

Efectividad del tratamiento antihipertensivo en el Cuerpo de Guardia del Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo"

Effectiveness of the antihypertensive treatment in the emergency room of "Camilo Torres Restrepo" Teaching Polyclinic

Dra. Cristina Margarita Rodríguez Pacheco y Dr. Antonio Planas Muñoz

Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional y descriptivo de 111 adultos con signos clínicos de hipertensión arterial, atendidos en la sala de observaciones del Policlínico Principal de Urgencias "Camilo Torres Restrepo" de Santiago de Cuba, desde junio hasta diciembre del 2011, a fin de disminuir cifras elevadas de presión arterial y prevenir complicaciones. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas de los pacientes. En la casuística primaron el sexo femenino (60,4 %), el grupo etario de 40-59 años (42,4 %), los mestizos (60,4 %) y la cefalea (33,2 %). Los mejores resultados se obtuvieron con el uso del captopril (25,9 %) y el nivel de resolutiveidad se logró hasta 2 horas (71,2 %). Se comprobó que la hipertensión arterial fue la principal y más frecuente afección en esta área de salud.

Palabras clave: hipertensión arterial, tratamiento, nivel de resolutiveidad, sala de observaciones, atención primaria de salud.

ABSTRACT

An observational and descriptive study of 111 adults with clinical signs of hypertension, assisted in the emergency room of "Camilo Torres Restrepo" Emergency Principal Polyclinic in Santiago de Cuba was carried out from June to December, 2011, in order to decrease high values of arterial pressure and to prevent complications. Data were collected from the medical records of the patients. Female sex (60.4 %), age group of 40-59 years (42.4 %), mestizos (60.4 %) and cephalas (33.2 %) prevailed in the case material. The best results were obtained with the use of captopril (25.9 %) and the resoluteive capacity was achieved up to 2 hours after treatment (71.2 %). It was evidenced that hypertension was the main and more frequent disorder in this health area.

Key words: hypertension, treatment, resoluteive capacity, emergency room, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) constituye un serio problema de salud a escala mundial, el cual afecta igualmente a los países con mayor o menor desarrollo. Además, es la principal y más frecuente afección entre las enfermedades crónicas no transmisibles. Asimismo, constituye una variable numérica y sus consecuencias

se relacionan con ella cuantitativamente, pues mientras mayor es la cifra de tensión arterial, peor es el pronóstico.¹⁻³

De acuerdo con la clasificación del Comité Nacional de Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica, en los Estados Unidos de Norteamérica existen más de 56 millones de adultos con HTA. También se considera que de 50 a 100 por cada 100 000 estadounidenses mueren anualmente y que dicha mortalidad se incrementa especialmente con la edad, de modo que se duplica cada 5 años.⁴

Por otra parte, en México existen más de 10 millones de hipertensos, con una prevalencia de 30,0 % en la población adulta mayor de 30 años; en Colombia, el riesgo de esta es de 14,0 % en los mayores de 15 años. De igual manera, en la población adulta venezolana se estima una afectación de 30,0 % y en el área del caribe 20,0 % de sus habitantes padecen de HTA, especialmente Jamaica y Santa Lucía son dos de las naciones con mayor morbilidad y mortalidad por esta afección.⁵⁻⁸

La hipertensión arterial en Cuba constituye un importante problema de salud que afecta a 15,0 % de la población rural y 30,0 % de la urbana. Los resultados de la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo arrojaron 30,0 % de afectados y en el 2004 se logró una dispensarización de 22,8 %, a pesar de contarse con el Programa Nacional de Prevención y Control de la HTA.⁹

En este mismo orden y dirección se debe agregar que la prevalencia de esta afección constituye uno de los problemas más importantes de Europa, la cual supera a Estados Unidos y Canadá. Un estudio internacional publicado en la revista JAMA refiere que en la población mayor de 35 años, dicha enfermedad afecta a 44 % de los europeos y a 28 % de los norteamericanos.¹⁰

La importancia de esta investigación radica en que permitió a sus autores profundizar en el conocimiento de la HTA dado su carácter asintomático y silente, sobre todo en sus inicios, que agravado con la adición de factores de riesgos cardiovasculares, aumenta su incidencia y sus complicaciones.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y descriptivo de 111 adultos con signos clínicos de hipertensión arterial, atendidos en la sala de observaciones del Policlínico Principal de Urgencias "Camilo Torres Restrepo" de Santiago de Cuba, desde junio hasta diciembre del 2011, a fin de disminuir cifras elevadas de presión arterial y prevenir complicaciones.

