

Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con presión arterial marcadamente elevada o crisis hipertensivas en atención primaria, Valencia, Venezuela, 2025

Clinical and epidemiological characteristics of patients with markedly elevated blood pressure or hypertensive crises in primary care, Valencia, Venezuela, 2025

Med. Carlos García 
Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela
<https://orcid.org/0009-0007-5262-4893>

Med. Mariángela García 
Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela
<https://orcid.org/0009-0005-7433-5529>

Med. Mario Da Silva 
Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela
<https://orcid.org/0009-0003-3321-2552>

Med. Isabella Rodríguez 
Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela
<https://orcid.org/0009-0003-2424-0551>

Resumen

Objetivo: Caracterizar clínica y epidemiológicamente a pacientes con presión arterial marcadamente elevada o crisis hipertensivas en un centro de atención primaria, aplicando los criterios de la American Heart Association (AHA) 2024. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre una muestra de 120 ≥ 18 años con presión arterial $\geq 140/90$ mmHg al ingreso. Se analizaron variables socio-demográficas, clínicas y de adherencia, empleando estadística descriptiva y análisis bivariado (enero-marzo 2025). **Resultados:** La edad promedio fue 65.7 ± 12.5 años, con un notable predominio femenino (73.3%) y una carga de malnutrición por exceso (sobrepeso/obesidad) del 65.9%. El 85% poseía diagnóstico previo de hipertensión. Según la clasificación AHA 2024, el 83.3% cursó con presión arterial marcadamente elevada asintomática y solo el 16.7% presentó una emergencia hipertensiva. Los síntomas más frecuentes fueron cefalea (27.5%), mareo (21.7%) y debilidad muscular (11.7%). **Conclusiones:** El perfil predominante es el de una mujer adulta mayor con antecedentes conocidos y control insuficiente. La prevalencia de elevaciones asintomáticas sobre las emergencias reales subraya la necesidad de fortalecer el manejo ambulatorio.

Palabras clave: crisis hipertensiva; atención primaria en salud.

Abstract

Objective: To characterize the clinical and epidemiological profile of patients presenting with markedly elevated blood pressure or hypertensive crises at a primary care center, applying the American Heart Association (AHA) 2024 criteria. **Materials and methods:** An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted a sample of 120 patients ≥ 18 years with BP $\geq 140/90$ mmHg at admission was evaluated. Sociodemographic, clinical, and adherence variables were analyzed using descriptive statistics and bivariate analysis. (January–March 2025). **Results:** The mean age was 65.7 ± 12.5 years, with a notable female predominance (73.3%) and a 65.9% prevalence of overweight/obesity. Although 85% had a prior diagnosis of hypertension, 83.3% presented with asymptomatic markedly elevated blood pressure, and only 16.7% met the criteria for hypertensive emergency. The most frequent symptoms were headache (27.5%), dizziness (21.7%), and muscle weakness (11.7%). **Conclusions:** The predominant profile is that of an older female with known hypertension and insufficient control. The prevalence of asymptomatic elevations over true emergencies emphasizes the need to strengthen outpatient management.

Keywords: hypertensive crisis; primary health care.

Recibido: 07-04-2026

Aceptado: 16-05-2026

Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) constituye el principal factor de riesgo cardiovascular modificable a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), aproximadamente 1.28 mil millones de adultos de 30 a 79 años padecen hipertensión arterial, siendo responsable de 10.8 millones de muertes anuales. En Venezuela, diversos estudios han documentado una prevalencia elevada de hipertensión arterial en la población adulta.

La American Heart Association (AHA, 2024), establece una estratificación rigurosa de los niveles de presión arterial con el fin de optimizar la prevención cardiovascular. Dentro de esta escala, el hallazgo de una Presión Arterial Marcadamente Elevada definida por valores que alcanzan o superan los 180 mmHg de presión sistólica y/o los 120 mmHg de presión diastólica, representa el estadio más crítico de la clasificación. En el ámbito de la Atención Primaria, la detección de estas cifras constituye una Crisis Hipertensiva, situación que obliga al clínico a realizar una distinción inmediata entre la Urgencia y la Emergencia Hipertensiva basada en la presencia de daño agudo en órganos diana. Esta categorización de la American Heart Association (AHA, 2024), es esencial para estandarizar el manejo médico y reducir las complicaciones severas asociadas a las elevaciones extremas de la presión arterial.

