



Revista Información Científica

ISSN: 1028-9933

Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

Hernández-Despaigne, Lany; Carcajal-Hernández, Roberto; López-Hernández, Margot Evangelia; Silva-Santos, Alexssandra; Paiva, Melka Luciana Rocha-de
Plan de acción para el control de la hipertensión arterial en pacientes de Arame-Maranhão, Brasil
Revista Información Científica, vol. 101, núm. 2, e3779, 2022, Marzo-Abril
Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551770778012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

ARTÍCULO ORIGINAL

Plan de acción para el control de la hipertensión arterial en pacientes de Arame-Maranhão, Brasil

Action plan for the control of arterial hypertension in patients from Arame-Maranhão, Brazil

Plano de ação para o controle da hipertensão arterial em pacientes de Arame-Maranhão, Brasil

Lany Hernández-Despaigne^{I*} , Roberto Carcajal-Hernández^{II} , Margot E. López-Hernández^I ,
Alexsandra Silva-Santos^{III} , Melka Luciana Rocha-de Paiva^{III} 

^I Dirección Municipal de Salud El Salvador. Guantánamo, Cuba.

^{II} Policlínico Comunitario "Rolando Pérez Quintosa". Guantánamo, Cuba.

^{III} Unidad Básica de Salud Juan Pablo II. Maranhão, Brasil.

*Autora para la correspondencia: lanyhd@infomed.sld.cu

Recibido: 25 de enero de 2022

Aprobado: 21 de abril de 2022

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial es una condición clínica que provoca el ingreso de un gran número de pacientes en los sectores de emergencia y urgencia de los servicios hospitalarios. El número de hipertensos en el grupo de edad de 18 a 90 años es cada vez mayor en la Unidad Básica de Salud João Paulo II, Arame, estado de Maranhão. **Objetivo:** implementar un plan de acción para el óptimo control de la hipertensión arterial sistémica en las comunidades de cobertura del puesto de salud en estudio durante el periodo diciembre de 2017 hasta junio de 2018. **Método:** se realizó un estudio de intervención en 467 hipertensos, de un universo de 935 pacientes. El dato primario se obtuvo de las historias clínicas. Se estudiaron las variables: edad, sexo, hábitos tóxicos, índice de masa corporal, hábitos dietéticos, actividad física y cumplimiento del

tratamiento médico. **Resultados:** después de la intervención, la asistencia al puesto de salud, la reevaluación del tratamiento, los ingresos y el control arterial mejoraron sustancialmente a 4,0 %, 3,7 %, 0,2 % y 9,8 %, respectivamente. **Conclusiones:** existe la necesidad de intervenir en el cuidado de los pacientes hipertensos y de la población en general para transformar los estilos de vida y los factores de riesgo que garanticen la reducción de la incidencia de la hipertensión arterial sistémica, todo esto favorece el aumento de la adherencia al tratamiento, mejora el seguimiento médico y contribuye a disminuir las complicaciones y los ingresos hospitalarios.

Palabras clave: hipertensión arterial; factores de riesgo; equipo de salud de la familia; intervención educativa; prevención

ABSTRACT

Introduction: arterial hypertension is a clinical condition that causes the admission of a large number of patients in the emergency and urgency areas of the hospital services. The number of hypertensive patients in the age group from 18 to 90 years of age is increasing in the João Paulo Basic Health Unit II, in Arame, Maranhão state.

Objective: to implement an action plan for the optimal control of systemic arterial hypertension in the communities covered by the health institution under study, during the period from December 2017 to June 2018. **Method:** an intervention study was carried out in 467 hypertensive patients, out of a population of 935 individuals. The primary data was obtained from the medical records. The variables studied were: age, sex, toxic habits, body mass index, dietary habits, physical activity and compliance with medical treatment. **Results:** after the intervention, the attendance, treatment reassessment, admissions, and control of arterial figures improved substantially to 4.0%, 3.7%, 0.2%, and 9.8%, respectively. **Conclusions:** there is a need to intervene in the care of hypertensive patients and the general population to transform lifestyles and risk factors that guarantee the reduction of the incidence of systemic arterial hypertension, all of which favors the increase in adherence to treatment, improves medical follow-up and contributes to reducing complications and hospital admissions.

