



Instituto **M**exicano del **S**eguro **S**ocial
Universidad **N**acional **A**utónoma de **M**éxico



“**F**actores de **R**iesgo de la **U**rgencia
Hipertensiva en el **H**ospital **G**eneral de **Z**ona
con **M**edicina **F**amiliar **N**o. 28 del **IMSS**.”

TESIS

*Para **O**btener el **G**rado de **E**specialista en:*
MEDICINA DE **U**RGENCIAS

Presenta:

Dr. **A**lfredo **V**alle **M**aldonado

Asesor Metodológico:

Dr. **E**dmon **N**ayen **F**ernández

Martínez de la **T**orre, **V**eracruz.

Diciembre 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios.

Por haberme otorgado la vida e iluminado mi camino y haberme permitido realizar una segunda especialidad médica.

A los médicos especialistas del curso.

Por toda su enseñanza, experiencia y consejos que me otorgaron incondicionalmente durante mi formación como médico especialista.

DEDICATORIAS

A mi esposa.

Dra. Mariela Villa Cuellar, por su amor, cariño y apoyo incondicional que me motiva día a día a continuar superándome, lo que me dio la fortaleza para poder realizar una segunda especialidad, así como por haberme dado los regalos más bellos y preciados que tengo “mis hijos”.

A mis hijos.

Carmen Mariel, Mario Alfredo, Emiliano y Mariela que su amor y cariño iluminan cada día mi existencia, y por la oportunidad que me dan para poder guiar su camino.

A mis padres.

Sr. Alfredo Valle y Sra. Carmen Maldonado Paredes por todo el amor y cariño incondicional que me han brindado, así como por el esfuerzo y sacrificio que han realizado en beneficio de mis hermanos y mío.

A mis hermanos.

Oscar, Hugo y Eduardo por su comprensión, cariño y apoyo y por todos los momentos de alegría que hemos compartido.

A mis suegros.

Sr. Mario Villa Soto y Sra. Esperanza Cuellar Polo, por su apoyo incondicional que he recibido.

INDICE.

RESUMEN.....	6
ANTECEDENTES.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
RESULTADOS.....	12
DISCUSION.....	15
REFERENCIAS BIBLIGRAFICAS.....	18

“Factores de Riesgo de la Urgencia Hipertensiva en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 28 del IMSS.”

RESUMEN.

FACTORES DE RIESGO DE LA URGENCIA HIPERTENSIVA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 28.

Valle Maldonado Alfredo*, Nayen Fernández Edmon**

OBJETIVOS: Identificar los factores de riesgo asociados a la UH en los pacientes que acuden al servicio de Urgencias del HGZ/MF No. 28

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de casos y controles en el HGZ/MF No. 28 del IMSS de junio 2008 a diciembre 2010. Casos: pacientes con UH; controles: pacientes con HTA sin UH, 2 controles por caso, pareados por edad y género; obteniéndose: estado civil, ocupación, tiempo de evolución de la HTA, tratamiento farmacológico, número de consultas en medicina familiar, e I.M.C.

RESULTADOS: 39 casos y 78 controles, en ambos grupos predominó el género femenino (74%) sobre el masculino (26%). Promedio de edad: casos 61.12 +/- 12.6 y controles 62.25 +/- 12.9. Análisis estadístico: Tiempo de evolución de HTA > 15 años: OR: 2.50, (IC 1.08-5.75), p: 0.003. 5 consultas en medicina familiar en 6 meses: OR 3.03, (IC 1.35-6.79) y p: 0.0001. Tratamiento farmacológico con 0 a 1 antihipertensivo: OR 2.79, (IC 1.26-56.18), p 0.0003.

CONCLUSIONES: Factores de riesgo: tiempo de evolución de HTA > 15 años, pacientes con < 5 consultas de control en 6 meses en medicina familiar y uso de 0 a 1 medicamentos antihipertensivos. Sería conveniente realizar evaluaciones integrales y multidisciplinarias a pacientes hipertensos portadores de estos factores de riesgo, corroborando rutinariamente la adherencia al tratamiento y su dosificación adecuada.