De acuerdo a López Nouel et al. (2018), en su estudio "Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Cardiovascular en población adulta de la Región Central de Venezuela", reportaron una prevalencia de HTA de 34.23% en población mayor de 18 años. Este hallazgo evidencia que aproximadamente uno de cada tres adultos venezolanos padece hipertensión arterial, cifra que supera el promedio latinoamericano y representa un importante problema de salud pública.

El control adecuado de la hipertensión arterial constituye un desafío para los sistemas de salud, particularmente en países en vías de desarrollo. Por su parte, Casanova et al. (2019) en el estudio titulado RHAVEN (Registro de Hipertensión Arterial en Venezuela) documentó que el 43.2% de los pacientes hipertensos no cumple adecuadamente con su tratamiento antihipertensivo, lo que incrementa significativamente el riesgo de desarrollar crisis hipertensivas y sus complicaciones asociadas.

Burnier y Egan (2019), sostienen que la adherencia terapéutica representa un factor determinante en el control de la presión arterial y la prevención de crisis hipertensivas. Múltiples estudios han demostrado que el incumplimiento del tratamiento antihipertensivo es una de las causas principales de descontrol tensional y desarrollo de urgencias y emergencias hipertensivas. Factores socioeconómicos, educativos, psicológicos y relacionados con el sistema de salud influyen en el grado de adherencia terapéutica de los pacientes.

En el contexto venezolano, Hidalgo et al. (2020), en su investigación "Factores Asociados a la No Adherencia al Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo en Pacientes Adultos

del Ambulatorio Urbano tipo III Augusto Malavé Villalba, Puerto Ordaz, estado Bolívar, Venezuela", identificaron que la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo alcanzó el 40.8% en población atendida en atención primaria. Este hallazgo es particularmente relevante, ya que los ambulatorios urbanos tipo III constituyen el primer nivel de atención donde se diagnostican, tratan y controlan la mayoría de pacientes hipertensos en Venezuela.

Según Pinna et al. (2014), las crisis hipertensivas pueden asociarse con diversas complicaciones cardiovasculares y respiratorias, incluyendo síndrome coronario agudo, insuficiencia cardíaca aguda, disección aórtica, accidente cerebrovascular, encefalopatía hipertensiva, insuficiencia renal aguda y edema pulmonar agudo. El reconocimiento temprano de estas complicaciones y el manejo adecuado de las crisis hipertensivas son fundamentales para prevenir daño permanente a órganos diana y reducir la morbilidad asociada.

Marvin et al. (2023), en su estudio titulado Caracterización clínica e identificación de factores asociados a crisis hipertensivas en el servicio de urgencias, concluyeron que, la prevalencia de crisis hipertensiva fue del 1.7%. Donde más de la mitad resultaron ser mujeres, de 66.34 ± 13.8 años de edad y el 88.7% presentaba antecedente de hipertensión arterial. Asimismo, exponen que, en la población analizada, la crisis hipertensiva más común fue la emergencia (54.6%) y la cefalea fue el síntoma más frecuente (30.0%).

Por otro lado, Saavedra et al. (2020), en su investigación titulada "Caracterización de las crisis hipertensivas en adultos de la emergencia del Hospital José Félix Valdivieso", reportaron una elevada adherencia al tratamiento antihipertensivo (80%) entre los sujetos evaluados. En términos sociodemográficos, el estudio evidenció un predominio del sexo femenino (57%) y una mayor concentración de casos en el grupo etario de 40 a 65 años (49%). Asimismo, en el análisis de los factores de riesgo cardiovascular, se identificó que el 70% de la población contaba con diagnóstico previo de hipertensión arterial, mientras que el 50% presentaba sobrepeso al momento de la admisión.

