

Hipertensión arterial autorreferida en adultos mayores brasileños: uso de medicación y recomendaciones para el control

Self-reported hypertension in the Brazilian older population: use of medications and recommendations for control

Roseli Rezende, Daniela de Assumpção y Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco

Recibido 1 febrero 2021 / Enviado para modificación 23 mayo 2021 / Aceptado 29 mayo 2021

RESUMEN

Objetivo Estimar la prevalencia de hipertensión arterial (HA) autorreferida y del uso de medicación en los adultos mayores brasileños (≥ 65 años), según las características sociodemográficas, y evaluar el uso de los servicios de salud y de las recomendaciones de los médicos y profesionales de salud para el control de la enfermedad.

Método Estudio transversal con datos de la Pesquisa Nacional de Salud del 2013 ($n=7.712$).

Resultados La prevalencia de HA fue del 54,1%, con diferencia entre los sexos. En los hombres, la prevalencia de HA fue mayor en las regiones Sur y Sudeste, y en las mujeres fue mayor en los subgrupos de 75 a 79 años y de menor escolaridad. El uso de medicación para la HA fue mencionado por el 91,7%, sin diferencia entre los sexos. Las mujeres fueron diagnosticadas con más precocidad (≤ 39 años) que los hombres (≥ 65 años).

Conclusión El mantenimiento de una alimentación saludable y el consumo reducido de sal se observaron con mayor frecuencia en las mujeres. Los resultados destacan la necesidad de intervenciones para promover el autocuidado, sobre todo entre los hombres.

Palabras Clave: Hipertensión, utilización de medicamentos, salud del adulto, promoción de la salud, encuestas epidemiológicas (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To estimate the prevalence of self-reported arterial hypertension (AH) and the use of medications in older Brazilians (≥ 65 years) according to sociodemographic characteristics, and to evaluate the use of health services and recommendations of a doctor/health professional for the control of the disease.

Methods This was a cross-sectional population-based study with data from the National Health Survey 2013 ($n=7.712$).

Results Prevalence of AH was 54.1%, with a difference between genders. In men, the prevalence of the disease was higher in the South and Southeast regions, and in women it was higher in the subgroups of 75-79 years old and with less education. The use of medication for AH was reported by 91.7%, with no difference between genders. Women were diagnosed earlier (≤ 39 years) than men (≥ 65 years).

Conclusion Regarding recommendations on care practices, maintaining a healthy diet and eating less salt were more frequently observed in women. The results highlight the need to promote self-care, especially in men.

Key Words: Hypertension, drug utilization, adult health, health promotion, health surveys (*source: MeSH, NLM*).

La hipertensión arterial (HA) se caracteriza por una condición clínica multifactorial, ya que no es posible identificar una sola causa responsable de la elevación sostenida de los niveles de presión arterial (1).

RR: Enf. M.Sc. Gerontología. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas. São Paulo, Brasil.

rosy_xz@yahoo.com.br

DA: Nutricionista. Ph.D. Salud Colectiva, Epidemiología. Profesora, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas. São Paulo, Brasil.

danideassumpcao@gmail.com

PS: Estadística. Ph.D. Salud Colectiva, Epidemiología. Estadística, Profesora, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas. São Paulo, Brasil.

primaria@unicamp.br

El aumento progresivo de la presión arterial está asociado a la incidencia de muertes prematuras y a otras afecciones cardiovasculares, como la insuficiencia cardíaca, la enfermedad arterial coronaria y los accidentes cerebrovasculares (1,2). La HA se presenta como una de las causas de mayor reducción de la esperanza y la calidad de vida de los individuos (1,3). En Brasil, afecta al 32,5% de los individuos adultos (alrededor de 36 millones) y a más del 60% de los adultos mayores (4). Entre las mujeres de 75 años o más, la prevalencia puede llegar al 80% (1).

El creciente aumento de la prevalencia de HA está relacionado con el envejecimiento y la esperanza de vida de la población (5,6). Considerada un problema de salud pública debido a las altas tasas de mortalidad y a los elevados costos de un tratamiento prolongado (6), puede presentarse como una condición silenciosa y asintomática, lo que dificulta el diagnóstico precoz y el tratamiento del individuo (4).