PALABRAS CLAVE: Urgencia hipertensiva, factores de riesgo.

ANTECEDENTES.

Las emergencias hipertensivas (EH) fueron descritas por Volhard y Fahr en 1914; estos autores vieron pacientes con hipertensión severa acompañada de lesión vascular en corazón, cerebro, retina y riñón. Este síndrome tenía un curso rápidamente fatal hacia la falla cardíaca o renal o al evento vascular cerebral. Fue hasta 1939 cuando se publicó el primer estudio a gran escala acerca de la historia natural de las EH. Ese estudio señaló que las EH no tratadas tenían un índice de mortalidad a 1 año de 79%, con una supervivencia media de 10.5 meses. Antes de la introducción de los medicamentos antihipertensivos, aproximadamente 7% de los pacientes hipertensos tenían una EH. ⁽¹⁾

La hipertensión arterial (HTA) a pesar de su curso crónico y a menudo silente puede presentar a lo largo de su historia natural complicaciones agudas que constituyen auténticas urgencias médicas que requieren atención médica inmediata; estas complicaciones agudas se engloban dentro del término genérico de crisis hipertensivas (CH), que incluye toda elevación aguda de la tensión arterial (TA), con una tensión arterial diastólica (TAD) igual o superior a 120-130 mmHg o una tensión arterial sistólica (TAS) igual o superior a 180-200 mmHg. ⁽²⁻³⁾, con dos características principales: aumento agudo, casi siempre grave, de la presión arterial y riesgo alto de complicaciones que ponen en peligro la vida del paciente hipertenso, ⁽⁴⁾ abarcando una serie de situaciones clínicas con grados diferentes de la elevación de la presión arterial; como una hipertensión arterial maligna o una elevación de la TA en un individuo previamente normotenso. ⁽⁵⁾

Usualmente se presenta en pacientes con HTA crónica, pero también puede ocurrir en pacientes en quienes la HTA es de reciente detección o de corta duración, o constituir la primera manifestación clínica de la enfermedad y es en estos pacientes previamente normotensos en quienes la elevación aguda de la presión arterial causa mayor daño o complicaciones a cualquier nivel de presión arterial que en aquellos con HTA crónica. ^(6, 7)

Las CH se clasifican por tradición en dos síndromes clínicos: en urgencias y emergencias hipertensivas; en ocasiones, la diferencia entre ellas es vaga y se basa principalmente en los síntomas más que en las cifras de la

presión arterial, siendo la repercusión sobre órganos diana que definirá su situación de emergencia o de urgencia ⁽⁸⁾

La emergencia hipertensiva (EH) es la elevación de la presión arterial diastólica con presión arterial diastólica por arriba de 120 mmHg, presenta una alteración aguda, estructural o funcional con evidencia de daño ⁽⁴⁾ y deterioro progresivo de los órganos blanco o diana: cerebro, corazón o riñones (encefalopatía hipertensiva, accidente cerebrovascular agudo, síndrome coronario agudo, edema agudo de pulmón, disección aórtica, preeclampsia grave, eclampsia, insuficiencia renal aguda, anemia hemolítica microangiopática, HTA maligna y crisis adrenérgica), pone en peligro la vida del paciente y requiere de la disminución de las cifras tensionales dependiendo de la situación clínica en breve tiempo, entre 30 y 60 minutos ⁽⁸⁾ para limitar o detener el daño o la progresión al órgano blanco, con el empleo de medicamentos endovenosos en una unidad que brinde cuidados especiales y no necesariamente se disminuirán las cifras a valores normales o causar una hipotensión que pudiera agravar la isquemia; implican un estado de mayor gravedad y peor pronóstico. ^(7,9)