Keywords: arterial hypertension; risk factors; family health team; educative intervention; prevention

RESUMO

Introdução: a hipertensão arterial é uma condição clínica que ocasiona a admissão de grande número de pacientes nos setores de urgência e emergência dos serviços hospitalares. O número de hipertensos na faixa etária de 18 a 90 anos está aumentando na Unidade Básica de Saúde João Paulo II, Arame, Maranhão. **Objetivo:** implementar um plano de ação para o controle ótimo da hipertensão arterial sistêmica nas comunidades abrangidas pelo posto de saúde em estudo durante o período de dezembro de 2017 a junho de 2018. **Método:** foi realizado um estudo de intervenção em 467 hipertensos, de um universo de 935 pacientes. Os dados primários foram obtidos dos prontuários médicos. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, hábitos tóxicos, índice de massa corporal, hábitos alimentares, atividade física e adesão ao tratamento médico. **Resultados:** após a intervenção, o atendimento ao posto de saúde, a reavaliação do tratamento, as admissões e o controle do controle arterial melhoraram substancialmente para 4,0%, 3,7%, 0,2% e 9,8%, respectivamente. **Conclusões:** há necessidade de intervir no cuidado dos hipertensos e da população em geral para transformar estilos de vida e fatores de risco que garantam a redução da incidência de hipertensão arterial sistêmica, o que favorece o aumento da adesão ao tratamento, melhora o acompanhamento médico -up e contribui para a redução de complicações e internações hospitalares.

Palavras-chave: hipertensão arterial; Fatores de risco; equipe de saúde da família; intervenção educativa; prevenção

Cómo citar este artículo:

Hernández-Despaigne L, Carcajal-Hernández R, López-Hernández ME, Silva-Santos A, Rocha-de Paiva ML. Plan de acción para el control de la hipertensión arterial en pacientes de Arame-Maranhão, Brasil. Rev Inf Cient [Internet]. 2022 [citado día mes año]; 101(2):e3779. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3779>



INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial elevada, conocida popularmente como presión alta, es una de las condiciones más comunes que afectan la salud de las personas en todas partes del mundo. Esta representa por sí misma una enfermedad, como un importante factor de riesgo para otras enfermedades como la insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, enfermedad cerebrovascular, y contribuye al desarrollo de retinopatía hipertensiva, enfermedad muy común pero poco conocida por las personas.⁽¹⁾

La prevalencia global estandarizada por edad de la (HTA) fue de 24,1 % en hombres y 20,1 % en mujeres en 2015. La presión sistólica y diastólica media disminuyó sustancialmente entre 1975 y 2015 en los países desarrollados occidentales y de Asia-Pacífico, lo que llevó a que estos países que tenían los estándares de presión arterial más alta del mundo en 1975 constituyeron los estándares de presión arterial más baja en 2015.

En 2020, Europa central y oriental, África subsahariana y el sur de Asia tuvieron los niveles más altos de presión arterial. La prevalencia del aumento de la presión arterial ha disminuido en los países de ingresos altos y en algunos países de ingresos medios; permaneciendo sin cambios en otros lugares.⁽¹⁾ El número de adultos con hipertensión pasó de 594 millones en 1975 a 13 300 millones en 2015, y el aumento se observó principalmente en países de ingresos bajos y medios para 2020.

A partir de los datos señalados, es posible observar que los países occidentales desarrollados fueron mejores en el control de la presión arterial; por otro lado, el problema se agudizó en las regiones más pobres. El número de adultos entre 30 y 79 años con hipertensión arterial ha aumentado de 650 millones a 1 280 millones en los últimos 30 años.⁽²⁾

Datos norteamericanos de 2015 revelaron que la hipertensión arterial estaba presente en el 69 % de los pacientes con primer episodio de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), el 77 % de Accidentes Cerebro Vasculares (ACV), el 75 % con Insuficiencia Cardíaca (IC) y el 60 % con Enfermedad Arterial Periférica (EAP). La HTA es responsable del 45 % de las muertes cardíacas y del 51 % de las muertes resultantes de un ACV.⁽²⁾

En el año 2020, en América Latina revelan que más de 250 millones de personas en la población general son hipertensas y que la mayoría vive en países de bajos y medianos ingresos. Además, estos pacientes desconocen que padecen esta condición, lo que representa el 46 % de la población hipertensa.⁽³⁾

En Brasil, la HTA afecta al 32,5 % (36 millones) de los adultos, más del 60 % de los ancianos, lo cual contribuye de forma directa o indirecta al 50 % de las muertes por enfermedad cardiovascular (ECV). Las tasas de mortalidad han disminuido a lo largo de los años, con excepción de las enfermedades hipertensivas (EH), que aumentaron entre 2002 y 2019 y mostraron una tendencia a bajar a partir del 2020.