Entre los adultos mayores, hay un gran contingente de personas que dependen de los servicios públicos de salud para el tratamiento de la enfermedad, que consiste en evitar las complicaciones, sobre todo mediante el uso de medicamentos (7,8) que actúan con el fin de reducir los eventos cardiovasculares y la morbimortalidad (1). Los medicamentos para controlar la HA actúan para disminuir la resistencia periférica, el volumen sanguíneo y la frecuencia o la fuerza de la contracción del miocardio (9). En los adultos mayores, el uso de antihipertensivos es la forma terapéutica más empleada para controlar los niveles de presión arterial (8) y es la más explorada en comparación con otros enfoques de cuidado (1,9).

Un estudio que cuantificó la contribución de las conductas en salud para el control de los niveles de presóricos en la población brasileña (≥ 50 años) identificó un 28,4% para el consumo moderado de alcohol, un 11,9% para la práctica regular de actividad física, un 2,6% para no fumadores y un 1,4% para la ingesta regular de frutas y verduras. En general, la contribución de estas conductas fue mayor en las mujeres (10).

Con el aumento de la esperanza de vida, la información sobre la magnitud y el cuidado orientado a las personas con esta condición crónica se vuelven esenciales, dada la necesidad de seguimiento y tratamiento prolongados de los individuos. Los estudios sobre la prevalencia de HA estratificada por sexo en una muestra de adultos mayores de 65 años y más son poco frecuentes en la literatura. Así pues, los objetivos del estudio fueron, primero, estimar la prevalencia de la hipertensión arterial y el uso de medicación en los adultos mayores brasileños según el sexo y las características sociodemográficas y, segundo, evaluar el uso de los servicios de salud y las recomendaciones de

los médicos o profesionales de salud para el control de la enfermedad entre las personas hipertensas.

MÉTODOS

Estudio transversal de base poblacional, con datos de adultos mayores brasileños (≥ 65 años; $n=7.712$) incluidos en la Pesquisa Nacional de Salud (PNS) de 2013. La PNS es una encuesta domiciliaria de alcance nacional, realizada entre adultos (≥ 18 años) para obtener información sobre múltiples aspectos de la salud (como estilos de vida y atención terapéutica) asociados al acceso y uso de los servicios de salud, a las acciones preventivas, a la continuidad del cuidado y a la financiación de la asistencia a la salud para la población (11,12).

En la PNS se adoptó el muestreo por conglomerados en tres etapas de selección: inicialmente, se seleccionaron las unidades primarias de muestreo (UPA) por muestreo aleatorio simple; en la segunda etapa se seleccionó también por muestreo aleatorio simple un número fijo de domicilios en cada UPA y en cada domicilio se seleccionó un residente con edad ≥ 18 años (tercera etapa). Los detalles sobre la encuesta, el complejo plan de muestreo y las ponderaciones pueden verificarse en otras publicaciones (11,12).

En el presente estudio se investigó la hipertensión y el uso de medicación por medio de las preguntas: “¿Le ha diagnosticado algún médico alguna vez hipertensión arterial (presión alta)?” y “En las últimas dos semanas, ¿ha tomado alguna medicación para la hipertensión arterial (presión alta)?” (ambas categorizadas como de “sí” o “no”). También se consideró el cuidado en salud y el acceso y uso de los servicios.

Las variables sociodemográficas consideradas fueron las siguientes: sexo (masculino; femenino), macrorregión de residencia (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur), rango de edad (65-69; 70-74; 75-79 y ≥ 80 años), raza/color de la piel autodeclarada (blanca, negra, parda...) situación conyugal (con cónyuge, sin cónyuge), escolaridad (sin educación/enseñanza primaria incompleta, enseñanza primaria completa/secundaria completa, enseñanza superior incompleta/completa) y plan de salud (sí o no).

Los indicadores del cuidado en salud y del acceso y uso de servicios fueron los siguientes: la edad en el primer diagnóstico, la visita periódica al médico/servicio de salud, la principal razón por la que no visitó al médico con regularidad, la última vez que recibió asistencia médica y, por último, si recibió del médico/otro profesional, durante alguna atención para la hipertensión, recomendaciones para el control de la enfermedad.