El sobrepeso y la obesidad constituyen factores de riesgo importantes tanto para el desarrollo de hipertensión arterial como para el descontrole de la misma. El índice de masa corporal (IMC) elevado se asocia con mayor resistencia al tratamiento antihipertensivo y mayor probabilidad de desarrollar crisis hipertensivas (Semlitsch et al., 2021; Whelton et al., 2025). Al respecto, la Encuesta Nacional de Salud de Venezuela documentó que el 62% de la población adulta presenta sobrepeso u obesidad (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2018), lo que contribuye significativamente a la carga de enfermedad cardiovascular en el país.

Los ambulatorios urbanos tipo III, como el Módulo 810 de la Parroquia Santa Rosa en Valencia, Estado Carabobo, constituyen centros de atención primaria que brindan servicios de medicina general, pediatría y ginecología, atendiendo aproximadamente 80 pacientes diarios. Estos establecimientos representan la puerta de entrada al sistema de

salud para una importante proporción de la población, siendo frecuente la consulta por descontrol de presión arterial y crisis hipertensivas.

A pesar de la alta prevalencia de hipertensión arterial en Venezuela y la frecuencia de crisis hipertensivas en los servicios de atención primaria, existe escasa información publicada sobre las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que presentan estas condiciones en el primer nivel de atención. La mayoría de estudios se han realizado en servicios de emergencias hospitalarias, existiendo un vacío de conocimiento sobre el perfil de estos pacientes en ambulatorios urbanos tipo III.

El conocimiento de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con crisis hipertensivas en atención primaria permitiría diseñar estrategias específicas de prevención, detección temprana y manejo adecuado, contribuyendo a reducir las complicaciones asociadas y la necesidad de referencia a servicios de mayor complejidad. Asimismo, la identificación de factores de riesgo asociados podría orientar intervenciones dirigidas a mejorar el control de la presión arterial en la población.

Objetivos

La presente investigación se plantea como Objetivo General: Caracterizar clínica y epidemiológicamente a pacientes con crisis hipertensiva o presión arterial marcadamente elevada en el Módulo 810, Parroquia Santa Rosa, Valencia, Estado Carabobo, abril-octubre 2025.

Como objetivos específicos se plantean:

1. Describir las características sociodemográficas (sexo, edad e índice de masa corporal) de los pacientes con crisis hipertensivas o presión arterial marcadamente elevada.
2. Identificar la prevalencia de hipertensión arterial conocida y el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento antihipertensivo en la población con crisis hipertensivas.
3. Determinar el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes con Hipertensión Arterial conocida que presentan crisis hipertensivas.
4. Clasificar las crisis hipertensivas según tipo (urgencia o emergencia hipertensiva) basándose en las cifras de presión arterial y la presencia o ausencia de daño agudo a órganos diana.
5. Identificar los síntomas más frecuentes (mareo, cefalea, dolor torácico, disnea, entre otros) que presentan los pacientes con crisis hipertensivas al momento de la consulta.
6. Determinar la frecuencia de comorbilidades (diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, antecedente de accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica) en los pacientes con crisis hipertensivas.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal en pacientes que acudieron al Ambulatorio Urbano Tipo III "Dr. José Gregorio Hernández" en Valencia, Venezuela, durante el período comprendido entre enero y marzo de 2025. El objetivo fue caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes que presentaron presión arterial marcadamente elevada o crisis hipertensivas según los criterios de la American Heart Association (AHA, 2024).

La población estuvo conformada por todos los pacientes adultos que consultaron al servicio de medicina general y presentaron valores de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg al momento del ingreso. Se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia de 120 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: edad ≥ 18 años, presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg al ingreso, capacidad para proporcionar consentimiento informado, y disponibilidad para completar los datos requeridos durante la consulta. Se excluyeron pacientes con datos incompletos en variables críticas, mujeres embarazadas, pacientes con deterioro cognitivo severo que impidiera el consentimiento informado, y aquellos que requirieron traslado inmediato a centros de mayor complejidad antes de completar la evaluación inicial.