Las ECV siguen siendo responsables de una alta frecuencia de hospitalizaciones, con altos costos socioeconómicos.⁽⁴⁾ Los datos de VIGITEL (2006 a 2014) indican que la prevalencia de hipertensión autorreferida entre personas de 18 años o más residentes en ciudades capitales osciló entre 23 % y 25 %, respectivamente, sin diferencias a lo largo del período analizado, incluso por sexo.

En 2019, la Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) midió la presión arterial de residentes seleccionados en hogares seleccionados al azar; para ello se utilizaron dispositivos digitales semiautomáticos calibrados. Se realizaron 3 mediciones, con intervalos de 2 minutos. La prevalencia global de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg fue del 22,3 %, con predominio en los hombres (25,3 % vs. 19,5 %), variando del 26,7 % en Río de Janeiro al 13,2 % en Amazonas, con predominio en la zona urbana en comparación con el área rural (21,7 % vs. 19,8 %).⁽⁵⁾

Después de conocer mejor a la población de alfareros perteneciente al municipio de Arame en el estado de Maranhão, durante consultas y visitas domiciliarias, se evidenció que en los últimos seis meses hubo un aumento en las consultas de las personas para atención y seguimiento (21 consultas al día) mayores de 18 años con hipertensión arterial sistémica (769) del total de la población (1 356) por falta de control de la presión arterial. Esto se relaciona con inadecuados hábitos alimentarios y de vida. En consecuencia, la prevención de la hipertensión arterial es la medida más importante y menos costosa para reducir la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad. La mejora y control de la presión arterial es un desafío para todos los países y la adecuada percepción del riesgo que significa esta enfermedad incentiva a ejecutar una estrategia con medidas de promoción y educación que se pueden lograr a través de acciones que apunten a modificar el estilo de vida.⁽⁶⁾

Por todo lo anterior expuesto se traza como objetivo implementar un plan de acción junto con el equipo de salud de la familia para el óptimo control de la hipertensión arterial sistémica en las comunidades de cobertura de la unidad básica de salud Joao Paulo II, Arame, estado de Maranhão, Brasil, durante el periodo diciembre de 2017 a junio de 2018.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención en un universo que estuvo compuesto por 935 pacientes hipertensos de la localidad antes dicha, de los cuales se tomó una muestra intencional de 467 ($n=467$), con la aplicación de los criterios de inclusión siguientes: pacientes de ambos sexos, con edad igual o superior a 18 años, que mostraron su aprobación para participar en el estudio, con diagnóstico médico de hipertensión arterial primaria desde hace más de un año; estar inscritos y acompañados en el programa de hipertensión de la unidad, vivir en el poblado de Olaria y estar conscientes y orientados.

Se utilizaron como método teórico: análisis-síntesis e inducción-deducción, y empíricos: análisis documental (historias clínicas individuales). Se creó una base de datos en Excel y la técnica estadística utilizada fue el porcentual simple. Se estudiaron las variables: edad, sexo, raza, escolaridad, hábito de fumar, índice de masa corporal, hábitos dietéticos, actividad física y cumplimiento del tratamiento médico.



Para el desarrollo del plan de acción, se realizó un convenio con el departamento de salud para suministrar los materiales necesarios, como tarjetas de seguimiento para pacientes con hipertensión arterial, recursos didácticos para la realización de actividades educativas, folletos, carteles materiales didácticos y audiovisuales.

Se realizó una revisión bibliográfica basada principalmente en el tema del control de la HTA, que posteriormente conducirá a la elaboración del plan de acción para dar solución al problema que más necesita resolver en estos momentos en el área de salud.