Inicialmente se estimaron las prevalencias de hipertensión arterial y el uso de medicación para el tratamiento,

así como los respectivos intervalos de confianza del 95%, con el objetivo de identificar la amplitud de los valores en torno al parámetro poblacional (proporción), según las características sociodemográficas. Se realizaron comparaciones de las prevalencias observadas entre las categorías de las variables, para cada subgrupo, mediante la prueba de Chi cuadrado (Rao-Scott), considerando un nivel de significación del 5%. El valor de p , a diferencia del intervalo de confianza, no es una estimación cuantitativa de precisión, sino una medida de la fuerza de la evidencia frente a la hipótesis nula, en este caso, ninguna diferencia entre las proporciones. El análisis estadístico consideró el efecto del plan de muestreo y las probabilidades desiguales de selección. Los datos se analizaron en el software Stata 14.0, que analizó las estimaciones teniendo en cuenta los efectos del complejo diseño de la muestra de la encuesta.

La PNS fue aprobada por la Comisión Nacional de Ética en Investigación para Seres Humanos del Ministerio de Salud (Dictamen 328 159, del 26 de junio del 2013). Todos los participantes fueron consultados, informados y aceptaron participar en la investigación.

RESULTADOS

La prevalencia de hipertensión mencionada fue del 54,1% (IC95%:52,1-56,1) y, en promedio, el diagnóstico se produjo a los 54,4 años de edad (IC95%:53,5-55,3). Para el conjunto de los adultos mayores ($n=7.712$) con edad ≥ 65 años e individuos con hipertensión arterial, la edad media fue de 73,5 años (IC95%:73,2-73,7) y la mayoría eran mujeres (56,2%), de hasta 74 años (62,8%), blancas (54,8%), casadas (53,7%), sin educación/con enseñanza primaria incompleta (75,7%), y el 68,3% no tenía un plan de salud. Se estimaron prevalencias de hipertensión arterial del 48,6% (IC95%:45,4-51,7) en los hombres y del 58,4% (IC95%:55,9-60,9) en las mujeres (datos no presentados).

En el caso de los adultos mayores del sexo masculino, se observó una mayor prevalencia en las regiones sur y sudeste en comparación con el norte y nordeste de Brasil, y entre los que vivían con un cónyuge. Entre las mujeres, la prevalencia fue mayor en aquellas con edad entre 75 y 79 años, en comparación con las de 65 a 69 años (62,0% frente a 54,3%; $p<0,05$) y se observó una reducción gradual de la reducción con el aumento de la escolaridad (Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de hipertensión arterial (%) en la población anciana brasileña (≥ 65 años) y respectivos intervalos de confianza del 95%, segundo sexo. PNS, 2013

Variables	Total % (IC95%)	Masculino % (IC95%)	Femenino % (IC95%)
Regiones			
Norte	44,9 (39,1-50,8)	35,4 (27,7-43,9)	54,2 (47,4-60,8)
Nordeste	48,2 (45,0-51,4)	38,4 (34,3-42,8)	56,0 (51,5-60,3)
Centro-oeste	54,1 (49,0-59,0)	48,0 (41,2-54,9)	59,1 (52,5-65,5)
Sudeste	56,3 (52,9-59,7)	54,2 (48,7-59,6)	57,9 (53,8-61,9)
Sur	60,0 (55,4-64,4)	53,4 (46,3-60,4)	65,0 (59,6-70,0)
Rangos de edad			
65-69	52,1 (49,0-55,3)	49,4 (44,7-54,2)	54,3 (50,2-58,3)
70-74	54,8 (50,7-58,9)	46,2 (39,9-52,7)	61,9 (57,2-66,4)
75-79	56,8 (52,4-61,1)	50,2 (43,8-56,4)	62,0 (56,2-67,5)
80 y más	54,3 (50,0-58,7)	48,8 (41,5-56,2)	58,1 (53,1-63,0)
Raza/color de la piel			
Blanca	54,7 (51,8-57,5)	51,3 (46,8-53,2)	57,3 (54,0-60,5)
Negra	58,1 (51,6-64,2)	44,2 (33,9-55,1)	64,9 (57,9-71,3)
Parda	52,5 (49,2-55,8)	46,4 (42,1-50,8)	58,1 (53,6-62,5)
Otras	45,5 (29,6-62,3)	28,4 (12,9-51,3)	59,6 (41,7-75,3)
Situación conyugal			
Con cónyuge	54,4 (51,5-57,2)	50,9 (47,3-54,6)	59,7 (55,0-64,2)
Sin cónyuge	53,8 (51,3-56,3)	41,5 (36,4-46,7)	57,6 (54,9-60,3)
Escolaridad			
Sin instrucción o enseñanza fundamental incompleto	55,3 (53,0-57,7)	47,2 (43,6-50,7)	61,6 (58,6-64,4)
Enseñanza fundamental completo a secundaria completa	52,1 (47,8-56,3)	51,6 (44,4-58,8)	52,4 (47,3-57,5)
Enseñanza superior incompleta/completa	46,9 (40,4-53,4)	54,2 (43,7-64,3)	39,6 (31,2-48,6)
Plan de salud			
No	53,9 (51,4-56,4)	47,0 (43,4-50,6)	59,5 (56,3-62,6)
Sí	54,5 (51,2-57,8)	52,1 (46,3-57,9)	56,2 (52,1-60,2)

