

Factores protectores para crisis hipertensiva en pacientes que acudieron a emergencia al Hospital Básico del Instituto Ecuatoriano

Protective factors for hypertensive crisis in patients who attended the emergency room at the Basic Hospital of the Ecuadorian Institute

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0167>

Maria Elizabeth Campoverde Choez^{1*}

<https://orcid.org/0000-0002-6222-9244>

mecampoverde@pucese.edu.ec

Maria Teresa Torres Rodríguez¹

<https://orcid.org/0000-0001-5713-6038>

Recibido: 14/07/2022

Aceptado: 01/10/2022

RESUMEN

Introducción: La crisis hipertensiva es un problema de salud pública que afecta física y psicológicamente la salud de los pacientes, quienes enfrentan una serie de condiciones clínicas que ponen en riesgo su vida. **Objetivo:** Analizar los principales factores protectores de crisis hipertensiva en pacientes que acudieron a emergencia al Hospital Básico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-Esmeraldas durante el periodo noviembre-diciembre 2021. **Materiales y métodos:** Estudio con enfoque cuantitativo de tipo descripto con corte transversal y un diseño no experimental, con una población total de 115 pacientes de 30 años de edad en adelante, diagnosticados con hipertensión y crisis hipertensiva y 25 médicos que atienden casos de I10 en el área de emergencia del hospital. Como técnica para la recopilación de información se utilizó la encuesta y como instrumento dos cuestionarios estructurados. Las variables estudiadas fueron características sociodemográficas, hábitos y estilo de vida, tratamiento, comorbilidades, factores asociados y factores protectores. **Resultados:** Se evidenció que la crisis hipertensiva prevalece en las mujeres con el 51,30% y en los hombres con el 47,83%. Además, la población adulta mayor está en mayor riesgo con el 49,57%. En otras consideraciones, el 53, 04% de los pacientes realiza actividad física raramente; el 48% en algo cumple con el tratamiento médico y el 60% tiene poco conocimiento sobre la enfermedad y su prevención. **Conclusiones:** Es fundamental el cambio de los hábitos y estilo de vida de los pacientes, así como un mayor grado de concienciación sobre este problema de salud y la seriedad de sus complicaciones.

Palabras clave: hipertensión, crisis hipertensiva, factores de riesgo, factores protectores, pacientes.

1. Pontificia Universidad Católica de Ecuador. Sede Esmeraldas (PUSECE). Ecuador

* Autor de correspondencia: mecampoverde@pucese.edu.ec

SUMMARY

Introduction: Hypertensive crisis is a public health problem that physically and psychologically affects the health of patients, who face a series of clinical conditions that put their lives at risk. **Objective:** To analyze the main protective factors of hypertensive crisis in patients who attended the emergency room at the Basic Hospital of the Ecuadorian Social Security Institute-Esmeraldas during the period November-December 2021. **Materials and methods:** Study with a quantitative approach of the type described with cross-sectional and a non-experimental design, with a total population of 115 patients 30 years of age or older, diagnosed with hypertension and hypertensive crisis and 25 physicians who attend cases of I10 in the emergency area of the hospital. The survey was used as a technique for collecting information and two structured questionnaires as an instrument. The variables studied were sociodemographic characteristics, habits and lifestyle, treatment, comorbidities, associated factors, and protective factors. **Results:** It was evidenced that the hypertensive crisis prevails in women with 51.30% and in men with 47.83%. In addition, the older adult population is at greater risk with 49.57%. In other considerations, 53.04% of the patients rarely performed physical activity; 48% somewhat comply with medical treatment and 60% have little knowledge about the disease and its prevention. **Conclusions:** It is essential to change the habits and lifestyle of patients, as well as a greater degree of awareness about this health problem and the seriousness of its complications.

Keywords: Hypertension, hypertensive crisis, risk factors, protective factors, patients.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata sobre los factores protectores para crisis hipertensiva, esta última que constituyó la variable dependiente de este estudio consiste en un problema que afecta física y psicológicamente la salud de los pacientes al acumular una serie de condiciones clínicas de múltiple gravedad y predicción que producen variaciones funcionales en los órganos diana o blancos, por lo que todo paciente con una emergencia hipertensiva se debe tratar en un centro hospitalario, ya que el riesgo vital es notorio. Esta patología se relaciona en muchas ocasiones con el estrés, la depresión y el descuido de sí mismo, lo que origina el deterioro de las funciones orgánicas. Las crisis hipertensivas en muchas ocasiones se pueden prevenir si se logra establecer un diagnóstico temprano y un tratamiento definido y adecuado de la enfermedad (1). El tratamiento puede ser de carácter farmacológico y también puede estar orientado a modificar el estilo de vida de los pacientes con respecto a la alimentación y regularidad del ejercicio físico (2).

Las crisis hipertensivas representan la cuarta parte de las consultas médicas que se realizan por la elevación de la presión arterial (PA), generalmente por encima de los 180/120 mmHg. Las crisis hipertensivas según el grado operacional han sido

diferenciadas terminológicamente entre emergencia o urgencia hipertensiva. La emergencia hipertensiva consiste en la elevación aguda de la PA, acompañada de alteraciones orgánicas graves que insinúan riesgos de lesiones irreversibles que pueden, incluso comprometer la vida de los pacientes. A diferencia de este tipo de crisis, la urgencia hipertensiva es particularmente de menor riesgo; sin embargo, puede convertirse en una emergencia hipertensiva si la PA no es controlada a tiempo. La urgencia hipertensiva se manifiesta con una elevación de la presión arterial en pacientes asintomáticos o con síntomas no específicos, afecciones leves o moderadas de los órganos diana, de ahí que se requiere iniciar un tratamiento vía oral (3).