Fueron desarrolladas acciones dentro de las cuales se encontraron reuniones mensuales con el equipo de salud para presentar la propuesta de trabajo para solucionar el problema priorizado durante el diagnóstico situacional del área y, de esta manera, dividir las funciones de cada uno de los participantes. Se realizaron 6 capacitaciones mensuales a los agentes de salud de la familia sobre la enfermedad, para que pudieran difundir la información adquirida a toda la población y así aumentar el conocimiento sobre la enfermedad. También, se realizaron encuentros educativos y charlas cada 15 días con la población apoyada por el equipo de *Núcleo de Apoio à Saúde da Família* (NASF) (clases, ruedas de conversación, técnicas participativas, actividad física), que incluye la evaluación nutricional, toma de presión arterial y examen clínico de hipertensos.

Durante las consultas quincenales y las visitas domiciliarias mensuales se realizaron debates e intercambios de experiencias, así como el chequeo completo del paciente con la enfermedad para ofrecer el seguimiento adecuado. Luego, se evaluaron y discutieron los resultados de la intervención siete días después para tomar la experiencia para actuar sobre otros problemas que también pudiesen estar afectando negativamente a la población en estudio.

El proyecto de intervención contó con tres etapas: Etapa 1: Diagnóstica; Etapa 2: Intervención y Etapa 3: Evaluación. La etapa diagnóstica comenzó con la consulta a las historias clínicas de cada paciente, haciendo el diagnóstico del problema, revisión de la literatura teniendo en cuenta los objetivos, justificación de la investigación y elaboración del proyecto para resolver los problemas. La etapa de Intervención comenzó con el desarrollo del proyecto y la etapa de Evaluación con análisis, discusión de los resultados y conclusión sobre la intervención.

Se interactuó con los usuarios participantes a través de dinámicas, charlas, orientaciones, trabajo de temas relevantes y de interés general con frecuencia bimensual.

Implantación, descripción y evaluación de la intervención

Las intervenciones se realizaron en 6 meses, contemplando 5 encuentros con charlas de duración máxima de 30 minutos cada una. Los encuentros y conferencias ocurrieron durante las consultas médicas para estimular una mayor adhesión de los participantes al programa. Todos los integrantes del estudio firmaron el término de consentimiento Informado.

Las actividades abarcaron: caracterización de la muestra, charlas educativas y evaluación de la intervención, según la descripción a seguir.



Primer encuentro

En este encuentro se recolectaron los datos sociodemográficos de salud de cada paciente, además, se realizó una conferencia sobre HTA, situación en Brasil y en el municipio.

Las medidas de la Tensión Arterial Sistólica (TAS) y Tensión Arterial diastólica, (TAD) (mmHg) fueron mensuradas por auxiliares de enfermería del Equipo de Salud Familiar (ESF) en todos los encuentros como forma de verificar su control (antecediendo a la consulta médica), en los casos con hipertensión arterial en ese momento, fueron verificados por el médico. Hemos tenido en cuenta la clasificación de la VI Directrices Brasileñas de Hipertensión Arterial.

Segundo encuentro

Se realizó una conferencia educativa sobre la importancia de la alimentación poco sana y obesidad en el control de la hipertensión arterial, con enfoque en el consumo de sal, condimentos industrializados, y exceso de grasas en la dieta.

Tercer encuentro

Se realizó una conferencia dialogada sobre el consumo de alcohol, tabaquismo e inactividad física para un control de la HTA.

Cuarto encuentro

Este encuentro abarcó la exposición de los temas del tratamiento no medicamentoso y medicamentoso, los horarios del consumo de los medicamentos, las dosis y reacciones medicamentosas; además, se expuso la importancia de la adhesión al tratamiento y posibles incidencias, los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, orientándola sobre la medida de su prevención.

Quinto encuentro

En este encuentro se abordaron las principales complicaciones del no control de la enfermedad y los principales síntomas del descontrol de la misma.

Se destacó que todos los encuentros se realizaron de forma dinámica, a fin de posibilitar la participación de los integrantes del grupo. A lo largo de los encuentros, los pacientes realizaron preguntas sobre el tema en cuestión y las dudas fueron aclaradas de forma que quedaran bien comprendidas.