Fuente: IC95%: Intervalo de Confianza del 95%.

El uso de medicación para tratar la enfermedad fue reportado por el 91,7% (IC95%:90,2-93,0) de los adultos mayores y no hubo diferencia cuando se estratificó por sexo y entre sexos ($p>0,05$). En general, y según las

características sociodemográficas, las prevalencias del uso de medicación fueron altas (por encima del 80%) y no se detectaron disparidades entre los sexos (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia del uso de medicación para hipertensión arterial (%) en la población anciana brasileña (≥ 65 años) y respectivos intervalos de confianza del 95%. PNS, 2013

Variables	Total % (IC95%)	Masculino % (IC95%)	Femenino % (IC95%)
Regiones			
Norte	86,2 (79,6-90,9)	81,9 (73,6-88,0)	88,9 (80,3-94,0)
Nordeste	92,0 (89,8-93,7)	90,5 (86,8-93,2)	92,8 (90,1-94,8)
Centro-oeste	93,4 (90,1-95,6)	91,7 (86,9-94,9)	94,5 (89,8-97,1)
Sudeste	90,8 (88,0-92,9)	90,0 (84,3-93,8)	91,3 (88,0-93,7)
Sur	95,1 (92,3-97,0)	93,1 (88,4-96,0)	96,4 (93,1-98,1)
Rangos de edad			
65 – 69	91,7 (89,2-93,7)	90,3 (87,0-92,9)	92,8 (89,1-95,3)
70 – 74	91,1 (88,1-93,4)	90,4 (86,0-93,5)	91,5 (87,8-94,2)
75 – 79	91,4 (87,6-94,1)	90,9 (83,1-95,3)	91,7 (87,1-94,8)
80 y más	92,9 (88,2-95,8)	89,9 (77,5-95,8)	94,6 (91,6-96,6)
Raza/color de la piel			
Blanca	92,7 (90,5-94,4)	91,6 (87,5-94,4)	93,4 (90,8-95,3)
Negra	92,1 (87,5-95,1)	93,2 (88,9-95,9)	91,7 (85,7-95,3)
Parda	89,9 (87,0-92,3)	87,7 (82,3-91,7)	91,6 (88,3-94,0)
Otras	93,7 (80,6-98,1)	94,2 (77,4-98,7)	93,0 (79,8-93,0)
Situación conyugal			
Con cónyuge	91,8 (89,2-93,8)	91,2 (87,6-93,9)	92,6 (88,7-95,2)
Sin cónyuge	91,6 (89,9-93,1)	87,2 (82,4-90,9)	92,6 (90,8-94,1)
Escolaridad			
Sin instrucción o enseñanza fundamental incompleto	91,6 (89,8-93,1)	89,4 (85,4-92,4)	92,8 (91,0-94,4)
Enseñanza fundamental completa a secundaria completa	92,5 (88,7-95,1)	91,7 (87,6-94,5)	93,1 (86,9-96,5)
Enseñanza superior incompleta/completa	91,7 (85,6-95,3)	94,6 (88,9-97,4)	87,7 (75,3-94,3)
Plan de salud			
No	90,9 (89,2-92,4)	90,1 (87,6-92,2)	91,4 (89,0-93,3)
Sí	93,5 (90,3-95,6)	90,8 (82,9-95,2)	95,3 (92,3-96,8)

Fuente: IC95%: intervalo de confianza del 95%.