Sobre la base de las consideraciones anteriores, para abordar esta problemática fue primordial considerar la Hipertensión Arterial (HTA), definida como la alteración que incrementa la presión sanguínea, lo que se convierte en un factor de riesgo que provoca complicaciones cardiovasculares y renales que ponen en riesgo la vida del paciente o lo deja expuesto a padecer algún tipo de discapacidad (3). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial es la causante del 13% de las muertes a nivel mundial. Por su parte, la Federación Mundial del Corazón registra 17,5 millones de muertes anuales a causa de este problema de salud internacional (4).

Por otro lado, en la actualidad se emplean los términos hipertensión acelerada para describir aquellos casos de hipertensión severa asociada a hemorragia en la retina o la presencia de exudados en el fondo de ojos; mientras que hipertensión maligna se usa para los casos de hipertensión severa asociada con papiledema. Estas dos terminologías utilizadas por separado han caído en el desuso, ya que las consecuencias clínicas de ambas son muy similares, por lo que los investigadores recomiendan el uso del término hipertensión acelerada-maligna para referirse a los casos de hipertensión severa, cuya presentación más común es la cefalea con alteraciones visuales y que está presente en el 50% de pacientes con emergencia hipertensiva (5).

Los factores que influyen en la falta de control de hipertensión arterial dependen del propio paciente y en otras ocasiones del médico. En el caso del paciente, las causas del desarrollo de la hipertensión pueden estar relacionadas con las características sociodemográficas que comprenden el conjunto de características biológicas, económicas, sociales y culturales que están presentes en la población de análisis y que pueden ser medibles (6). La edad, obesidad, resistencia a la insulina, consumo excesivo

de sal y de alcohol, sedentarismo, estrés, ingesta baja de potasio y calcio, desconocimiento de estar siendo afectado por este problema y ausencia de adhesión al tratamiento, están catalogados como factores de riesgo. En lo que se refiere al médico, los factores radican en la indicación de tratamientos inapropiados, la decisión tardía de recomendar al paciente la ingesta de medicamentos, así como la poca insistencia hacia la modificación de hábitos (7).

Actualmente, los pacientes con problemas de hipertensión primero deben someterse a un tratamiento higiénico-dietético no farmacológico y solamente en aquellas circunstancias, donde se compruebe debidamente que este tipo de tratamiento no es suficiente para controlar la HTA, se debe recurrir a la administración de fármacos (8). Las decisiones con respecto a los factores protectores, variable independiente de la investigación, para controlar la hipertensión en los pacientes, implica la modificación del estilo de vida.

El estilo de vida es el conjunto de patrones de conductas o hábitos que definen una forma de vida de las personas y que a su vez está influenciada por las interacciones, condiciones, factores socioculturales y características personales (9). En consecuencia, los factores de protectores están dedicados a establecer nuevos esquemas para disminuir los efectos negativos de ciertos componentes sobre el bienestar y la salud de las personas. La promoción de estilos de vida saludables es un prototipo de factor protector que está orientado a prevenir enfermedades mediante la transformación de hábitos no saludables, el tratamiento de enfermedades específicas con un trabajo interdisciplinario, la valoración y mejora de la atención en el sistema sanitario (10).

Al incrementarse los factores protectores se disminuye la vulnerabilidad y los índices de probabilidad de enfermar. Entre los factores de protección también se encuentran las emociones positivas, divididas en tres categorías y relacionadas con el pasado, presente y futuro. Los factores relacionados con el pasado incluyen la satisfacción, la alegría, el orgullo y la serenidad. Las vinculadas al presente abarcan los placeres y la satisfacción y por último, las propias del futuro se refieren al optimismo, esperanza y confianza (11).

Además, las emociones positivas que son parte de la naturaleza humana se ven afectadas por una variedad de dominios que pueden ser biológicos, cognitivos y sociales. El cultivo de emociones positivas desarrolla fortalezas como la creatividad, la perspectiva, la valentía, la perseverancia, el sentido de la vida, la autoconfianza, el apoyo social y la resiliencia. Al mismo tiempo se crean patrones para actuar en determinadas situaciones,

de tal manera, que se optimicen los recursos personales a nivel físico, psicológico y social (12).

Las emociones caracterizadas por una perspectiva positiva pueden evitar la patologización y cronificación de ciertos problemas sociales. Por ello, es fundamental el control de las emociones negativas manifestadas en situaciones estresantes mediante la ira, la tristeza, la preocupación, la ansiedad y depresión. La característica de la personalidad que regula los efectos negativos del estrés y promueve la adaptación, está compuesta por cinco características: una visión equilibrada de la vida, un sentido de propósito en la vida, la habilidad para luchar a pesar de las dificultades, el reconocimiento de la vida de cada individuo como única y la creencia en sí mismo y sus capacidades (13). La resiliencia es la característica personal más importante, puesto que es el resultado de un proceso dinámico y evolutivo que se va modificando de acuerdo con las circunstancias, la naturaleza de los eventos, el entorno y la etapa de la vida y que puede manifestarse de diferentes maneras en distintas culturas y contextos (14).