Para esta investigación se tuvieron en cuenta criterios de inclusión, entre los cuales figuraron: pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg por historia clínica) y enfermos mayores de 18 años.

Las principales variables analizadas fueron: edad, sexo, color de la piel, factores de riesgos asociados, síntomas capitales, tensión arterial media, tratamiento aplicado, resolutivez en horas y remisiones.

Para la recolección de la información se utilizaron recursos bibliográficos y las historias clínicas de los pacientes; se empleó el porcentaje como medida de resumen y los resultados se reflejaron en tablas estadísticas de dos por dos. También, se determinaron frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (porcentajes).

RESULTADOS

En la tabla 1 se aprecia un predominio del sexo femenino (60,4%) y del grupo etario de 40-59 años.

Tabla 1. Pacientes hipertensos según sexo y grupos de edades

| Grupo de edades (años) | Masculino | | Femenino | | Total | |
|------------------------|-----------|------|----------|------|-------|-------|
| | No | % | No | % | No | % |
| 20-39 | 3 | 6,9 | 7 | 10,5 | 10 | 9,0 |
| 40-59 | 19 | 43,1 | 28 | 41,8 | 47 | 42,4 |
| 60-79 | 18 | 40,9 | 26 | 38,8 | 44 | 39,6 |
| 80 y más | 4 | 9,1 | 6 | 8,9 | 10 | 9,0 |
| Total | 44 | 39,6 | 67 | 60,4 | 111 | 100,0 |

Con respecto al color de la piel prevaleció el mestizo, con 67 enfermos, para 60,4 % (tabla 2).

Tabla 2. Pacientes hipertensos según color de la piel

| Color de la piel | No. | % |
|------------------|-----|-------|
| Blanco | 18 | 16,2 |
| Negro | 26 | 23,4 |
| Mestizo | 67 | 60,4 |
| Total | 111 | 100,0 |

En cuanto a los síntomas capitales (tabla 3) primó la cefalea, con 33,2 %, seguido de precordialgia y mareos, con 17,4 % y 11,4 %, respectivamente.

Tabla 3. Pacientes hipertensos según síntomas capitales

| Síntomas capitales | No. | % |
|-----------------------------------|-----|------|
| Cefalea | 38 | 33,2 |
| Pesantez occipital | 6 | 5,4 |
| Falta de aire | 8 | 6,9 |
| Lenguaje tropeloso | 5 | 4,3 |
| Disminución de la fuerza muscular | 4 | 3,4 |
| Precordialgia | 20 | 17,4 |
| Mareos | 13 | 11,4 |
| Vómitos | 5 | 4,3 |
| Visión borrosa | 5 | 4,3 |
| Palpitaciones | 4 | 3,4 |
| Zumbido de oídos | 3 | 2,6 |
| Desviación de la comisura labial | 4 | 3,4 |

Según el tipo de tratamiento aplicado, en la tabla 4 se evidencia que el captopril fue el más empleado (25,9 %), seguido del nifedipino (22,2 %) y el atenolol (19,0 %).