La urgencia hipertensiva (UH) es la elevación de la TA en pacientes habitualmente asintomáticos sin evidencia de signos o síntomas u otros datos de disfunción de órgano blanco ⁽⁴⁾, generalmente la TAD es mayor a 115 mmHg, lo que permite una conducta menos agresiva, puede o no requerirse la reducción de la TA en un periodo comprendido entre 24 y 72 horas hasta lograr valores apropiados por el paciente, preferentemente con fármacos administrados por vía oral o sublingual de acción rápida. ⁽⁷⁻¹⁰⁾

La etiología de las CH son multifactoriales, se plantea que se relaciona con el tratamiento farmacológico: abandono, ausencia o inadecuado tratamiento antihipertensivo, por falla o falta de adherencia al mismo; así como son el resultado del mal trabajo que se realiza en las consultas de hipertensos no diagnósticas; otras causas están relacionadas con la edad y el sexo; otras relacionadas con medicamentos como son los antiinflamatorios no esteroideos y el desconocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes, pudiendo ser esta una agravante, pues el enfermo puede desarrollar una CH sin conocer que es hipertenso, así como el consumo de drogas como cocaína o

anfetaminas, relacionado con algunas enfermedades como: glomerulonefritis aguda, enfermedades autoinmunes, toxemia gravídica (preeclampsia, eclampsia), síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo, hipertensión renovascular, traumatismo craneoencefálico, síndrome de Guillain Barré, vasculitis, neoplasias como el feocromocitoma y otras causas son estados posoperatorios y coartación de aorta ^(1, 5, 8, 11)

Es bien sabido que existen factores en el estilo de vida que favorecen el aumento de la TA, como son el uso excesivo de sal en la dieta, la obesidad, la ingestión de bebidas alcohólicas, el hábito de fumar, entre otros. Por tal razón, en todo paciente con hipertensión deben adoptarse medidas que supriman dichos factores, lo cual muchas veces es suficiente para normalizar los valores tensionales. ^(6, 12)

Históricamente se acepta que sólo el 1% de las CH constituirán una verdadera emergencia; ya que la incidencia de las CH ha ido reduciéndose en los últimos 25 años debido en parte a la disponibilidad y uso de medicamentos antihipertensivos. Sin embargo, no obstante la prevalencia de HTA en la población general, son muy pocos los enfermos que desarrollan CH, se presentan en alrededor del 1-2 % de la población hipertensa crónica, es más frecuente en el sexo masculino y en la raza negra y común entre pacientes mayores de 50 años, fumadores, mujeres en uso de anticonceptivos, clase social de nivel inferior, stress. ⁽¹¹⁻¹³⁾

Son más frecuentes las UH en relación 9 a 1, constituyendo el 76% de las CH, con frecuencia estos pacientes presentan síntomas de menor gravedad principalmente cefalea (22%), epistaxis (17%), mareos y agitación psicomotriz (10%). ^(4, 14)

En España el estudio SUHCRIHTA estima una incidencia anual de CH de 3 casos por cada 1,000 habitantes al año, predominando en las mujeres, el 75% tiene antecedente de HTA, el 65% con tratamiento antihipertensivo principalmente con inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), siendo mas frecuente en los mayores de 60 años. ⁽²⁾

En EEUU se estima que 60 millones sufren HTA, 10% de ellos corresponden a hipertensión severa y 1% presentan CH. ⁽¹³⁾

En la mayoría de los hospitales cubanos las CH representan entre el 15 y 20 % de la consulta de urgencias, predominando las UH ante las EH, el género femenino, el grupo etareo entre 40 y 60 años y entre los factores asociados el riesgo aterosclerótico, la falta de adherencia al tratamiento y el inadecuado seguimiento y control de su enfermedad. ⁽¹⁴⁻²⁰⁾