La capacidad de ajuste personal y social, pese a habitar en un contexto pernicioso y de haber atravesado por experiencias traumáticas, es lo que determina a la personalidad resiliente. En este sentido, la resiliencia es una cualidad que se puede aprender y perfeccionar. Hoy en día hay estudios que avalan la relación entre la resiliencia y la salud, al demostrar que los individuos con estrés psicosocial crónico y baja resiliencia tienen un alto riesgo de desarrollar HTA. Es por este motivo, que se considera a la resiliencia como un mecanismo protector saludable por la adaptabilidad que produce ante situaciones de riesgo, lo que involucra también la resistencia al estrés. Inclusive, la resiliencia está vinculada a la superación de otro tipo de enfermedades y la prolongación de la vida (15). Ante los problemas de salud, sin duda es importante identificar las características o factores que puedan promover la resiliencia, el optimismo, la autoeficacia, el afrontamiento activo y el apoyo social por su contribución de recursos que fomentan en general la adaptación positiva. En definitiva, la resiliencia se ha constituido en un constructo de promoción del bienestar y la salud en personas con o sin enfermedades (16).

Por otra parte, los hábitos de vida saludables relacionados con el peso corporal normal, no fumar, hacer ejercicio regularmente, la ingesta moderada de alcohol y cereales en el desayuno y el consumo de frutas y verduras se asocian de forma individual y

conjuntamente con un menor riesgo de desarrollar Insuficiencia Cardíaca a lo largo de la vida. Desde esta perspectiva, el estilo de vida saludable (EVS), se convierte en la clave para lograr una salud cardiovascular de óptimas condiciones (17).

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), que comprendió el periodo 2011-2013, se determinó que más de un tercio de la población del territorio ecuatoriano con un rango de edad mayor a los 10 años presenta prehipertensión, esto representó 3'187.665 habitantes. En el grupo etario de 10 a 59 años, 717.529 personas fueron afectadas por la hipertensión arterial. En la población de 18 a 59 años este porcentaje fue del 9,3%. Además, se evidenció que la hipertensión prevalece mayormente en los hombres con el 11,2% y en las mujeres con un 7,5%. Asimismo, el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA), reportó 146.889 atenciones por hipertensión arterial. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2013 se registraron 1.406 defunciones por este problema de salud y para el 2016 esta cifra ascendió a 3.473 víctimas mortales (18).

La causa de esta conducta radica en el acelerado crecimiento del estilo de vida occidental que se ha expandido por todo el mundo y que está caracterizado por una dieta pobre en nutrientes, sedentarismo, tabaquismo y estresores psicológicos o socioeconómicos. Todos estos son factores de riesgo asociados a la HTA. Un tratamiento y control oportunos y adecuados de la HTA, reducen significativamente la mortalidad cardiovascular. De ahí, que es imperioso que se asuman metas en salud con el propósito de reducir el impacto de esta patología entre los habitantes (19).

En lo que confiere a los factores no modificables, estos se definen como aquellos que por su característica congénita son una condición propicia para el desarrollo o no de la enfermedad. Estos factores tienen que ver con edad, el sexo y el nivel socioeconómico de los pacientes. La edad se relaciona directamente con el punto de partida de la enfermedad, pues mientras mayor es la edad, mayor es el riesgo de padecer algún tipo de enfermedad o accidente cerebrovascular. El momento crítico de este factor comienza a los 35 años y se extiende hasta los 60. De igual forma, la presión arterial sistólica y diastólica aumenta conforme avanza la edad. El sexo, además de la edad, es otro de los factores no modificables. De acuerdo con datos estadísticos de los últimos tiempos, los hombres menores a 50 años son más propensos a padecer algún tipo de ECV que las mujeres en esta misma edad. Esto comprende en la influencia de los estrógenos en los vasos

sanguíneos y el sistema cardiovascular en las mujeres. En el caso de las mujeres, la menopausia intensifica los factores de riesgo de un ECV. Finalmente, el nivel socioeconómico guarda relación con las actividades de los individuos, los recursos económicos disponibles, el nivel social y educativo. De esta manera, se asocia que un sujeto de un nivel socioeconómico bajo es predictor significativo de enfermedad cardiovascular (13).

Con respecto a los factores modificables, estos son considerados como las características que pueden ser transformadas mediante una intervención adecuada. Un ejemplo claro de esto es la promoción de un estilo de vida saludable sustentada en una alimentación sana, un sueño reparador, la realización de actividad física, control de peso y adicciones a ciertas sustancias que pueden incidir en la aparición de enfermedades cardíacas (13).

En concordancia con lo expuesto, estudios realizados anteriormente han llegado a la conclusión de que los factores principales de riesgo que provocan la crisis hipertensiva son las personas mayores de 65 años, la adicción al tabaco, el sexo masculino y la vida sedentaria. A estas causas se suman la falta de un chequeo médico oportuno, la mala alimentación, el estrés y la ansiedad. Si no se hace conciencia en la población de cada país y no se hacen controles a largo plazo sobre la hipertensión, se originan problemas de salud como la aterosclerosis precoz y la lesión de órganos vitales como corazón, riñón, retina; es decir, la hipertensión arterial tiene un gran alcance de complicaciones que demandan de vigilancia médica en los centros de urgencia (20).