En lo que respecta al uso de los servicios y recomendaciones sobre prácticas de cuidado ofrecidas por los médicos o profesionales de salud, se comprobó que las mujeres fueron diagnosticadas más temprano (edad ≤ 39). El diagnóstico de la enfermedad también fue significativamente mayor en los adultos mayores con 65 años o más del sexo masculino ($p < 0,05$).

En cuanto a las recomendaciones sobre las prácticas de control en algunas de las consultas para HA, en general, todas las opciones presentaron altas frecuencias. Tanto el mantenimiento de una alimentación saludable con frutas y verduras como la menor ingesta de sal fueron más reportados por las mujeres ($p < 0,05$) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La prevalencia de HA referida alcanzó más del 50% en el conjunto de los adultos mayores evaluados y fue mayor en las mujeres, lo que corrobora los resultados de otras encuestas (13-15). La mayor prevalencia de HA en los adultos mayores puede explicarse por el proceso de envejecimiento vascular, que conduce al endurecimiento de la pared arterial (1). Clínicamente, la rigidez arterial se manifiesta por una hipertensión sistólica aislada, un subtipo de hipertensión que es bastante frecuente en adultos mayores y que se asocia con mayor riesgo de enfermedades cerebrovasculares (1). En el mundo, el envejecimiento fue

responsable de un aumento del 90% en el número de personas con HA en el período de 1975 a 2015 (6).

En las mujeres, la búsqueda de asistencia médica es mayor en relación con los hombres, hecho que aumenta la oportunidad de recibir el diagnóstico en una edad más temprana (13,15,16). Sin embargo, datos de la Organización Mundial de la Salud indican que la prevalencia de HA en adultos es mayor en los hombres (29,2%) que en las mujeres (24,8%), así como en la región de las Américas (26,3% frente al 19,7%) (17). En Brasil, la prevalencia de HA por el criterio autorreferido fue mayor en las mujeres (24,2% frente al 18,3%), pero por el criterio medido fue superior en los hombres (25,8% frente al 20,0%) (18). En la región de América Latina y Caribe, la prevalencia de HA en adultos fue del 39,1%, sin diferencias significativas por sexo (19).

En este estudio, la prevalencia de HA fue mayor en las regiones sur y sudeste en relación con el norte y nordeste, tanto en el conjunto de adultos mayores como en el sexo masculino. Las disparidades en los niveles de educación e ingresos, en el acceso y uso de los servicios de salud, y en la esperanza de vida, pueden explicar las diferencias entre las macrorregiones del país (14,15,18,20). La información de la PNS 2013 señala desigualdades en el acceso al diagnóstico de DCNT, que varían del 39,0%, en el norte, al 53,2%, en el sur, y en la esperanza de vida saludable a los 60 años, que va de 15,3 años (norte) a 18,8 años (su-

Tabla 3. Uso de servicios de salud, conocimiento y recomendaciones de cuidado para el control de la hipertensión en la población anciana brasileña (≥65 años), según el sexo. PNS, 2013

Variables y categorías	Total		Sexo		Femenino		Valor de p ^a
	n	%	n	%	n	%	
Edad en el primer diagnóstico de hipertensión arterial (años)							0,0002
Hasta 39	499	14,1	127	12,7	372	17,0	
40 a 59	2244	55,2	741	54,5	1503	55,7	
60 y más	1229	30,7	494	35,8	735	27,3	
Visita al médico/servicio regularmente debido a la hipertensión							0,0926
Sí	2570	63,5	837	60,4	1733	65,4	
No, solo cuando tiene algún problema	1150	30,2	417	31,9	733	29,1	
Nunca va al médico	252	6,3	108	7,7	144	5,5	
Principal razón para no visitar al médico/servicio de salud regularmente debido a la hipertensión							0,1364
El servicio se encuentra muy lejos	116	4,8	47	3,1	69	6,1	
Tiempo de espera muy largo	107	6,5	37	5,2	70	7,5	
No lo considera necesario	964	74,3	360	77,4	604	71,9	
Otros motivos ^b	215	14,4	81	14,3	134	14,5	
Total	1402		525		877		
Última vez que recibió cuidados médicos debido a la hipertensión arterial							0,1735
Hace menos de 6 meses	2477	62,8	806	60,1	1671	64,4	
Entre 6 meses y menos de 1 año	413	9,2	137	8,9	276	9,5	
Entre 1 año y menos de 3 años	367	9,3	153	11,7	214	7,8	
Hace 3 años o más	332	9,1	121	9,2	211	9,0	
Nunca recibió cuidados	383	9,6	145	10,1	238	9,3	
¿En alguna de las atenciones para hipertensión, algún médico u otro profesional de salud le dio alguna de estas recomendaciones?							
Mantener una alimentación saludable	3171	87,8	1.037	85,4	2134	89,4	0,0168
Mantener el peso adecuado	2985	82,3	983	80,0	2002	83,8	0,0699
Reducir el consumo de sal	3277	90,6	1.096	88,2	2181	92,2	0,0127
Practicar actividad física regular	2786	76,7	928	75,6	1858	77,4	0,4638
No fumar	2623	72,9	923	74,4	1700	71,9	0,3523
No beber en exceso	2554	70,7	908	72,4	1646	69,6	0,2838
Someterse a un seguimiento regular	3140	87,8	1.052	88,1	2088	87,6	0,7436