En Venezuela las CH constituyen entre el 4-5% de todas las consultas, predominando las UH sobre las EH, predomina el género masculino, es más frecuente en el grupo etareo de 45 a 60 años. ⁽²¹⁾ En Argentina la UH representa el 2% del total de consultas, siendo la proporción entre UH y EH de nueve a uno. ⁽¹⁹⁾ En Bolivia hay una prevalencia de CH del 2.5% del total de urgencias, predominando la UH sobre la EH, predomina el género femenino y edad superior a 60 años ⁽⁴⁾ En Guatemala predominan las EH sobre las UH, predominando el género femenino. ⁽¹²⁾

En México, de todos los hipertensos detectados en la Encuesta Nacional de Salud 2000, 61% desconocía que padecía la enfermedad y, en ellos, puede pasar mucho tiempo antes del diagnóstico, colocándolos en mayor riesgo de sufrir una crisis hipertensiva. Incluso, algunos se enterarán que son hipertensos cuando aparezca el síndrome de manera aguda. ⁽¹¹⁾

En la actualidad no existen estudios recientes en el estado de Veracruz que indaguen sobre los factores de riesgo que se asocian a la UH. En la delegación Veracruz Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2010 se reportaron 104 defunciones relacionadas con HTA, permaneciendo este padecimiento entre los 10 primeros de la consulta externa y de los servicios de urgencias. El Hospital General de Zona con Medicina Familiar 28 de Martínez de la Torre Veracruz tiene una población de 36,894 derechohabientes usuarios donde 6,678 pacientes (18%) con diagnóstico de HTA, y durante el 2010 se atendieron en el servicio de urgencias de la unidad 88 casos de CH, y es por ello que el presente estudio pretende indagar sobre los principales factores de riesgo que se asocian a los pacientes que desarrollan en algún momento de su vida una CH con la finalidad de crear estrategias de detección y prevención en primer nivel de atención contribuyendo a una mejor calidad de vida de nuestros pacientes.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio de casos y controles en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 28 de Martínez de la Torre Veracruz, del Instituto Mexicano del Seguro Social en el período comprendido de junio de 2008 a diciembre de 2010.

Los casos fueron pacientes que ingresaron al servicio de urgencias con diagnóstico de Urgencia hipertensiva que cumplían los criterios de inclusión: tensión arterial diastólica mayor de 100 mmHg y/o tensión arterial sistólica mayor de 160 mmHg; los controles lo conformaron pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, que en ese momento no presentaban urgencia hipertensiva, localizados en el servicio de urgencias y en la consulta externa de medicina familiar, se seleccionaron en una proporción de 2 por cada caso de manera sincrónica, pareados por edad y género; se eliminaron aquellos casos que durante su estancia en urgencias desarrollaron una emergencia hipertensiva, previo consentimiento informado se les aplicó un cuestionario estructurado que indagaba: nombre, número de afiliación, edad, género, estado civil, ocupación, tiempo de evolución de la hipertensión arterial, tratamiento farmacológico, número de consultas de control en medicina familiar; y se realizó toma de talla y peso para calcular el índice de masa corporal; posteriormente se corroboró y complementó la información aportada en sus expedientes clínicos.

Los datos se capturaron en Microsoft office Excel 2003, y se realizó estadística descriptiva para la diferencia de proporciones y medias, para la asociación de variables se utilizó chi cuadrada y Razón de Momios (OR) con un intervalo de confianza (IC) de 95%, utilizando el paquete estadístico Epi 6.

El proyecto fue aceptado en el SIRELCIS el número de folio: F-2009-3004-4 dictamen de comité No. 3004.