Es preciso indicar, que en Ecuador se ha motivado el programa “Buen Vivir de las Personas”, como un punto céntrico de la salud que tiene como fin la disminución de los factores de riesgo de la HTA que han sido anteriormente mencionados; así como promover y recuperar las prácticas tradicionales andinas. Con esto se pretende que a través de la cultura se identifiquen las formas más convenientes de llevar y mantener una vida sana que alcance el bienestar individual y colectivo de todos los sectores sociales, sin ninguna clase de exclusión (21).

Los actores del problema de investigación que se ha planteado, fueron los pacientes que acudieron al área de emergencia del Hospital Básico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Esmeraldas. El interés de tratar esta problemática de salud pública se vinculó a la búsqueda de mecanismos para reducir las crisis hipertensivas en los pacientes. En el aspecto académico se pretendió reconocer los factores protectores

que sirvan de base para la elaboración de un plan de prevención y detección temprana de la hipertensión arterial que mejore las condiciones de vida de la población. El plan de prevención es una herramienta que promueve acciones positivas para ayudar a reducir el número de pacientes con hipertensión arterial y por lo tanto, debe constituir una prioridad en todas las instituciones de salud (22).

En el ámbito profesional esta investigación se realiza, ya que no se han encontrado estudios sobre factores protectores para crisis hipertensiva en pacientes que acuden a Emergencia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-Esmeraldas y que tengan como fin prevenir a los afiliados de esta enfermedad. De esta forma, se podrá mejorar el procedimiento y tratamiento de los pacientes con crisis hipertensiva, lo que evitará dificultades originadas por la falta de un diagnóstico temprano.

Por lo que antecede, se planteó como objetivo de investigación analizar los principales factores protectores de crisis hipertensiva en pacientes que acudieron a emergencia del Hospital Básico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-Esmeraldas durante el periodo noviembre-diciembre 2021. En razón de esto, el estudio estuvo guiado por la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los principales factores protectores de crisis hipertensiva en pacientes que concurrieron al área de emergencia del Hospital Básico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-Esmeraldas durante el periodo noviembre-diciembre 2021?

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el análisis de los factores protectores de la crisis hipertensiva en pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital Básico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-Esmeraldas, se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo con corte transversal, en el periodo de noviembre a diciembre de 2021 y un diseño no experimental. La población estuvo conformada por los pacientes y el equipo médico del hospital. De acuerdo con los datos obtenidos en el Hospital Básico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-Esmeraldas, en el periodo antes indicado, ingresaron al área de emergencia 115 pacientes con diagnóstico de hipertensión y crisis hipertensiva. Se trabajó con el total de la población, por lo que no se requirió de ningún tipo de muestreo. Los criterios de inclusión y exclusión de esta población fueron:

Criterios de Inclusión

1. Pacientes con 30 años de edad cumplidos en adelante.
2. Pacientes que expresaron su deseo de participar en el estudio a través de la firma de un consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

1. Pacientes con otra historia clínica que no estuvo relacionada con la hipertensión y crisis hipertensiva.
2. Pacientes que fueron derivados a otras unidades de salud.

El equipo médico estuvo conformado por 25 profesionales de la salud que atendieron a los pacientes que ingresaron con hipertensión I10 en el periodo de noviembre a diciembre de 2021. De igual manera, se trabajó con el total de la población y no se necesitó muestreo. Para la recopilación de datos se utilizaron como técnicas dos encuestas estructuradas, cuyos instrumentos correspondieron a los cuestionarios que estuvieron debidamente validados. El modelo del cuestionario aplicado a los pacientes fue tomado del trabajo realizado por Flores y Muñoz. Este cuestionario estuvo conformado por 18 preguntas que se organizaron en cuatro secciones: datos sociodemográficos, hábitos, comorbilidades, tratamiento (23). La resolución de este cuestionario tomó un tiempo no superior a los 20 minutos. Por su parte, el formato de preguntas del cuestionario dirigido a los médicos fue tomado de Salabert. Este cuestionario estuvo estructurado por un total de 10 preguntas distribuidas en dos secciones: datos sociodemográficos y actitudes (24). El tiempo estimado de resolución de los ítems fue de aproximadamente 8 minutos.

Los resultados obtenidos fueron organizados en Microsoft Excel, en el que se sistematizó la información mediante una base de datos y se realizó la representación en tablas. Como medida de resumen se aplicó la proporción en porcentajes. Esta investigación estuvo sujeta a los principios básicos internacionales de la ética médica; es por eso, que previo a la recopilación de datos, se informó oportunamente a los participantes del estudio sobre el propósito de la investigación. Paralelamente, se les garantizó la protección de su identidad y se aseguró que los datos obtenidos serán de uso exclusivo de la investigadora, para fines académicos y de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas. Todos los participantes expresaron su voluntad de participar en el estudio a través de la firma del documento de consentimiento informado.

RESULTADOS

De la información obtenida se consideraron los resultados más relevantes para el alcance de los objetivos planteados en este estudio y su análisis. A continuación, se presentan los resultados del cuestionario de encuesta relacionado con los factores asociados a la crisis hipertensiva y que fue aplicado a 115 pacientes.