Fuente: n: número de individuos en la muestra no evaluada; ^aValor de p de la prueba Chi-cuadrado (Rao-Scott). ^bdificultades financieras, horario de funcionamiento incompatible con actividades de trabajo/domésticas, el plan de salud no cubre las consultas, no sabe a quién consultar o adónde ir, dificultad de transporte, otras razones no especificadas en la encuesta.

deste) para los hombres, y de 17,9 años (nordeste) a 21,6 años (sudeste) para las mujeres (20). En las regiones de Brasil (2014), la tasa de mortalidad asociada a las enfermedades hipertensivas fue de 2,56 (nordeste), 2,39 (sudeste), 2,06 (sur), 2,03 (centro-oeste) y 1,26 (norte) por cada 10 000 habitantes (2), lo que denota la importancia de las políticas de promoción de la salud, de las acciones asistenciales y de la superación de las desigualdades sociales para el control de la enfermedad.

En las mujeres se observó una reducción de la prevalencia de la hipertensión con un aumento de la escolaridad del 61,6% al 39,6%. En el segmento de baja escolaridad, a diferencia de las mujeres, los hombres presentaron una menor prevalencia de la enfermedad. La mayor carga de enfermedades crónicas entre los segmentos poco escolarizados y la mayor demanda de mujeres por servicios de salud justifican las diferencias encontradas (16,21,22). Los datos de ELSI-Brasil (2015-2016) muestran que la prevalencia de un control adecuado de la HA fue superior en los individuos con cuatro años o más de estudio (PR=1,12; IC95%:1,03-1,22) y en los de mayor nivel socioeconómico

(23). Los adultos mayores más instruidos demuestran ser más receptivos ante las recomendaciones sobre alimentación saludable, control del peso corporal, práctica de actividad física y seguimiento médico regular, en comparación con los adultos mayores menos instruidos (24).

También se debe tener en cuenta la evaluación del letramiento/alfabetismo funcional en materia de salud y la relevancia de personalizar la comunicación entre los profesionales y los usuarios para asegurar la promoción de la salud y el tratamiento de las enfermedades crónicas (25-27). En las unidades de atención primaria de la salud de gama/distrito federal, se observó una probabilidad dos veces mayor de presión arterial no controlada en los adultos mayores hipertensos con alfabetismo funcional en materia de salud inadecuado (26).

Sin embargo, los individuos con mayor instrucción y letramiento funcional en materia de salud presentan un control más adecuado de la enfermedad (con ello demuestran su capacidad cognitiva para comprender y aplicar la información sobre salud para el autocuidado) (14,23-26,28,29) y un menor riesgo de mortalidad por todas las

causas y por enfermedad cardiovascular (26,30). Así, cabe resaltar la importancia de adecuar el vocabulario médico y verificar si el paciente comprendió las orientaciones habladas/escritas en el enfoque rutinario de la atención primaria a la salud.