Se estima que la presión arterial alta causa 7.5 millones de muertes, cerca del 12,8 % de todas las muertes y este es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de presión alta es similar en todos los grupos sociales, pero es generalmente menor en la población de alta renta económica. La hipertensión arterial integra el grupo de las ECNT, que representan el 72,0 % de las causas de muertes en Brasil. En 2010, la hipertensión arterial alcanzó al 23,3 % de los brasileños y el exceso de peso acometió 48,1 % de ellos.⁽⁷⁾



RESULTADOS

El 47,0 % eran ancianos y el 60,0 % lo constituyeron mujeres. El promedio de edad de la muestra fue 60 años, siendo esta superior entre los hombres (Tabla 1).

Tabla 1. Pacientes según sexo y edad

Grupo etario (años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
30-39	-	-	11	3,9	11	2,3
40-49	16	8,8	33	11,7	49	10,5
50-59	83	44,1	104	37,2	187	40,0
60 +	88	47,0	132	47,0	220	47,0
Total	187	40,0	280	60,0	467	100,0

Fuente: registro de pacientes.

Los hábitos tóxicos en los pacientes estudiados se mantuvo un mayor por ciento (40 %) en fumadores, seguidos por los consumidores de bebidas alcohólicas (26 %) y de otras sustancias (25 %), que evidenció un ínfimo porcentaje a los no consumidores, como se expresa en la Tabla 2.

Tabla 2. Pacientes según hábitos tóxicos

Hábitos tóxicos	No.	%
Fumadores	187	40,0
Consumo de bebidas alcohólicas	122	26,1
Otras sustancias (café, marihuana y medicamentos)	119	25,5
Ninguno	39	8,4
Total	467	100,0

Al evaluar el índice de masa corporal se evidenció el predominio de pacientes hipertensos obesos (242) lo que representó el mayor por ciento (51,8 %) constituyendo la mitad de los mismos y, a ellos, les continuaron los pacientes con sobrepeso (126) representando un 27,0 % (Tabla 3).

Tabla3. Pacientes según índice de masa corporal (IMC)

Índice de masa corporal	No.	%
Bajo peso	12	2,6
Normopeso	87	18,6
Sobre peso	126	27,0
Obeso	242	51,8
Total	467	100,0

Más del 50 % de los pacientes estudiados tenía hábitos dietéticos no saludables y no realizaban actividad física diaria ya que consumían comidas copiosas en sal y grasas y no veían la necesidad de la realización de ejercicios físicos (Tabla 4), lo que contribuía al aumento de enfermedades no transmisibles, específicamente, la HTA.

Tabla 4. Pacientes según actividad física y hábitos dietéticos

Indicador	No.	%
Hábitos dietéticos saludables	129	28
Hábitos dietéticos no saludables	338	72
No realización de actividad física diaria	285	61

El promedio de cumplimiento al tratamiento de estos pacientes (145 vs. 315) y el promedio de consultas mensuales a este tipo de pacientes (12 vs. 40) se incrementaron de un periodo a otro durante el estudio; lo que se correspondió con el inicio del Programa Más Médicos para Brasil, y nuestra ubicación en el mencionado puesto de salud.

Como se observa en la Tabla 5 y Tabla 6, se produjo una disminución de pacientes sin control de la hipertensión, de un 76 % a inicios de la intervención, a un 24,8 % en el corte final de la misma.

Tabla 5. Pacientes de la muestra según sexo, grupo de edad y control de la hipertensión al inicio del proyecto

Grupo etario (años)	Masculino			Femenino			Total		
	No.	Sin control	%	No.	Sin control	%	No.	Sin control	%
30-39	-	-	-	11	9	81,8	11	9	81,8
40-49	16	11	61,1	33	21	63,6	49	32	65,3
50-59	83	57	68,8	104	67	64,4	187	124	66,3
60 +	188	94	50,0	132	96	72,7	220	190	86,3
Total	187	162	86,6	280	193	69,0	467	355	76,0

Fuente: registro de pacientes.

Tabla 6. Pacientes de la muestra según sexo, grupo de edad y control de la hipertensión al final del proyecto

Grupo etario (años)	Masculino			Femenino			Total)		
	No.	Sin control	%	No.	Sin control	%	No.	Sin control	%
30-39	-	-	-	11	1	9,0	11	1	9,0
40-49	16	2	12,5	33	9	27,2	49	11	22,4
50-59	83	27	32,5	104	27	26,0	187	54	28,9
60 +	188	24	12,7	132	26	20,0	220	50	22,7
Total	187	53	28,3	280	63	22,5	467	116	24,8

Fuente: registro de pacientes.