En datos sociodemográficos, variable género, se observa que el 51,30% de pacientes correspondieron al género femenino con relación a los pacientes de género masculino que representaron el 47,83%. En la variable edad, la población que predominó fue la de pacientes adultos mayores con el 49,57%. En la variable identidad étnica, el 52,17% se identificó como mestiza. En la variable escolaridad, el 40,87% cuenta con estudios de pregrado. En la variable socioeconómica, el 43,48% es de clase media; seguida cercanamente de la clase media baja con el 42,61%. Por último, en la variable antecedentes familiares de hipertensión arterial, el 65,22% afirmó tener antecedentes de este tipo (Tabla 1).

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los pacientes con hipertensión y crisis hipertensiva

	Valores	Freq. absoluta	Freq. relativa
Género			
Femenino	59	51,30%	
Masculino	55	47,83%	
Otro	0	0,00%	
Prefiere no decir	1	0,87%	
Edad			
Adulto joven	19	16,52%	
Adulto maduro	39	33,91%	
Adulto mayor	57	49,57%	
Identidad étnica			
Blanco	10	8,70%	
Mestizo	60	52,17%	
Indígena	1	0,87%	
Afrodescendiente	44	38,26%	
Escolaridad			
Posgrado	14	12,17%	
Pregrado	47	40,87%	
Carrera técnica	17	14,78%	
Secundaria	17	14,78%	

Primaria	19	16,52%
Otra	1	0,87%
Ninguna	0	0,00%
Situación socioeconómica		
Clase baja	6	5,22%
Clase media baja	49	42,61%
Clase media	50	43,48%
Clase media alta	10	8,70%
Clase alta	0	0,00%
Antecedentes familiares de HA		
Si	75	65,22%
No	6	5,22%
Desconoce	34	29,57%

Fuente: Revisión y análisis de la base de datos estadísticos de la encuesta aplicada a los pacientes.

En hábitos de los pacientes, se aprecia en la variable injerencia de alcohol, que la población no tiene una tendencia por consumir esta bebida con frecuencia. Lo mismo sucede con la variable que se refiere al consumo del cigarrillo. Sin embargo, en la variable actividad física se observa que el 53,04% de la población encuestada realiza raramente ejercicios físicos, lo que denota un alto índice de sedentarismo, factor asociado con el padecimiento de hipertensión y crisis hipertensiva. En último lugar, está la variable alimentación, que de acuerdo con el 62,61% de los pacientes es calificada como buena (Tabla 2).

Tabla 2.

Hábitos de pacientes con hipertensión y crisis hipertensiva.

Valores	Freq. absoluta	Freq. relativa
Injerencia de alcohol		
Nunca	42	36,52%
Raramente	40	34,78%
Ocasionalmente	31	26,96%
Frecuentemente	2	1,74%
Muy frecuentemente	0	0,00%
Consumo de cigarrillo		
Nunca	84	73,04%
Raramente	25	21,74%
Ocasionalmente	6	5,22%
Frecuentemente	0	0,00%

Muy frecuentemente	0	0,00%
Actividad física		
Nunca	38	33,04%
Raramente	61	53,04%
Ocasionalmente	13	11,30%
Frecuentemente	3	2,61%
Muy frecuentemente	0	0,00%
Alimentación		
Muy mala	1	0,87%
Mala	8	6,96%
Regular	30	26,09%
Buena	72	62,61%
Muy buena	4	3,48%

Fuente: Revisión y análisis de la base de datos estadísticos de la encuesta aplicada a los pacientes.

En comorbilidades de los pacientes con hipertensión y crisis hipertensiva, se estima que en la variable síntomas físicos y emocionales prevalecen los dolores de cabeza con el 36,52%. En la variable afecciones asociadas, la diabetes es mencionada por el 77,39%. Y en la variable antecedentes de enfermedades vasculares, el infarto de miocardio es el principal de acuerdo con el 86,09% de la población consultada (Tabla 3).

Tabla 3.

Comorbilidades en pacientes con hipertensión y crisis hipertensiva

Valores	Freq. absoluta	Freq. relativa
Síntomas físicos y emocionales		
Mala memoria	12	10,43%
Dolores de cabeza	42	36,52%
Falta de concentración	9	7,83%
Cansancio	18	15,65%
Problemas para conciliar el sueño	13	11,30%
Dolores musculares	18	15,65%
Pérdida o aumento de peso	3	2,61%
Afecciones asociadas		
Diabetes	89	77,39%
Obesidad	25	21,74%
Nefropatías	1	0,87%
Antecedentes de enfermedades vasculares		

Accidente Cerebro Vasculares	8	6,96%
Infarto de miocardio	99	86,09%
Insuficiencia cardíaca	1	0,87%
Coronariopatía	2	1,74%
Otro	5	4,35%

Fuente: Revisión y análisis de la base de datos estadísticos de la encuesta aplicada a los pacientes.

Seguidamente, se presentan los resultados obtenidos con el cuestionario de encuesta relacionado con los factores asociados a la crisis hipertensiva y los factores protectores para su prevención que fue aplicado a 25 profesionales de la salud.

En los resultados alcanzados con el personal médico, se observa en la variable factores de riesgo asociados en la aparición de una hipertensión I10, que la obesidad y los antecedentes familiares con porcentajes iguales del 32,00% son los principales, según el criterio médico. En la variable cumplimiento adecuado del tratamiento por parte de los pacientes, la opción algo alcanzó el 48,00%. En la variable principal problema de salud que se deriva de una presión alta no controlada, se encuentran los Accidentes Cerebrovasculares (ACV) con el 72,00%. En la variable disminución de los casos de hipertensión I10, el 60,00% de los médicos señaló que estos no han disminuido. Finalmente, en la variable conocimiento de los pacientes sobre la hipertensión arterial y las medidas de prevención, el 60,00% del personal de la salud manifestó que el conocimiento es poco (Tabla 4).