RESULTADOS

Durante el estudio se identificaron 39 casos con diagnóstico de urgencia hipertensiva, y 78 controles con diagnóstico de hipertensión arterial controlada, en ambos grupos 26% fueron del género masculino y 74% del género femenino. El promedio de edad de los casos fue de 61.12 +/- 12.6 (DE) y para los controles de 62.25 +/- 12.9 (DE) (prueba T: 0.6492), predominando en los grupos de edad mayores 50 años; el análisis estadístico de razón de momios (OR); no se encontró asociación estadísticamente significativa en estas 2 variables anteriores. Los resultados del análisis del I.M.C. fueron: normal (18.5-24.9): OR 0.67, (IC 0.19-2.23), p 0.480; sobrepeso (25-29.9) OR 1.00, (IC 0.42-2.40), p 1.000; obesidad ($\geq 30,00$) (OR 1.23, IC 0.53-2.85, p 0.602) (CUADRO I)

En el análisis del tiempo de evolución de la Hipertensión Arterial Sistémica se encontró asociación estadísticamente significativa en los pacientes con más de 15 años de haberles realizado el diagnóstico, con OR: 2.50, (IC 1.08-5.75), p: 0.003 como factor de riesgo para presentar UH; en los pacientes que en un periodo de 6 meses solo acudieron a menos de 5 consultas con su médico familiar también existió asociación estadísticamente significativa con el riesgo de presentar UH, con OR 3.03, (IC 1.35-6.79) y p: 0.0001. En lo que respecta al tratamiento farmacológico existió asociación significativa con riesgo a presentar UH, en los pacientes que en su tratamiento antihipertensivo utilizaron de 0 a 1 medicamentos OR 2.79, (IC 1.26-56.18), p 0.0003. En las variables donde se investigó asociación de riesgo para UH con el empleo o desempleo y con los pacientes que tienen o no pareja sexual, no existió asociación estadísticamente significativa (CUADRO II)

CUADRO I

VARIABLE	Casos (n 39)		Controles (n 78)		OR (IC)	p*
	n	%	n	%		
GENERO						
Masculino	10	26	20	26	1.00 (0.38-2.62)	1.000
Femenino	29	74	58	74		
EDAD						
< 40 años	1	3	2	3	1.00 (0.0-14.74)	1.000
40 – 49 años	5	13	10	13	1.00 (0.27-3.53)	1.000
50 – 59 años	13	33	26	33	1.00 (0.41-2.44)	1.000
60 – 69 años	9	23	18	23	1.00 (0.36-2.71)	1.000
≥ 70 años	11	28	22	28	1.00 (0.39-2.54)	1.000
I.M.C.						
Normal 18.5 - 24,99	5	13	14	18	0.67 (0.19-2.23)	0.480
Sobrepeso 25 - 29.99	14	36	28	36	1.00 (0.42-2.40)	1.000
Obesidad ≥30,00	20	51	36	46	1.23 (0.53-2.85)	0.602
*Mantel-Haenszel						

CUADRO II

Variable	Casos (n 39)		Controles (n 78)		OR (IC)	p*
	n	%	n	%		
>15 AÑOS DE EVOLUCION	16	41	17	22	2.50 (1.08-5.75)	0.003
<5 CONSULTAS EN 6 MESES	26	67	31	40	3.03 (1.35-6.79)	0.0001
USO ≤1 ANTIHIPERTENSIVO	21	54	18	23	2.79 (1.26-56.18)	0.0003
SER DESEMPLEADO	1	3	8	10	0.23 (0.03-1.91)	0.142
NO TENER PAREJA SEXUAL	12	31	27	35	1.10 (0.57-2.11)	0.758
*Mantel-Haenszel						

DISCUSION.