Después de la intervención, la asistencia al puesto de salud, la reevaluación del tratamiento, los ingresos y el control de las cifras de control arterial mejoraron sustancialmente a 4,0 %, 3,7 %, 0,2 % y 9,8 %, respectivamente.

DISCUSIÓN

La prevalencia media de HAS autorreferidas en la población de más de 18 años, según la Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas por comunicación telefónica⁽¹⁾ es del 22,7 %, siendo mayor en mujeres (25,4%) que en hombres (19,5 %). En estudios realizados en Sao Pablo Brasil⁽⁸⁾, y Sinop, municipio de la Amazonía Legal en 2015⁽⁹⁾, donde reportaron prevalencias superiores a 20,0 % en adultos, cifras muy superiores a la encontrada en nuestra comunidad, lo que nos hace pensar que aún existe una cifra no despreciable de hipertensos no conocidos y nos exhorta a redoblar el trabajo de pesquisa activa en la población.

Este es el primer estudio realizado en el área sanitaria de Olaria para evaluar la prevalencia de HTA en la población, donde primero se analizaron los datos del PNS antes de desarrollar el plan de acción. Además, fue posible estimar la contribución de conductas de salud seleccionadas a la prevalencia del control de la hipertensión arterial, evidenciando una mayor contribución de esas conductas entre las mujeres; resultado que coincide con otros estudios realizados en municipios como Amazonia Legal⁽⁹⁾ y Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic⁽¹⁰⁾ pertenecientes también a Brasil. Se evidencia, además, que en todas las edades hay más mujeres que hombres, siendo la mayor diferencia en la edad entre 60 años y más.

Los resultados de este estudio refuerzan la influencia del aumento de la edad, en el aumento de la prevalencia de hipertensión arterial, hecho que coincide con otras investigaciones.^(11,12) El aumento de la prevalencia de HTA con el avance de la edad puede ser explicado por una sucesión de eventos fisiopatológicos que se acumulan y ocurren con el proceso de envejecimiento.⁽¹³⁾

El elevado número de pacientes con hábitos tóxicos es otro factor que se muestra además en otros municipio y estados de Brasil⁽⁶⁾, lo que propicia al incremento tanto en la incidencia como en la prevalencia de pacientes hipertensos en todo el país, por lo que se considera un factor predisponente y determinante para la evaluación y control de la HTA.⁽⁸⁾

Se observó, en el grupo estudiado, un consumo medio de sal (estimado por sodio urinario) superior al doble de lo recomendado por la literatura, para pacientes con hipertensión arterial, principalmente relacionado con la adición de sal en la preparación de alimentos, lo que corroboró a hallazgos de estudios previos que confirman la necesidad de desarrollar intervenciones enfocadas en este comportamiento. Además, se presencié la adicción por las comidas grasosas y copiosas que propicia el aumento de peso considerable de los mismos lo que conllevó al aumento de personas con sobrepeso y obesas en las comunidades, que en estudios realizados anteriormente se muestra que al mejorar los hábitos higiénicos dietéticos disminuyen de manera considerable las cifras tensionales en estos pacientes.

Se identificó que la mayoría de las personas mayores de 18 años con hipertensión tienen un nivel socioeconómico bajo ya que el estudio se realizó en un área de cobertura donde estas personas tienen un ingreso económico bajo en comparación con la población general brasileña, lo que favoreció la adquisición de hábitos alimentarios inadecuados influidos por otros factores como la genética. Sumado a esto, el incumplimiento del tratamiento para el control de la hipertensión arterial provocó un aumento de los ingresos hospitalarios al 70 %, de atenciones y hospitalizaciones.



Además, se comparó con otros puestos de salud y otros municipios, la formación de los agentes comunitarios de salud es otro aspecto importante, ya que ellos, con base en los conocimientos científicos presentados durante las conferencias, no tenían la preparación necesaria para orientar las familias de la comunidad.⁽¹⁴⁾ También la adquisición de información basada en conocimientos de medicina por parte del equipo de salud de la familia y la interacción social entre el equipo y la población estudiada es muy deficiente, ya que no esclarecieron las dudas de la población sobre la hipertensión y no brindaron orientación sobre esta enfermedad, lo que posibilitó el aumento del número de pacientes hipertensos en la comunidad y empeoró la calidad de vida de los mismos. Esto significa que el papel del equipo de salud de la familia en la comunidad no es relevante porque el acceso a la información no es fácil y, en consecuencia, no se realizó la promoción de salud ni la prevención de factores de riesgo.