Tabla 4.

Factores de riesgo en la aparición de una hipertensión I10

Valores	Freq. absoluta	Freq. relativa
Factor de riesgo que predomina en la aparición de una hipertensión I10		
Edad	3	12,00%
Tabaco	0	0,00%
Alcohol	0	0,00%
Alimentación insana	4	16,00%
Obesidad	8	32,00%
Diabetes	1	4,00%
Antecedentes familiares	8	32,00%
Estrés	0	0,00%

Otro	1	4,00%
------	---	-------

Cumplimiento adecuado del tratamiento

Nada	1	4,00%
Poco	10	40,00%
Algo	12	48,00%
Suficiente	2	8,00%
Mucho	0	0,00%

Principal problema de salud que se deriva de una presión alta no controlada

Accidente Cerebrovascular	18	72,00%
Aneurisma	0	0,00%
Insuficiencia cardiaca	4	16,00%
Infarto de miocardio	2	8,00%
Ateroesclerosis de las aortas	1	4,00%
Insuficiencia renal crónica	0	0,00%
Otro	0	0,00%

Disminución de los casos de hipertensión I10

No han disminuido	15	60,00%
Poca disminución	9	36,00%
En algo han disminuido	1	4,00%
Suficiente disminución	0	0,00%
Mucha disminución	0	0,00%

Conocimiento sobre la hipertensión arterial y medidas de prevención

Nada	0	0,00%
Poco	15	60,00%
Algo	8	32,00%
Suficiente	1	4,00%
Mucho	1	4,00%

Fuente: Encuesta aplicada a profesionales de la salud.

En la variable medidas recomendables para prevenir una hipertensión I10, el 92, 00% del personal médico hizo referencia a que todas las medidas descritas son importantes para contrarrestar este problema de salud; es decir, se requiere de medidas debidamente combinadas. En la última variable, medio apropiado para realizar una campaña de prevención de la hipertensión I10, el 68,00% de los médicos consideraron que se necesita de más de un medio de comunicación para difundir esta campaña (Tabla 5).

Tabla 5.

Factores protectores para prevenir una hipertensión I10

	Valores	Freq. absoluta	Freq. relativa
Medidas recomendables para prevenir una hipertensión I10			
Control periódico de la presión	1	4,00%	
Control del exceso de sal en las comidas	0	0,00%	
Dieta saludable	0	0,00%	
Actividad física constante	0	0,00%	
Aprender a controlar el estrés	1	4,00%	
Control del exceso de alcohol	0	0,00%	
Evitar el consumo de cigarrillo	0	0,00%	
Otro	0	0,00%	
Todas las anteriores	23	92,00%	
Medio apropiado para realizar una campaña de prevención de la hipertensión I10			
Radio y televisión	1	4,00%	
Prensa escrita	0	0,00%	
Redes sociales	3	12,00%	
Folletos, volantes, etc.	3	12,00%	
Publicidad rodante o móvil	1	4,00%	
Elegiría más de una opción	17	68,00%	
Otro	0	0,00%	

Fuente: Encuesta aplicada a profesionales de la salud.

DISCUSIÓN

En este estudio, se encontró que la población femenina es la más afectada por la hipertensión y la crisis hipertensiva en comparación con la población masculina. Esto obedece, a que las mujeres deben enfrentar más etapas en su vida, entre ellas el embarazo, el uso de métodos anticonceptivos que generalmente recae con mayor responsabilidad en este género; así como la menopausia que incrementan el riesgo de padecer hipertensión arterial. Es preciso señalar, que este resultado difiere de lo encontrado por Barragán y Morales (13), así como el de Rodríguez et al., (18), donde se observó que los hombres son más propensos a padecer las consecuencias de la hipertensión y la crisis hipertensiva. Esta investigación también reveló que los adultos mayores son los más propensos a padecer crisis hipertensiva, debido a que con la edad las arterias van perdiendo elasticidad, se vuelven más rígidas a la vez se disminuye la capacidad para ajustarse a

presiones elevadas. Esto contrasta con lo hallado por Djoussé et al., en su estudio efectuado en EE. UU, pues resultó que una población de 1.200 sujetos con una media de edad de 22,4 años presentó fallas cardíacas (25).

En el aspecto socioeconómico prevaleció la clase media y media baja. Se asume que cuando hay mayores ingresos económicos el estilo de vida mejora; no obstante, el trabajo bajo presión para obtener un mayor rédito significa condiciones adversas para la salud de los empleados. Este resultado se diferencia de lo encontrado por Barragán y Morales, quienes determinaron que el nivel socioeconómico bajo en los pacientes, es un predictor de la crisis hipertensiva(13).

En los factores de riesgo vinculados a la hipertensión y crisis hipertensiva, la injerencia de alcohol al ser muy baja en la población estudiada no incide en el desarrollo de esta enfermedad; así como tampoco el consumo de cigarrillo. A pesar de ello, no hay que desconocer que el consumo de alcohol es más frecuente en la población estudiada con relación al consumo de cigarrillo. Estos resultados no coinciden con los del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (19), Ortiz et al., (20) y Cachimuel (26), quienes determinaron que el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo son parte de los hábitos no saludables en la población, por lo que se los reconoce como factores de riesgo asociados a la HTA.