Aunque existen estudios donde predomina el sexo masculino ^(15, 20, 21, 23) y otros donde tienen una proporción similar ⁽¹⁷⁾, en este estudio predominó el sexo femenino en ambos grupos de estudio, lo que concuerda con publicaciones previas, como Pérez T. E. ⁽²⁾, Arnéz T. R. ⁽⁴⁾, Florat G. G. ⁽¹⁸⁾, Martínez M. J. A. ⁽²⁵⁾, Chávez J. R. ⁽¹²⁾, Cribeiro M. L. M. ⁽¹⁶⁾; y aunque existen factores de riesgo fisiológicos en ambos sexos; en el género masculino la falta de protección estrógenica que por su acción vasodilatadora arterial y en pequeño grado venoso, constituyen una barrera contra la aparición de cifras elevadas de presión arterial ⁽²⁰⁾, y en las mujeres los cambios fisiológicos del climaterio se ven involucrados con el déficit estrógeno y la pérdida de la función ovárica, los que, a su vez, se convierten en un factor de riesgo cardiovascular al favorecer la dislipidemia, resistencia a la insulina y obesidad abdominal ⁽¹⁶⁾; sin embargo una explicación consistente en la mayoría de los estudios donde predomina el género femenino es que las mujeres son las que más se preocupan y con mayor frecuencia acuden a los servicios de salud. El promedio de edad en los casos y controles es similar a lo reportado por varios autores como Pérez T. E. ⁽²⁾, Florat ⁽¹⁸⁾, Vladimir ⁽¹⁵⁾, Arnéz ⁽⁴⁾, López ⁽²⁰⁾ y con Del Pozo J ⁽¹⁷⁾, ya que la frecuencia de CH es mayor con la edad, y los ancianos constituyen un segmento de la población creciente en la sociedad ⁽²⁾, siendo la edad mayor a 45 años un factor de riesgo cardiovascular y es esta población la más vulnerable a desarrollar una CH ⁽²⁴⁾. Sin embargo aunque en otros estudios existe asociación de estas variables con riesgo a presentar UH, en este estudio, para ofrecer un mayor rigor metodológico, el pareamiento de los pacientes evito demostrar dicha asociación.

En cuanto al I.M.C. sobrepeso y obesidad no presentaron significancia estadística, lo que coincide con lo reportado por Cribeiro ⁽¹⁵⁾, Arnéz ⁽⁴⁾ y Mejia ⁽²⁴⁾; sin embargo, el porcentaje de sobrepeso-obesidad en la población es alarmante, y es un factor de riesgo que contribuye a potenciar la posibilidad de desarrollarse una CH ⁽²⁰⁾

En lo que respecta al tiempo de evolución de la HTA se encontró como factor de riesgo a pacientes con más de 15 años de evolución, lo que coincide con lo reportado por Arnéz ⁽⁴⁾ en la medida que avanza la edad las elevaciones

bruscas de la TA aumentan las posibilidades de lesionar el sistema vascular ⁽¹⁵⁾, por lo que son más frecuentes las CH en pacientes hipertensos de larga data. ⁽⁴⁾

En cuanto al número de consultas, se encontró como factor de riesgo aquellos pacientes con menos de 5 consultas de medicina familiar en un periodo de 6 meses, situación que pudiera deberse a el inadecuado seguimiento y control de su enfermedad por parte del equipo de salud ⁽²⁰⁾; a la insuficiente educación sanitaria ofrecida a los pacientes para concientizarlos sobre el control y el apego al tratamiento ^(18, 24), a la falta de tiempo para lograr la confianza del pacientes para que éste pueda consultar todos su temores o dudas concernientes a reacciones indeseables de los fármacos, y solicitar consejo para que el médico logre influir reforzando las instrucciones que mejoren los estilos de vida del paciente y el control de su presión arterial ⁽²⁰⁾

En la evaluación del tratamiento farmacológico el uso de 0 a 1 medicamentos resultó como un factor de riesgo, lo que coincide con lo reportado por López ⁽²⁰⁾, Florat ⁽¹⁸⁾, Rodríguez ⁽²¹⁾, Arnéz ⁽⁴⁾, Chávez ⁽¹²⁾, que refleja una insuficiente prescripción o resistencia de la enfermedad a un medicamento ⁽¹⁸⁾; cuando existe refractariedad a un primer medicamento, el uso de la terapia combinada debe ser la elección correcta, ya que la mayoría de los pacientes con HTA requieren dos o más medicamentos antihipertensivos para conseguir las cifras adecuadas de TA, la suma de un segundo fármaco de diferente clase debe iniciarse cuando la monoterapia en dosis adecuadas falla, pero es precisa una precaución particular en pacientes con riesgo de hipotensión ortostática como los diabéticos, con disfunción autonómica y algunas personas ancianas. La insuficiente dosificación o combinación de medicamentos representa un error clínico que debe ser superado ⁽²⁰⁾, lo que probablemente evidencie que muchas veces el equipo de salud que los atiende limita sus acciones a prescribir tratamientos farmacológicos, sin promover modificación de los estilos de vida, asegurando además el apego a éstos tratamientos indicados, y el apoyo con orientación sobre dieta y ejercicio ⁽⁶⁾. Por otro lado en algunos casos la premura de la consulta puede llevar al medico a la falta de valoraciones integrales a los pacientes, evitando el detectar algunos factores predisponentes de riesgo para descontrol metabólico, además