Tabla 4. Pacientes hipertensos según tratamiento aplicado

| Tratamiento aplicado (Sala de observaciones) | No. | % |
|--|-----|------|
| Captopril | 57 | 25,9 |
| Nifedipino | 49 | 22,2 |
| Sulfato de magnesio | 12 | 5,5 |
| Oxígeno húmedo | 6 | 2,7 |
| Furosemida | 24 | 10,9 |
| Atenolol | 42 | 19 |
| Aspirina | 11 | 5 |
| Nitroglicerina | 7 | 3,3 |
| Medicina natural y tradicional | 12 | 5,5 |

Los pacientes atendidos en la sala de observaciones tuvieron un nivel de resolutivez de hasta 2 horas, para 71,2 % (tabla 5).

Tabla 5. Pacientes hipertensos según resolutivez

| Resolutivez (en horas) | No. | % |
|------------------------|-----|-------|
| Hasta 2 | 79 | 71,2 |
| De 3-5 | 31 | 27,9 |
| De 6-8 | | |
| De 9 y más | 1 | 0,9 |
| Total | 111 | 100,0 |

DISCUSIÓN

En España, la prevalencia de la HTA aumenta en relación con la edad hasta los 55 o 60 años y es superior en 50 % de los mayores de 65 años.¹¹ La edad de las mujeres es significativamente mayor que la de los hombres y muestra un gran interés clínico, epidemiológico y asistencial, puesto que la mayoría de las féminas con más de 65 años padecen esta afección.¹² En Cuba, la primacía en pacientes dispensarizados por algunas enfermedades según edad y sexo,¹³ corresponde a las mujeres de 60-64 años, con 791 casos. En el área de salud antes mencionada existe similitud en relación con lo informado en el país. Asimismo, otros estudios coinciden con estos resultados.^{14,15}

La Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición en Estados Unidos de Norteamérica,¹⁶ notifica un predominio de hipertensión arterial en la población negra (40,5 %) y mestiza frente a la blanca (27,4 %), así como en latinos (25,1 %). Estos resultados se corresponden con los obtenidos en este estudio.

Cabe decir que la cefalea fue el síntoma más frecuente referido por los pacientes, la cual, en muchas ocasiones, ha sido la expresión de ataques repetidos de isquemia cerebral transitoria. Su localización más común es en la región occipital, de tipo pulsátil matinal; otros la presentan de forma bitemporal, no pulsátil, más bien opresiva y permanente durante todo el día.¹⁷

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) son potentes antihipertensivos y actualmente se emplean con mayor frecuencia en el país, para el tratamiento de esta afección.¹⁸ Estudios comparativos¹⁹ se refieren al nifedipino de acción breve, suministrado por vía oral que, generalmente, reduce la presión arterial con rapidez. Este fármaco se ha relacionado con episodios cardiovasculares y cerebrovasculares agudos (a veces mortales), pero no se recomienda para el

tratamiento de las urgencias hipertensivas. Estos medicamentos son económicos, fáciles de suministrar, eficaces y seguros en el manejo de crisis hipertensivas. Alcocer Díaz Barreiro L *et al*,²⁰ en estudios realizados sobre el tema, refieren que con nifedipino obtuvieron inicialmente un descenso más rápido de la presión arterial y con captopril dicho descenso fue más lento pero sostenido.

En efecto, las crisis hipertensivas constituyen una situación en la que se desea un descenso de la presión arterial en pocas horas, razón por la cual los pacientes deben ser tratados con medicamentos de rápida acción, de fácil administración y sin mayores efectos secundarios.¹⁸ El tratamiento, en general, se realiza con fármacos que actúan relativamente rápido, tales como: diuréticos de asa, beta bloqueadores (BB), IECA (captopril sublingual/oral), alfaagonistas o anticálcicos (ACa).¹⁷ En las emergencias, el objetivo es reducir la presión arterial no más de 25 % de minutos a horas, como por ejemplo: a 160/100 en 2-6 horas. Para estas se recomiendan fármacos parenterales y para las urgencias, fármacos orales de acción rápida, como diuréticos, IECA, BB, agonistas alfa-2 o ACa.¹⁹