Otros de los factores de riesgos son el bajo nivel de actividad física y la mala alimentación. En la presente investigación, se halló que la población mayoritariamente no realiza ejercicio físico con regularidad y que la calidad de la alimentación de la población se ubica entre buena y regular. Hay que recordar que el sedentarismo es el causante de la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, entre otros; debido a problemas en el organismo para la síntesis de grasas y azúcares. A esto se suma el consumo excesivo de sal. Aquí no se hace solamente referencia a la sal de mesa, sino también a la que está invisibilizada en alimentos como las galletas, panes, quesos, mantequilla, embutidos, enlatados, etc. Estos resultados coincidieron con la investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (19), Ortiz et al., (20) y Cachimuel (26) en los que se manifiesta que el sedentarismo y la dieta pobre en nutrientes inciden en el padecimiento de crisis hipertensiva.

Simultáneamente, los resultados que se lograron con esta investigación demostraron que los factores protectores para una crisis hipertensiva están estrechamente vinculados a los hábitos y estilos de vida de los pacientes. En el caso de los factores de riesgo, aunque se

evidenció que el estilo de vida de los pacientes tiene una gran incidencia en el desarrollo de la crisis hipertensiva, existen factores no modificables como la edad que exponen a los pacientes, de acuerdo con Gómez, quien añade que el desconocimiento de esta problemática de salud pública, la ausencia de adhesión al tratamiento médico y la obesidad son otros factores de riesgo latentes (7). Barragán y Morales también señalan que la edad es el punto de partida de la crisis hipertensiva, pues mientras mayor es la edad, mayor es el riesgo de padecer esta enfermedad. Este argumento de los autores mencionados fue corroborado en este estudio, pues la mayoría de los pacientes que fueron atendidos por crisis hipertensiva pertenecieron a la población adulta mayor, es decir de 65 años en adelante. En cuanto al conocimiento de la hipertensión arterial y sus medidas para prevenirla por parte de los pacientes, se halló que este es escaso. A esto hay que agregar que el cumplimiento del tratamiento adecuado para controlar la hipertensión es bajo y la obesidad es alta. Todo esto amenaza la salud de los pacientes (13).

Por último, es fundamental referirse a que durante la investigación se presentaron limitaciones, pues se estableció que los pacientes no se pronunciaron con total sinceridad con respecto al consumo de alcohol y cigarrillo. Lo mismo ocurrió con la calificación de su alimentación. Esto revela una imagen poco honesta de sus hábitos y estilo de vida que sesga la información obtenida.

CONCLUSIÓN

Una vez que se ha concluido la investigación, inmediatamente se procede a determinar el alcance de los objetivos propuestos al inicio de este estudio: Se analizaron los principales factores protectores de crisis hipertensiva; así se concluye, que el cambio de los malos hábitos y el estilo de vida de los pacientes es esencial para prevenir la hipertensión y la crisis hipertensiva, así como para controlar esta enfermedad en quienes ya han sido diagnosticados y se encuentran con tratamiento farmacológico.

Se identificaron los factores asociados a la crisis hipertensiva, estos están principalmente vinculados a hábitos no saludables como la mala alimentación y la falta de ejercicio físico con regularidad. Esta situación se deriva en problemas de obesidad, enfermedad que a la vez hace que los pacientes sean propensos a otras enfermedades como la hipertensión y la crisis hipertensiva.

Se establecieron las características sociodemográficas que inciden en los pacientes con diagnóstico de hipertensión y crisis hipertensiva; así se encontró que las mujeres desarrollan más esta enfermedad y que la población adulta mayor está en mayor riesgo. Esto se relaciona con el estilo de vida, pues los problemas de salud de los pacientes es un acumulado de condiciones clínicas a lo largo de su vida que pueden evitarse con buenos hábitos. Esto también se traduce en el hecho de que los casos de hipertensión y crisis hipertensiva no estén disminuyendo.

Finalmente, se determinó que los pacientes no están cumpliendo adecuadamente con su tratamiento médico, lo que evidencia falta de conciencia sobre las graves consecuencias de la hipertensión y crisis hipertensiva.

REFERENCIAS

- 1) Palma J, Calderón A. Utilidad clínica e indicaciones de la monitorización ambulatoria y de la automedida de la presión arterial [Internet]. Monocardio 2003; 5(4): 250–261; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <http://castellanacardio.es/wp-content/uploads/2010/11/hypertension-arterial-II.pdf#page=67>
- 2) Alfonso J, Salabert I, I, Morales M, García D, Acosta A. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional [Internet]. Rev Méd Electrón 2017; 39 (4): 987-994; [Consultado 30 Ag 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2017/me174m.pdf>
- 3) Martínez J, Feria M, Morales A, Coca A. Crisis hipertensivas: urgencia y emergencia hipertensiva [Internet]. Medwave 2016; 16 (4); [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Suplementos/6612.act>
- 4) Dueñas, A. La hipertensión arterial [Internet]. Rev Cub Med 2011; 50(3): 232–1233; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232011000300001&script=sci_arttext&tlang=en
- 5) Gómez E, Bragulat E. Hipertensión arterial, crisis hipertensiva y emergencia hipertensiva: actitud en urgencias [Internet]. Emergencias 2010; 22: 209-219; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ernest-Bragulat/publication/45724279_Hipertension_arterial_crisis_hipertensiva_y_emergencia_hipertensiva_actitud_en_urgencias/links/0fcfd50acb9190f74f000000/Hipertension-arterial-crisis-hipertensiva-y-emergencia-hipertensiva-actitud-en-urgencias.pdf
- 6) Rodrigo S, Soriano J, Merino J. Causas y tratamiento de la obesidad [Internet]. Nutr. clín. diet. hosp. 2017; 37 (4): 87-92; [Consultado 30 Ag 2021]. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/RCANO.pdf>