Las variables estudiadas incluyeron características sociodemográficas (edad, sexo), antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal), clínicas (presión arterial al ingreso y egreso, síntomas, complicaciones), y relacionadas con el antecedente de hipertensión arterial (HTA conocida, tiempo de diagnóstico, tratamiento, adherencia terapéutica). La presión arterial se midió según las recomendaciones de la American Heart Association (AHA, 2024), utilizando tensiómetro digital calibrado, con el paciente en reposo durante al menos 5 minutos, en posición sentada, con el brazo apoyado a nivel del corazón. El índice de masa corporal se calculó mediante la fórmula $\text{peso (kg)} / \text{talla}^2 (\text{m}^2)$ y se clasificó según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), de la siguiente manera: bajo peso corresponde a un IMC inferior a 18.5; el rango normal o eutrófico se sitúa entre 18.5 y 24.9; se considera sobrepeso (o pre-obesidad) cuando el valor está entre 25.0 y 29.9; la obesidad clase I comprende de 30.0 a 34.9; la obesidad clase II se define entre 35.0 y 39.9; y finalmente, la obesidad clase III (u obesidad mórbida) se determina con un valor igual o superior a 40.0.

Los pacientes se clasificaron según las guías de la American Heart Association (AHA, 2024), en: presión arterial marcadamente elevada asintomática (PA $\geq 180/110$ -120 mmHg sin signos ni síntomas de daño agudo de órgano blanco), emergencia hipertensiva (PA $\geq 180/110$ -120 mmHg con evidencia de daño agudo de órgano blanco progresivo), y sin clasificar (pacientes con PA elevada pero que no cumplían criterios estrictos para ninguna categoría).

El análisis estadístico se realizó con Python 3.12 utilizando las librerías pandas, numpy y scipy.stats. Las variables cualitativas se presentaron como frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Las variables cuantitativas se presentaron como media $\pm$

desviación estándar. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson considerando significativo un valor de $p < 0.05$. Se calcularon Odds Ratio con sus intervalos de confianza al 95% mediante método de Woolf.

El estudio se desarrolló respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las normas de buenas prácticas clínicas. Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y proporcionaron su consentimiento informado verbal antes de su inclusión. La confidencialidad se garantizó mediante codificación de los datos.

Resultados

Se evaluaron 120 pacientes que consultaron por valores elevados de presión arterial durante el período de estudio. Las características sociodemográficas y antropométricas de la muestra se presentan en la Tabla 1. La edad promedio fue 65.7 ± 12.5 años. El sexo femenino predominó con 73.3%. El índice de masa corporal promedio fue 27.9 ± 6.5 kg/m². Según clasificación del IMC, 39.2% presentaron obesidad, 26.7% sobrepeso, y 34.2% peso normal o bajo peso.

Tabla 1

Características sociodemográficas y antropométricas

Variable	Femenino (n=88)	Masculino (n=32)	Total (n=120)
Edad (años)	65.3 ± 12.8	66.8 ± 11.8	65.7 ± 12.5
Peso (kg)	71.3 ± 15.3	80.8 ± 16.1	73.8 ± 16.0
Talla (cm)	162.1 ± 5.8	166.2 ± 7.3	163.2 ± 6.4
IMC (kg/m ²)	27.3 ± 6.3	29.5 ± 6.7	27.9 ± 6.5
Normal/Bajo peso	33 (37.5%)	8 (25.0%)	41 (34.2%)
Sobrepeso	23 (26.1%)	9 (28.1%)	32 (26.7%)
Obesidad	32 (36.4%)	15 (46.9%)	47 (39.2%)

Nota: Datos obtenidos en la investigación.

En relación al antecedente de hipertensión arterial (Tabla 2), 85.0% tenían diagnóstico previo conocido de HTA. Entre los pacientes con HTA conocida, 71.6% refirieron adherencia al tratamiento y 28.4% no adherencia.

Tabla 2

Antecedente de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento

Variable	n	%
HTA conocida	102	85.0
HTA no conocida	18	15.0

Nota: Datos obtenidos en la investigación.