de pasar por alto datos clínicos de descompensación, omitiendo en estos casos el ajuste a los tratamientos.

En cuanto a la ocupación desempleado no presento significancia estadística, además de que hasta el momento actual no existen estudios que indague sobre la ocupación de los pacientes, no obstante dado que el grupo de desempleados mas representativo de nuestro estudio fue amas de casa, las cuales tienen una ocupación claramente definida, que demanda un esfuerzo cotidiano, además de desempeñar labores manuales, ⁽²⁸⁾ están sujetas por su tarea a situaciones que pueden considerar riesgo de hipertensión arterial ⁽²⁷⁾

Con los pacientes que tienen o no pareja sexual, no existió asociación estadísticamente significativa, en algunos estudios se observa menor predisposición en personas viudas ⁽²⁸⁾, a diferencia de paciente casados o en unión libre debido probablemente a situaciones de disfunción familiar ⁽²⁹⁾

Concluimos que los factores de riesgo encontrados en nuestro estudio fueron tiempo de evolución de la hipertensión arterial mayor a 15 años, pacientes que acudieron a menos de 5 consultas de control en un periodo de 6 meses en medicina familiar y el uso de 0 a 1 medicamentos antihipertensivos, por todo lo antes mencionado, sería conveniente ampliar las evaluaciones rutinarias en la consulta externa de medicina familiar a pacientes hipertensos portadores de estos factores de riesgo, intensificando la educación para la salud, realizando con mayor apego evaluaciones integrales y multidisciplinarias, corroborando rutinariamente la adherencia al tratamiento y la suficiencia y efectividad de éste.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mendoza G. C., et al. Elevación extrema de la presión arterial (crisis hipertensiva): Recomendaciones para su abordaje clínico-terapéutico. Archivos de Cardiología de México 2008. 78 (2) Abril-Junio: 74-81.
2. Pérez T. E., Juárez A. S., Laguna del Estal P. Crisis hipertensivas en los servicios de urgencias hospitalarios. Estudio SUHCHRIHTA. Emergencias 2001; 13: 82-88.
3. Mendoza L., Bermudez V., Mayela C, et al. Niveles séricos de óxido nítrico en pacientes con crisis hipertensiva. Revista Latinoamericana de Hipertensión 2009; 4(2): 39-49.
4. Arnéz T. R. et al. Aspectos epidemiológicos y clínicos de la crisis hipertensiva en pacientes del hospital Obrero NRO 2 – CNS Cochabamba. Gaceta Médica Boliviana 2008: 25-30.
5. Franco R.J. S. Crise hipertensiva: definicao, epidemiologia e abordagem diagnóstica. Rev Bras Hipertens 2002; 9: 340-345.
6. Domínguez G. A. J. et al. Modificación de conocimientos sobre crisis hipertensivas en adultos mayores con hipertensión arterial. Medisan 2010; 14(9): 2085.
7. Juárez H. U. Tratamiento racional de las crisis hipertensivas. Archivos de Cardiología de México 2002; 72 (1) Enero-Marzo: 95-99.
8. Rivera A. E. El manejo prehospitalario de la crisis hipertensiva. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002; 10 (1): 27-32.
9. Vazquez R. M. Manejo de enfermería en la crisis hipertensiva. Archivos de Cardiología de México 2001; 71 (1) Enero-Marzo: 221-224.
10. Viera V. B. Estudio comparativo entre el uso de dinitrato de isosorbide y el captopril en el tratamiento de la urgencia hipertensiva. Medisur 2005; 3 (1): 24-27.
11. Fonseca R. S., Parra C. J. Z. Diagnóstico y tratamiento de la crisis hipertensiva. Med Int Mex 2003; 19 (3): 165-74.
12. Chávez J. R., Almendárez C. Factores desencadenantes de crisis hipertensivas en un grupo de pacientes atendidos en el Hospital Escuela,