- 7) Gómez, J. Morbimortalidad cardiovascular en el mundo [Internet]. Rev Colomb Cardiol 2012; 19(6): 298–299; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v19n6/v19n6a5.pdf>
- 8) Pérez, M, León J, Fernández M. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto [Internet]. Rev cub med 2011; 50(3): 311–323; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v50n3/med09311.pdf>
- 9) Angelucci L, Cañoto Y, Hernández M. Influencia del estilo de vida, el sexo, la edad y el IMC sobre la salud física y psicológica en jóvenes universitarios [Internet]. Avances en Psicología Latinoamericana 2017; 35 (3): 531-546; [Consultado 20 Ag 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v35n3/1794-4724-apl-35-03-00531.pdf>
- 10) De la Rosa J, Acosta M. Posibles factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial en tres barrios de Esmeraldas, Ecuador [Internet]. Rev Arch Med de Camagüey 2017; 21(3): 361–369; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2111/211151177007/movil/>
- 11) Guerrero J, Sánchez J. Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular [Internet]. Psicología y Salud 2015; 25(1): 57–71; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1339/2462>
- 12) Hernández M, García H. Factores de riesgo y protectores de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria [Internet]. RFM 2017; 30(2): 119-123; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0798-04692007000200004&script=sci_arttext&tlang=en
- 13) Barragán A, Morales C. Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios [Internet]. Enseñanza e Investigación en Psicología 2014; 19(1): 103-118; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29232614006.pdf>
- 14) Vinaccia E. El Patrón de Conducta Tipo C en Pacientes con Enfermedades Crónicas [Internet]. Rev Colom de Psiquiatría 2003; 32 (1): 161-168; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v32n2/v32n2a04.pdf>
- 15) Carretero R. Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales [Internet]. Nómadas 2010; 27 (3); [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/181/18113757004.pdf>
- 16) Uriarte J. La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo [Internet]. Rev de Psicodidáctica 2005; 10 (2): 61-79; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17510206.pdf>
- 17) Quiceno J, Vinaccia S. Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta [Internet]. Pensamiento Psicológico 2011; 9 (17): 69-82; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>
- 18) Rodríguez F, Peña E, Sánchez V, Quintana E, Riverón L, Ledo D. Hipertensión arterial [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [2014; Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <http://digital.grupoaran.com/books/EBKTRAC021/files/assets/basic-html/index.html#8>

- 19) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención y control de hipertensión arterial llega a barrios rurales de Esmeraldas [Internet]. [Citado el 14 de Ag. de 2021]. Disponible en: <http://www.saludzonal.gob.ec/cz1/index.php/sala-de-prensa/846-prevencion-y-control-de-hipertension-arterial-llega-a-barrios-rurales-de-esmeraldas>
- 20) Ortiz R, Torres M, Peña S, Alcántara V, Supliguicha M, Vásquez X, Añez R, Rojas J, Bermúdez V. Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en la población rural de Quingeo Ecuador [Internet]. Rev Latin de Hipertensión 2017; 12(3): 95–103; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1702/170252187004.pdf>
- 21) Díaz J, Ruiz M, Gea A, Fernández A, Martínez M. Relación entre un índice de estilo de vida saludable y el riesgo de enfermedad cardiovascular en la cohorte SUN [Internet]. Rev Esp Cardiol 2018; 71 (12): 1001-1009; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893217305948>
- 22) Rabines A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002 [Consultado 30 Ag 2021]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%88DTULO1-introduccion.pdf
- 23) Flores F, Muñoz E. Prevalencia, Factores asociados y tratamiento de la Crisis Hipertensiva de los pacientes hipertenso atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2007 [Tesis]. Universidad de Cuenca; 2008 [Consultado 30 Ag 2021]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/18994/3/Tesis.pdf>
- 24) Salabert E. Entrevista a Dr. Francisco Arnalich, experto en hipertensión [Internet]; 2014. [Citado el 1 de sept de 2021]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/hipertension-arterial/entrevista-dr-francisco-arnalich-experto-en-hipertension-14134>
- 25) Djoussé L, Drive J, Gaziano M. Relación entre los factores modificables del estilo de vida y el riesgo de insuficiencia cardíaca a lo largo de la vida: Estudio de la salud de los médicos I [Internet]. JAMA 2009; 302 (4): 394-400; [Consultado 13 Ag 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742484>
- 26) Cachimuel E. Estilos de vida en pacientes hipertensos de 45 a 75 años que acuden al Centro de Salud Tipo C-San Rafael, Esmeraldas 2019 [Trabajo de Grado]. Universidad Técnica del Norte; 2019 [Consultado 14 Ag 2021]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9829/2/06%20ENF%201104%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