Con el inicio del proyecto y la organización de la atención médica se percibió que muchos pacientes mejoraron el control de la hipertensión arterial, tanto por el acompañamiento más calificado en relación al cuidado, como por la adopción de medidas de vigilancia y promoción. En los meses siguientes los resultados fueron más alentadores. Los pacientes reconocieron el trabajo y el compromiso del equipo y hacen elogios durante las visitas de los agentes comunitarios, consultas individuales o en grupos.

Con la organización y el agendamiento disminuyó el número de personas en el horario reservado a la atención de la demanda espontánea, generando más tiempo para planificación y organización de acciones para la atención a grupos priorizados.

La media de los controles a los hipertensos se incrementa hasta 40 en cantidad mensual, y de 0,08 consultas por hipertenso en diciembre de 2017 a 0.12 en junio de 2018, se tuvo en cuenta que el Programa Más Médicos comenzó en el mes de septiembre de 2013.⁽¹⁵⁾ Lo que nos hace pensar que esto se corresponde a la organización del trabajo y al mayor tiempo de la permanencia del médico en el PSF.

En estudio realizado por Girotto, *et al.*⁽⁵⁾ sobre la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y factores de riesgo asociados en atención primaria; muestra que uno de los factores expuestos que perjudicaron el acceso al servicio de salud fue la falta de plazas (turnos) para recibir su atención, situación abolida en nuestra unidad de salud, a partir de la presencia del equipo completo y su trabajo diario.

Luego de la investigación y aplicación de las acciones previstas en el plan de acción, se evidenció que todos estos problemas mejoraron la salud de la población. Se redujo la incidencia de hipertensos, se incrementó la asistencia al centro de salud para tomar la presión arterial y controlar adecuadamente el tratamiento. Además, se adoptaron hábitos de vida saludables, como ejemplo, se reguló el consumo de sal y grasas, comenzaron a asistir al gimnasio y otros a hacer caminatas e ejercicios aeróbicos, notándose ser cada día mayor la asistencia al círculo de hipertensos creado por el equipo de salud donde se les controlaba su presión arterial y se aprovechaba para darles las charlas con conocimientos nuevos sobre la hipertensión; disminuyó el consumo de alcohol y cigarrillos, se incrementó el conocimiento sobre la enfermedad, su tratamiento y sus complicaciones lo que contribuyó a disminuir el servicio y admisiones al hospital.

Una vez capacitados los agentes de salud y todos los trabajadores de la unidad básica de Olaria, se evidenció el aumento de la interacción entre el equipo y la población, lo que facilitó la mejora de la atención sobre esta enfermedad y la información fue más aceptada y adquirida por todas las personas.

Las consultas fueron realizadas con calidad y atención integral a todos los pacientes, en ellas se evaluaron temas como: dieta, actividad física, cumplimiento del tratamiento medicamentoso y evaluación nutricional de cada paciente. En cada consulta se desarrolló actividad educativa individual y la identificación de posibles lesiones en órganos diana y comorbilidad, se previó la estratificación del paciente. Fue orientado al equipo la dispensarización de todo paciente hipertenso que asista a la unidad sin programación previa.