Después de las consideraciones anteriores se concluye que, sobre la base de los diagnósticos de salud obtenidos, la hipertensión arterial ocupó el lugar cimero en esta área de salud, con un predominio del sexo femenino, el grupo etario de 40-59 años, los mestizos y la cefalea. Los mejores resultados se obtuvieron con el uso del captopril y hubo un adecuado nivel de resolutivez de los pacientes. Por las razones antes expuestas, este estudio puede servir de base para futuras investigaciones prospectivas y de intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coca A, Bertomeu V, Dalfó A, Esmatjes E, Guillén F, Guerrero L, et al. Automedida de la presión arterial. Documento de Consenso Español 2007. *Nefrología*. 2007;27(2):139-53.
2. De la Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redón J, Banegas JR, Armario P et al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(3):104-16.
3. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Alvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82(6):581-616.
4. Vallés Belsué F. Comentario sobre el VI Informe del Comité Nacional Americano sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. *Rev Esp Cardiol*. 1999;52:1-4.
5. Bustos Saldaña R, Mesa Santamaría A, Bustos Mora A, Bustos Mora R, López Hernández G, Gutiérrez Hermosillo H. Hipertensión Arterial en el paciente anciano del occidente de México. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2004 [citado 4 de Jun 2004];20(5-6). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=31164&id_seccion=799&id_ejemplar=3195&id_revista=69
6. Contreras Orozco A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. *Sincelejo (Colombia)*. *Salud Uninorte*. 2010;26(2):201-11.

7. Herrera R, Badiel M, Zapata H. Factores asociados al no control de la presión arterial en pacientes inscritos al programa de hipertensión de una Entidad Promotora de Salud en Cali-Colombia, 2004. *Rev Colom Cardiol*. 2009;16(4):143-52.
8. Navarro Lechuga E, Vargas Moranth R. Características epidemiológicas relacionadas con el género en hipertensos de raza negra. *Salud Uninorte*. 2009;25(1):88-100.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Ciudad de La Habana: MINSAP;2007.
10. Grupo de Trabajo para el Tratamiento de la Hipertensión Arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007. *J Hypert*. 2007;25:1105-87.
11. Marín R, Armario P, Banegas JR, Campo C, Sierra A de la, Gorostidi M. Guía Española de Hipertensión Arterial 2005. *Hipertensión*. 2005;22(supl2):S1-S84.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Tasa de prevalencia en pacientes dispensarizados por algunas enfermedades según provincia. 2009 [citado 5 Jul 2010]. Disponible en: <http://files.sld.cu/hta/files/2010/06/algunas-enfermedades-cnt-2009.pdf>
13. Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, et al. Recommendations for blood pressure measurements in humans and experimental animals: Part 1: Blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the Subcommittee of Professionals and Public Education on the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Circulation*. 2005;111(5):697-716.
14. O'Brien E, Asmar R, Beilin L, Imai Y, Mancia G, Mengden T et al. Practice guidelines of the European Society of Hypertension for clinic, ambulatory and self blood pressure measurement. *J Hyperten*. 2005;23:697-701.
15. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:968 e1-e94.
16. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008;358:1887-98.
17. Guerra Alfonso JP. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Medicas;2009. p. 2-3, 31-3.
18. Toro Escobar JM. Control de la hipertensión arterial con medicamentos: actualización 2005. *IATREIA*. 2005;18(1):49-9.
19. Zapata F, Fernández C, De Rovetto C, De Castaño I, Roa JA, Echandía CA. Estudio comparativo entre nifedipina y captopril en crisis hipertensiva en niños. *Colomb Med*. 2006;37(3):189-95.

20. Alcocer Díaz Barreiro L, Cardona Muñoz EG. Tratamiento del paciente con hipertensión arterial sistémica. Programa de actualización continua para cardiología. [citado 5 Jul 2010]. Disponible en:
<http://www.drscope.com/pac/cardiologia/a4/index.htm>

Recibido: 2 de abril de 2012.

Aprobado: 5 de mayo de 2012.

Cristina Margarita Rodríguez Pacheco. Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", calle Heredia nr 354, entre Calvario y Reloj, Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico: cristi25@medired.scu.sld.cu