resultado del desequilibrio entre los niveles circulantes elevados de sustancias vasoconstrictoras (angiotensina II, endotelina, noradrenalina) y el descenso de los niveles de las

sustancias vasodilatadoras (prostaglandinas, quininas, factor relajante del endotelio). Lo anterior aumenta la natriuresis, con lo cual se genera un estado de hipovolemia, que a su vez lleva a más vasoconstricción y elevación de las cifras tensionales, con la consiguiente producción de necrosis fibrinoide arteriolar por daño directo de la pared vascular. La lesión endotelial, el depósito de fibrina y plaquetas, así como la pérdida de la función autorreguladora, desencadenan un círculo vicioso de isquemia-vasoconstricción-daño endotelial, que, al no interrumpirse, produce daño reversible o irreversible de los órganos blanco.⁶

Si la HTA es un problema poblacional, entonces las estrategias de intervención de salud pública tienen que orientarse no solo a conjurar los daños sino además a modificar los determinantes sociales, culturales, económicos y ambientales que generan, favorecen y sostienen tales fenómenos, y para ello será esencial la acción coordinada y consciente de todos los sectores de la sociedad y de los propios gobiernos.^{1, 18}

A causa de la hipertensión arterial es cada vez mayor el número de personas cuya calidad de vida se ha afectado; se considera la enfermedad crónica más frecuente en el adulto y está presente en más de dos tercios de los individuos de más de 60 años de edad; esta es, además, la población con el más deficiente control de la presión arterial. Tanto como factor de riesgo que como enfermedad en sí misma, la elevada tensión arterial es indudablemente un enemigo de consideración que se debe tener en cuenta para reducir las cifras de morbilidad y mortalidad.

Al concluir, en la investigación se determinó que los pacientes de 49-53 años de edad, masculinos, trabajadores con hipertensión grado II desarrollaron la crisis hipertensiva y la ingestión de alcohol y el hábito de fumar fueron los factores de riesgo modificables predominantes que prevalecieron en las urgencias hipertensivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Echavarría Torres M, Fernández Álvarez N, Betancourt Llopiz I. Caracterización de pacientes con hipertensión arterial en un área rural de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2014 [citado 24 Mar 2017]; 18(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000400007.

-
2. Vázquez Machado A. Factores de riesgo psicosociales de hipertensión arterial en una comunidad venezolana. MEDISAN [Internet]. 2014 [citado 24 Mar 2017]; 18(2): 211-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200010.
 3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico 2013 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2014 [citado 24 Mar 2017]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>.
 4. Lira MT. Impacto de la Hipertensión Arterial como factor de riesgo cardiovascular. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2015 [citado 24 Mar 2017]; 26(2): 156-63. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401500036X>.
 5. Beatón Lobaina YB, García Guerra LA, Couso Seoan C. Identificación de algunos factores de riesgo en ancianos hipertensos. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 24 Mar 2017]; 17(11): 8044-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001100009.
 6. Albert Cabrera MJ, Montano Luna JA, Prieto Díaz VI, Céspedes Lantigua JA. Afecciones cardíacas: problemas más frecuentes del sistema cardiovascular. En: Medicina General Integral: principales afecciones en los contextos familiar y social. Vol IV. 3ª ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. p. 1113-213.
 7. Adán Gil FM, Beloscar Llorca A, Dalli'Anese Siegenthaler C, Martínez Salós JJ. Actualización Protocolo de Hipertensión Arterial [Internet]. La Rioja: [s.n.]; 2014 [citado 24 Mar 2017]. Disponible en: https://www.academia.edu/8353110/A_C_T_U_A_L_I_Z_A_C_I_O_N_PROTOCOLO_DE_HIPERTENSION_ARTERIAL.
 8. Morales Salinas A, Wyss F, Coca A, Ramírez AJ, Valdez O, Valerio LF. Divergencias entre guías de 2013 y 2014 de la hipertensión arterial. Posición de la Sociedad Centroamericana y del Caribe de Hipertensión y Prevención Cardiovascular. Rev Panam

Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 24 Mar 2017]; 37(3): 172–8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n3/v37n3a07.pdf>.

9. Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2005 [citado 24 Mar 2017]; 31(2): 25-36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200006.

10. García Céspedes ME, Prusakov Martínez A, Martínez EA, Carbonell García IC. Tendencias y pronósticos de la hipertensión arterial en la provincia de Santiago de Cuba (2001-2015). MEDISAN [Internet]. 2016 [citado 24 Mar 2017]; 20(4): 433. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400003.

11. Pérez Pupo RD, Rodríguez Lazo M. Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. CCM Holguín [Internet] 2015 [citado 24 Mar 2017]; 19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300003.

12. Collahuazo Morales MC, Gordon Guajan MS, Gualotuña Martínez M. Hipertensión Arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al centro de salud Pujilí en el periodo julio - diciembre 2014 [Internet]. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador.; 2015 [citado 24 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/51333/1/T-UCE-0006-010.pdf>.

13. Bertomeu Martínez V, Morillas Blasco P, Soria Arcos F, Mazón Ramos P. Últimas novedades en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2006 [citado 24 Mar 2017]; 59(Suppl 1): 78-86. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/ltimas-novedades-hipertension-arterial/articulo/13084451/>.

14. Trindade Radovanovic CA, Alfonso dos Santos L, Barros Carvalho MD, Silva Marcon S. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev. Latino-Am Enfermagem [Internet] 2014 [citado 24

Mar 2017]; 22(4): 547-53. Disponible en:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf.

15. Dueñas Herrera AF. Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular global. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiov [Internet]. 2013 [citado 24 Mar 2017]; 19(3-4):119-20. Disponible en:

<http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/418/504>.

16. Curbelo Serrano V. Comportamiento de las crisis hipertensivas en un centro médico de diagnóstico integral. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 [citado 24 Mar 2017]; 25(3): 129-35. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300015.

17. Cribeiro Monserrate LM, Rivero Martínez N, Estévez Alvarez N. Morbimortalidad en urgencias y emergencias hipertensivas. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2009 [citado 24 Mar 2017]; 8(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200005.

18. Ordúñez García P, Pérez Flores E, Hospedales J. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 24 Mar 2017]; 28(4): 311–8. Disponible en:

<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n4/311-318/es>.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Recibido: 4 de diciembre de 2017.

Aprobado: 11 de enero de 2018.

Roberto Figueredo Remón. Facultad de Ciencias Médicas de Granma Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba. Email: robertofr@ucm.grm.sld.cu