CONCLUSIONES

El plan de intervención elaborado para mejorar el control y adherencia al tratamiento de portadores de HTA del poblado de Olaria, Arame-Maranhão, en la unidad básica de salud Joao Paulo II, favorece el aumento de la adherencia al tratamiento, mejora el seguimiento médico y contribuye a disminuir las complicaciones y los ingresos hospitalarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade SS. prevalencia de hipertensión arterial autorreferida en la población brasileña: análisis de la Encuesta Nacional de Salud, 2013. Epidemiol Serv Salud [Internet]. 2017 Abr-Jun [citado 3 Dic 2021]; 24(2):297-304. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>
2. M ZB. Epidemiología global, carga de salud e intervenciones efectivas para la presión arterial elevada y la hipertensión. Nat Rev Cardiol. 2021.
3. Sociedad Brasileña de Cardiología. 7ª Directriz Brasileña de Hipertensión Arterial. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2016 Sep [citado 25 Abr 2022]; 107(3 Supl 3):1-83. Disponible en: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
4. Fernández CF. Agregación de factores de riesgo cardiovascular y aparición de hipertensión arterial en adultos sedentarios. Rev Bras Med Dep [Internet]. 2013 Nov-Dic [citado 22 Nov 2021]; 19(6):419-422. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922013000600008>
5. Giroto EE. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y factores de riesgo asociados en atención primaria. Rev Ciên Saúde [Internet]. 2013 Jun [citado 4 Dic 2021]; 18(6). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=en&nrm=iso
6. Melo EC. Accesibilidad de los usuarios con hipertensión arterial sistémica en la estrategia de salud de la familia. Rev Esc Anna Nery [Internet]. 2015 Mar [citado 16 Jul 2017]; 19(1):124-131. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100124&script=sci_abstract&tlng=pt
7. Piccini RX. Promoción, prevención y atención de la hipertensión arterial en Brasil. Rev Salud Púb [Internet]. 2012 Jun [citado 12 Feb 2022]; 46(3): DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000027>



8. Motter FR, Olinto MT, Paniz VM. Evaluación del conocimiento sobre los niveles de presión arterial y la cronicidad de la hipertensión: un estudio con usuarios en una Farmacia Básica en el sur de Brasil. *Cad Saude Pub* [Internet]. 2015 Feb. [citado 25 Abr 2022]; 31(2):395-404. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00061914>
9. Silva EC. Prevalencia de hipertensión arterial sistémica y factores asociados en hombres y mujeres residentes en municipios de la Amazonía Legal. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 Ene-Mar [citado 25 Abr 2022]; 19(01):38-51. Disponible en: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/arterial-sistemica>
10. Stopa SR. Prevalencia de hipertensión arterial autorreferida en la población brasileña: análisis de la encuesta nacional de salud, 2013. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2015 Abr-Jun [citado 25 Abr 2022]; 24(2):297-304. Disponible en: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v24n2/v24n2a12.pdf>
11. Reynolds A. Faixa-pressao-arterial-normalidade-fatos. *ehow.com.br*. 2017. [citado 22 Nov 2012]. Disponible en: http://www.ehow.com.br/faixa-pressao-arterial-normalidade-fatos_5047/
12. Silva FM. Aportes de los grupos de educación en salud al conocimiento de las personas con hipertensión arterial. *Rev Bras Enferm*. 2014 Mayo-Jun; 67(3):347-353.
13. Zattar LC. Prevalencia y factores asociados a la hipertensión arterial, su conocimiento y tratamiento en ancianos del sur de Brasil. *Cuad Salud Púb* [Internet]. 2013 Mar [citado 25 Ene 2022]; 29(3):507-521. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a09v29n3>
14. Lima JC, Lima SA, Marcon SS. Percepción de usuarios con hipertensión sobre la asistencia recibida en atención primaria. *Rev Inv Care Fundam* [Internet]. 2017 Ene-Mar [citado 25 Abr 2022]; 8(1):3945-3956. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361>
15. Nobre EF, Coelho PC, Tulik JM. Hipertensión arterial sistémica primaria. *Rev Med Ribeirão Preto* [Internet]. 2013 Ago-Sep [citado 18 Ene 2022]; 46(3):256-272. Disponible en: <http://docplayer.com.br/16068470-Conhecimento-sobre-hipertensão-arterial-sistemica-e-adesao-ao-tratamento-anti-hipertensivo-em-idosos.html>

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores del presente artículo científico declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores:

LHD: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, validación, visualización, redacción (borrador original, revisión, edición).

RCH: conceptualización, análisis formal, metodología, administración del proyecto, recursos y validación.

MELH: conceptualización, análisis formal, adquisición de fondos, metodología, administración del proyecto, recursos, supervisión y validación.

ASS: conceptualización, análisis formal, adquisición de fondos, metodología, administración del proyecto, recursos, supervisión y validación.

AIBN: análisis formal, metodología, redacción (borrador original, revisión y edición).

Financiación:

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