En relación a la adherencia al tratamiento antihipertensivo (Tabla 3), de los pacientes con HTA conocida, 71.6% refirieron adherencia al tratamiento y 28.4% no adherencia.

Tabla 1
Adherencia al tratamiento antihipertensivo

Variable	n	%
Adherente	73	71.6
No adherente	29	28.4

Nota: Porcentajes calculados sobre los 102 pacientes con HTA conocida. Datos obtenidos en la investigación.

Los valores de presión arterial al ingreso y egreso se muestran en la Tabla 4. La presión arterial sistólica promedio al ingreso fue 168.7 ± 18.7 mmHg y la diastólica 103.7 ± 10.8 mmHg. Al egreso, la sistólica fue 161.1 ± 19.1 mmHg y la diastólica 98.2 ± 10.5 mmHg.

Tabla 4
Valores de presión arterial

Variable	Media $\pm$ DE	Rango
PA Sistólica ingreso (mmHg)	168.7 ± 18.7	140 - 214
PA Diastólica ingreso (mmHg)	103.7 ± 10.8	80 - 130
PA Sistólica egreso (mmHg)	161.1 ± 19.1	130 - 215
PA Diastólica egreso (mmHg)	98.2 ± 10.5	70 - 126

Nota: Datos obtenidos en la investigación.

Según la clasificación de la American Heart Association 2024 (Tabla 5), 83.3% presentaron presión arterial marcadamente elevada asintomática, 16.7% emergencia hipertensiva.

Tabla 5
Tipo de Crisis Hipertensiva

Tipo de crisis	n	%
PA marcadamente elevada asintomática	100	83.3
Emergencia hipertensiva	20	16.7

Nota: Según la Clasificación de la American Heart Association*

Los síntomas más frecuentes se presentan en la Tabla 6. La cefalea fue el síntoma principal en 27.5%, seguido de mareo (21.7%), debilidad muscular (11.7%), parestesia (10.0%), y dolor torácico (8.3%).

Tabla 6
Síntomas más frecuentes

Síntoma	n	%
Cefalea	33	27.5
Mareo	26	21.7
Debilidad muscular	14	11.7
Parestesia	12	10.0
Dolor Torácico	10	8.3
Disnea	9	7.5
Epistaxis	7	5.8
Edema MI	6	5.0
Palpitaciones	3	2.5

Nota: Datos obtenidos en la investigación.

En el análisis bivariado se exploró la asociación entre el tipo de crisis hipertensiva y variables como sexo, índice de masa corporal y adherencia terapéutica.

La Tabla 7 muestra la distribución del tipo de crisis según sexo. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre sexo y tipo de crisis ($\chi^2 = 1.670$, $p = 0.20$). El Odds Ratio fue 2.31 (IC95%: 0.63-8.5).

Tabla 7
Distribución de crisis hipertensiva según sexo

Sexo	Emergencia	PA Elevada Asintomática
Femenino	17 (19.3%)	71 (80.7%)
Masculino	3 (9.4%)	29 (90.6%)
Total	20 (16.7%)	100 (83.3%)

$\chi^2 = 1.670$, $p = 0.20$; OR = 2.31 (IC95%: 0.63-8.5)

Nota: Datos obtenidos en la investigación.

La Tabla 8 presenta la distribución del tipo de crisis según índice de masa corporal. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre IMC y tipo de crisis ($\chi^2 = 0.211$, $p = 0.90$). El Odds Ratio fue 1.05 (IC95%: 0.38-2.86).

Tabla 2
Distribución de crisis hipertensiva según índice de masa corporal

IMC	Emergencia	PA Elevada Asintomática
Normal/Bajo peso	7 (17.1%)	34 (82.9%)
Sobrepeso	6 (18.8%)	26 (81.2%)
Obesidad	7 (14.9%)	40 (85.1%)
Total	20 (16.7%)	100 (83.3%)

$\chi^2 = 0.211$, $p = 0.90$; OR = 1.05 (IC95%: 0.38-2.86)

Nota: Datos obtenidos en la investigación.