13. Aparicio O. O., et al. Crisis hipertensivas: Alerta sobre el uso indiscriminado de nifedipino sublingual. Revista Médica-Órgano oficial del Colegio Médico de la Paz 2003; 9 (3) Agosto-diciembre: 67-73.
14. Cáceres L. F. M., Pérez L. H. Crisis Hipertensivas: Actualización terapéutica. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovascular 2000; 14 (2): 124-132.
15. Vladimir C. S, et al. Comportamiento de la crisis hipertensiva en un centro médico de diagnóstico integral. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2009; 25 (3): 129-135.
16. Cribeiro M. L.M., R. M. N., Estévez A. N. Morbimortalidad en urgencias y emergencias hipertensivas en el policlinico Boyeros. Rev Haban Cienc Méd La Habana 2009; VIII (2) Abril-Junio.
17. Del Pozo J. H. A., Hernández D. L., Leiva S. L. E., González M. A. Dinitrato de isosorbida sublingual en la urgencia hipertensiva. Rev Cubana Med 1998; 37 (1): 13-17
18. Florat G. G., García F. R., Hernández V. D. Crisis Hipertensivas. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 2000;14(2):81-83.
19. Torletti G., Fernandez J., Vega, G. Urgencias Hipertensivas. Archivos de Medicina Familiar y General 2004; 1(1): 29-31.
20. López C. A., et al. Factores relacionados con la urgencia hipertensiva en un área de salud urbana de santa clara. CorSalud 2009;1(4).
21. Rodríguez P, et al. Estudio REHASE (Relevamiento de Hipertensión Arterial Severa en Servicios de Emergencia): características de la población y respuesta a una estrategia de manejo. Revista Argentina de Cardiología 2006; 74 (2) Marzo-Abril: 102-108.
22. Navarro R J et al. Urgencias hipertensivas. Rev Mex Cardiol 2005; 16 (1): 29-33.
23. Díaz O. A. Comportamiento clínico-epidemiológico de la crisis hipertensiva

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2185/1/Comportamiento-clinicoepidemiologico-de-lacrisis-hipertensiva.html>

24. Mejía R. O., et al. Factores relacionados con el descontrol de la presión arterial. *Salud Pública de México* 2009; 51 (4) Julio-Agosto: 291-297.
25. Martínez M. J.A., Velasco R. V. M., Esquivel M. C. G. Estudio de equivalencia entre dinitrato de isosorbide sublingual y nifedipina sublingual para el control de la urgencia hipertensiva. *Med Int Mex* 2007; 23: 101-5,
26. Curto S., Tuzman J, Roodenburg EU H. Hipertensión arterial en pacientes que concurren a policlinica en una institución de asistencia médica colectiva. *Rev. Med Uruguay* 1995; 11; 19-26,
27. Soto G. J., Várgas F. E. Prevalencia de la hipertensión arterial en el área del policlínico-facultad Josué Pais Garcia. *Rev Cubana Enfermer* 1999; 15 (3): 169-173.
28. Acosta A., Cedeño K., Arvelo F., Garcia R., Castillo I. Factores asociados a la hipertensión arterial en pacientes geriátricos. *Rev Med Dom* 2002: 63 (1) Enero-Abril: 14-16.