En este estudio, casi el 92% de los adultos mayores relataron el uso de medicación para el tratamiento de la HA, sin diferencia entre los sexos, como se verificó en la literatura (8,23,28). Los datos de la encuesta telefónica Vigitel (2017) muestran que el uso de medicación entre los adultos mayores hipertensos llegó al 80,0% (31). En Brasil, los medicamentos para el tratamiento de la HA y de otras condiciones de salud están disponibles gratuitamente para toda la población (32). La medicación es fundamental para el control de la HA en los adultos mayores, pero el tratamiento farmacológico requiere el seguimiento por parte del profesional de la salud, la reevaluación de la prescripción médica, orientaciones sobre el uso de medicación, el monitoreo de las medidas de presión arterial, así como el estímulo para adoptar de un estilo de vida saludable (10,28,29). Los hallazgos del estudio ELSI-Brasil indican que poco más de la mitad de la población tratada con antihipertensivos (51,1%) presentaba un control adecuado de la HA, lo que revela que, además de la oferta gratuita de medicamentos, es necesario adoptar medidas para garantizar el uso adecuado de la medicación prescrita, el derecho a recibir asistencia médica individualizada y respaldada en la condición de salud, y que permitan cambios en los hábitos de vida (3,23).

El diagnóstico de la hipertensión fue más tardío en los hombres, resultado que podría deberse a la sobremortalidad masculina (33), por lo cual es preciso destacar que es necesario adoptar medidas orientadas a la promoción de la salud del hombre para fomentar el autocuidado y la demanda de los servicios de salud (34); entre dichas medidas, la ampliación del horario de atención de la red de asistencia a la salud para potenciar la oportunidad de diagnóstico, tratamiento precoz y orientaciones sobre las enfermedades.

También se observó que la mayoría de los adultos mayores (74,1%) no consideraban necesario visitar regularmente al médico/profesional de la salud a causa de la hipertensión y que el 62,7% recibieron asistencia médica en los últimos seis meses. En el municipio de Campinas (São Paulo, Brasil) el 28,4% de los adultos mayores no visitaban regularmente al médico/servicio a causa de la enfermedad y la principal razón era que no lo consideraban necesario (35).

La HA es una enfermedad silenciosa y asintomática que puede inducir a la persona a no someterse al seguimiento necesario, por lo cual es importante el vínculo entre el profesional de la salud y el paciente para que el tratamiento no se caracterice únicamente por la demanda y oferta

del medicamento (3,36). Para una mayor efectividad de la asistencia prestada, se debe tener en cuenta la singularidad del sujeto, valorar los saberes, las experiencias y fomentar el autocuidado. En un estudio sobre la percepción de los trabajadores de enfermería en relación con el cuidado del adulto mayor hipertenso, se identificaron, como elementos que favorecen el cuidado, la territorialización, las alianzas, la proactividad de los profesionales y el vínculo del usuario con el equipo (36).

En cuanto a las recomendaciones para el control de la enfermedad recibidas en alguna de las atenciones para la hipertensión, en general, todas presentaron frecuencias altas. En los adultos mayores del municipio de Campinas, el uso de medicación de rutina (94,4%), las consultas de rutina (83,6%) y la dieta sin sal (40,9%) fueron las prácticas de control más frecuentes, mientras que la actividad física y el régimen para mantener/perder peso fueron mencionados por solo el 15,5% y el 4,1% de los individuos hipertensos, respectivamente (37). Los adultos mayores hipertensos que controlan inadecuadamente la presión arterial tuvieron una probabilidad casi 3,5 veces mayor de no adherirse a la práctica de ejercicio físico y dieta (26). Las directrices nacionales e internacionales indican que la restricción de la sal, la ingesta moderada de alcohol, el consumo recomendado de frutas y verduras, la reducción de peso/mantenimiento del peso corporal ideal, la práctica regular de actividad física y el abandono del tabaco son conductas en salud que contribuyen a la reducción de los niveles de presión arterial alta (1,9,10). El aumento del consumo de productos lácteos por día, como la leche y el yogur, así como de frutas y verduras, dio lugar a la pérdida de casi 5kg de peso corporal y a una reducción de la presión arterial a lo largo de seis meses de intervención (38).

En resumen, los resultados de este estudio presentan las discrepancias entre hombres y mujeres de edad avanzada en la prevalencia informada de la HA y señalan el alto uso de medicación antihipertensiva durante el tratamiento. Se destaca la necesidad de intervenciones educativas sobre la enfermedad para los adultos mayores, pero especialmente entre los hombres, con el objetivo de promover el autocuidado, la búsqueda de asistencia médica, ampliando el control de la hipertensión y, como consecuencia, previniendo los eventos cardiovasculares y la mortalidad precoz ♦

Agradecimientos: Agradecemos al Ministerio de Salud y al Instituto Brasileño de Geografía y Estadística por facilitar los datos de la Pesquisa Nacional de Salud del 2013 (PNS 2013).