La Tabla 9 muestra la distribución del tipo de crisis según adherencia terapéutica en los 102 pacientes con HTA conocida. No se encontró asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0.000$, $p = 1.00$). El Odds Ratio fue 0.96 (IC95%: 0.31-2.99).

Tabla 3

Clasificación de crisis hipertensiva según adherencia terapéutica

Adherencia	Emergencia	PA Elevada Asintomática
Adherente	13 (17.8%)	60 (82.2%)
No adherente	5 (17.2%)	24 (82.8%)
Total	18 (17.6%)	84 (82.4%)

$\chi^2 = 0.000$, $p = 1.00$; OR = 0.96 (IC95%: 0.31-2.99)

Nota: Análisis realizado solo en pacientes con HTA conocida (n=102)*

Discusión

Este estudio caracterizó clínica y epidemiológicamente a 120 pacientes con presión arterial marcadamente elevada o crisis hipertensivas en un ambulatorio tipo III en Valencia, Venezuela, proporcionando información relevante sobre esta problemática en el contexto venezolano.

La edad media de 65.7 años reportada en este estudio guarda consistencia con los hallazgos de Vilela-Martin et al. (2011), quienes describieron un predominio de crisis hipertensivas en adultos mayores de 60 años. Asimismo, este dato concuerda con lo expuesto por Marvin et al. (2023), cuya investigación documentó una media etaria similar en pacientes atendidos por elevaciones tensionales severas. Respecto a la distribución por sexo, la prevalencia femenina observada (73.3%) podría atribuirse a patrones de conducta en la búsqueda de asistencia sanitaria propios del contexto local, donde las mujeres presentan una mayor frecuencia de consulta en atención primaria. Este fenómeno es congruente con los resultados de Pinna et al. (2014) y Marvin et al. (2023), quienes también reportaron un predominio de mujeres en admisiones hospitalarias por crisis hipertensiva en un estudio multicéntrico.

La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad encontrada en la muestra en estudio (65.9%) presenta similitud con el 62% reportado por la Encuesta Nacional de Salud de Venezuela (INE, 2018) para la población adulta general, lo que sugiere que la muestra en estudio refleja adecuadamente la realidad nutricional del país. Este dato es relevante considerando que Semlitsch et al. (2021) y Whelton et al. (2018) han establecido que el IMC elevado se asocia con mayor resistencia al tratamiento antihipertensivo y mayor probabilidad de desarrollar crisis hipertensivas. Sin embargo, en el análisis bivariado de la presente investigación no se encontró asociación significativa entre IMC y tipo de crisis ($p=0.90$), lo cual podría explicarse por el tamaño muestral limitado.

La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) conocida previamente en el 85% de la muestra es superior al 70% reportado por Saavedra et al. (2020) en pacientes atendidos

en el servicio de emergencias del Hospital José Félix Valdivieso. Esta discrepancia podría atribuirse a la naturaleza del centro de atención primaria donde se recolectaron los datos; la recurrencia de los pacientes en este nivel asistencial incrementa la probabilidad de contar con un diagnóstico previo establecido. Por el contrario, en el ámbito hospitalario de segundo o tercer nivel, suele presentarse una mayor proporción de pacientes que desconocen su condición hipertensiva hasta el momento de la crisis.

Asimismo, este hallazgo guarda coherencia con la prevalencia de HTA reportada por López et al. (2018) para la región central de Venezuela (34.23%), lo cual subraya la magnitud de esta patología como un problema de salud pública prioritario en dicha área geográfica y refuerza la necesidad de fortalecer los programas de control crónico en el primer nivel de atención.

La no adherencia terapéutica del 28.4% encontrada en este estudio es notablemente inferior al 43.2% documentado por Casanova et al. (2019) en el estudio RHAVEN y al 40.8% reportado por Hidalgo et al. (2020) en un ambulatorio urbano tipo III de Puerto Ordaz. Esta discrepancia puede explicarse por el sesgo de deseabilidad social inherente al método de autoreporte utilizado en la investigación, como bien señalan Burnier y Egan (2019), quienes enfatizan que la medición de adherencia por autoreporte tiende a sobreestimar la adherencia real. Adicionalmente, la tasa de abandono o incumplimiento terapéutico reportada en la presente investigación guarda consistencia con los hallazgos de Saavedra et al. (2023), quienes identificaron que el 20% de los pacientes con crisis hipertensiva presentaba una adherencia deficiente. Esta coincidencia sugiere que el fenómeno del incumplimiento es un factor determinante persistente; no obstante, es probable que las cifras obtenidas representen una subestimación de la magnitud real del problema en este entorno clínico.

Los valores promedio de presión arterial al ingreso (168.7/103.7 mmHg) fueron inferiores a los reportados en estudios enfocados exclusivamente en emergencias hipertensivas, como el de Vilela-Martin et al. (2011), quienes encontraron valores promedio superiores a 200/120 mmHg en su serie. Esta diferencia refleja la composición de la muestra, que incluyó predominantemente pacientes con presión arterial marcadamente elevada asintomática (83.3%) más que emergencias verdaderas (16.7%). La reducción modesta entre los valores de ingreso y egreso es apropiada para el manejo ambulatorio de estas elevaciones y consistente con las recomendaciones de la American Heart Association (AHA, 2024), de evitar descensos bruscos de presión arterial en pacientes sin daño agudo de órgano blanco.

La prevalencia de cefalea (27.5%) y mareo (21.7%) como manifestaciones predominantes guarda consistencia con los perfiles sintomáticos reportados por Marvin et al. (2023) y Pinna et al. (2014), quienes identificaron una alta frecuencia de estos síntomas en cuadros de crisis hipertensiva. Asimismo, las complicaciones descritas por Pinna et al. (2014), incluyendo el síndrome coronario agudo, la insuficiencia cardíaca aguda y el accidente cerebrovascular, constituyeron los criterios determinantes para la categorización de los casos como emergencia hipertensiva en el presente estudio.

El análisis bivariado no encontró asociaciones estadísticamente significativas entre sexo ($p=0.20$), IMC ($p=0.90$) o adherencia terapéutica ($p=1.00$) con el tipo de crisis. Es crucial interpretar estos resultados considerando el tamaño limitado de la muestra, particularmente el número reducido de emergencias ($n=20$), lo cual limita el poder estadístico para detectar asociaciones verdaderas. Estudios con muestras mayores, como el de Pinna et al. (2014) con más de 1000 pacientes, han logrado identificar factores asociados al tipo de crisis que en muestras pequeñas no alcanzan significancia estadística.

Entre las fortalezas del estudio se encuentra ser el primer reporte venezolano sobre esta temática en atención primaria tipo III, el diseño prospectivo y el uso de la clasificación propuesta por la American Heart Association (AHA, 2024), actualizada. Las limitaciones incluyen el diseño transversal, el muestreo no probabilístico por conveniencia, la evaluación de adherencia por autoreporte que probablemente sobreestima la adherencia real según lo descrito por Burnier y Egan (2019), y el tamaño muestral limitado que restringió el poder estadístico del análisis bivariado.

Conclusiones

Los pacientes que consultaron por presión arterial marcadamente elevada o crisis hipertensivas fueron predominantemente adultos mayores de 65 años, mujeres, con alta prevalencia de sobrepeso y obesidad. La mayoría tenía diagnóstico previo conocido de hipertensión arterial, con adherencia terapéutica reportada en aproximadamente dos tercios de los casos.

Según la clasificación propuesta por la American Heart Association (AHA, 2024), la gran mayoría de los pacientes presentaron presión arterial marcadamente elevada asintomática, mientras que solo una minoría correspondió a emergencias hipertensivas con daño agudo de órgano blanco.

El análisis bivariado no demostró asociaciones estadísticamente significativas entre sexo, índice de masa corporal o adherencia terapéutica con el tipo de crisis presentada, posiblemente limitado por el tamaño muestral.

Estos hallazgos representan el primer reporte venezolano sobre el perfil de pacientes con presión arterial marcadamente elevada y crisis hipertensivas en atención primaria ambulatoria, proporcionando información basal para el diseño de estrategias de prevención y manejo en este nivel de atención.

Recomendaciones

- Implementar protocolos estandarizados de evaluación de pacientes con presión arterial elevada basados en las guías de la American Heart Association (AHA, 2024), que permitan clasificar adecuadamente entre presión arterial marcadamente elevada asintomática y emergencia hipertensiva.

- Fortalecer la educación sanitaria dirigida a pacientes hipertensos sobre la importancia de la adherencia terapéutica y el reconocimiento de síntomas de alarma, con énfasis en modificación de estilos de vida incluyendo control de peso.
- Realizar estudios con mayor tamaño muestral que permitan analizar con mayor poder estadístico las asociaciones entre factores de riesgo y tipo de crisis hipertensiva en el contexto venezolano.
- Desarrollar estudios longitudinales que evalúen la evolución a largo plazo de pacientes con presión arterial marcadamente elevada manejados en atención primaria.

Referencias

- American Heart Association. (2024). 2024 ACC/AHA clinical practice guideline for the management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. <https://doi.org/10.1161/HYP.000000000000248>
- Beltrán, M., Tocora, J., y Parga, N. (2023). Caracterización clínica e identificación de factores asociados a crisis hipertensivas en el servicio de urgencias. Revista Colombiana de Cardiología, 30(2):108-119. <https://doi.org/10.24875/RCCAR.22000030>
- Burnier, M., y Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension: A review of prevalence, risk factors, impact, and management. Circulation Research, 124(7), 1124-1140. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>
- Casanova, M., Silva, H., Souki, A., Peña, J., Cano, C., y Bermúdez, V. (2019). Registro de Hipertensión Arterial en Venezuela (RHAVEN): Adherencia terapéutica y control de presión arterial. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 38(4), 412-419.
- Hidalgo Álvarez, J., Méndez, R., y Flores, A. (2020). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes adultos del ambulatorio urbano tipo III Augusto Malavé Villalba, Puerto Ordaz, Venezuela. Revista Venezolana de Salud Pública, 8(1), 34-42.
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). Encuesta Nacional de Salud Venezuela 2017. INE.
- López Nouel, R., Briceño, Y., Baptista, T., y Hernández, A. (2018). Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en población adulta de la región central de Venezuela. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo, 16, 89-97.
- Núñez-Medina, J. C., Ramírez, L., y Torres, M. (2019). Características de pacientes hipertensos que acuden a emergencias del Hospital Universitario de Caracas. Revista de la Facultad de Medicina de la UCV, 42(2), 78-84.
- Organización Mundial de la Salud. (25 de agosto de 2021). Hipertensión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Pinna, G., Pascale, C., Fornengo, P., Arras, S., Piras, C., Panzarasa, P., Carmosino, G., Franza, O., Semeraro, V., Lenti, S., Pietrelli, S., Panzone, S., Bracco, C., Fiorini, R., Rastelli, G., Bergandi, D.,

- Zampaglione, B., Musso, R., Marengo, C., Bruno, G. (2014). Hospital admissions for hypertensive crisis in the emergency departments: A large multicenter Italian study. *PLOS ONE*, 9(4), e93542. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093542>
- Semlitsch, T., Jeitler, K., Berghold, A., Horvath, K., Posch, N., Poggenburg, S., y Cochrane Hypertension Group. (2021). Long-term effects of weight-reducing diets in people with hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD008274. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008274.pub4>
- Vilela-Martin, J. F., Vaz-de-Melo, R. O., Kuniyoshi, C. H., Abdo, A. N., y Yugar-Toledo, J. C. (2011). Hypertensive crisis: Clinical-epidemiological profile. *Hypertension Research*, 34(3), 367-371. <https://doi.org/10.1038/hr.2010.245>
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Himmelfarb, C. D., DePalma, S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., MacLaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbiagele, B., Smith, S. C., Jr, Spencer, C. C., Stafford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., Williams, ... Wright, J. T., Jr. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127–e248. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>