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

- Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, et al. Decisão e Metas Terapêuticas. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial [Internet]. Brazil: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2016 [cited 2020 May 02]; 107(Suppl 3):1-83. <https://bit.ly.co/A8vK>.
- Almeida-Santos MA, Prado BS, Santos DMS. Análise Espacial e Tendências de Mortalidade Associada a Doenças Hipertensivas nos Estados e Regiões do Brasil entre 2010 e 2014. *Int J Cardiovasc Sci*. 2018; 31(3):250-57. <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20180017>.
- Ferreira RA, Barreto SM, Giatti L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(4):815-26. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00160512>.
- Malta DC, Saltarelli RMF, Prado RR, Monteiro RA, Almeida MF. Mortes evitáveis no Sistema Único de Saúde na população brasileira, entre 5 e 69 anos, 2000-2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2018; 21:e180008. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180008>.
- Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(Suppl 1):4s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>.
- Zhou B, Bentham J, Cesare MD, Bixby H, Danaei G, Cowan MJ, et al. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017; 389:37-55. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31919-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31919-5).
- Costa CMFN, Silveira MR, Acurcio FA, Guerra Junior AA, Guibu IA, et al. Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(Suppl 2):18s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007144>.
- Tavares NUL, Costa KS, Mengue SS, Vieira MLFP, Malta DC, Silva Júnior JB. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(2):315-23. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200014>.
- 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J*. 2018; 39(33):3021-3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>.
- Firmo JOA, Peixoto SV, Loyola Filho AI, Souza-Júnior PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF, et al. Comportamentos em saúde e o controle da hipertensão arterial: resultados do ELSI-BRASIL. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(7):e00091018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00091018>.
- Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Sampling design for the National Health Survey, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(2):207-16. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>.
- Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciênc saúde coletiva*. 2014; 19(2):333-42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>.
- Andrade SSCA, Stopa SR, Brito AS, Chueri OS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(2):297-304. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>.
- Menezes TN, Oliveira ECT, Fischer MATS, Esteves GH. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. *Rev Port Saúde Pub*. 2016; 34(2):117-24. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.04.001>.
- Marques AP, Szwarcwald CL, Pires DC, Rodrigues JM, Almeida WS, Romero D. Fatores associados à hipertensão arterial: uma revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva*. 2020; 25(6):2271-82. <https://doi.org/0000-0002-9072-5333>.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2002; 7(4):687-707. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>.
- World Health Organization. *World Health Statistics 2012*. Geneva: World Health Organization; 2012.
- Malta DC, Gonçalves RPF, Machado IE, Freitas MIF, Azeredo C, Szwarcwald CL. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2018; 21(Suppl 1):E180021. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1>.
- Sarki AM, Nduka CU, Stranges S, Kandala N-B, Uthman OA. Uthman, Prevalence of Hypertension in Low- and Middle-Income Countries. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*. 2015; 94(50):e1959. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001959>.
- Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Marques AP, Almeida WS, Montilla DER. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016; 15:141. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0432-7>.
- Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018; 52(Supl. 2):10s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000637>.
- Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(9):3755-68. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>.
- Firmo JOA, Mambirini JVM, Peixoto SV, Loyola Filho AI, Souza Junior PRB, Andrade FB, et al. Controle da hipertensão arterial entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018; 52(Suppl 2):13s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000646>.
- Neves RG, Duro SMS, Flores TR, Nunes BP, Costa CS, Wendt A, et al. Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(7):e00189915. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189915>.
- Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(41):301-14. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000027>.
- Costa VRS, Costa PDR, Nakano EY, Apolinário D, Santana ANC. Alfabetismo funcional em saúde em pessoas idosas hipertensas na atenção primária. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(Suppl 2):278-85. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0897>.
- Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, et al. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. *Ciênc saúde coletiva*. 2019; 24(3):1121-32. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02212017>.
- Massa KHC, Antunes JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Chiavegatto FADP. Fatores associados ao uso de anti-hipertensivos em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50:75. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006458>.
- Dias EG, Almeida FG, Caires HLD, Santos TAS, Jorge SA, Mishima SM. Avaliação de uma Estratégia Saúde da Família quanto à promoção de adesão ao tratamento e o controle da hipertensão sob a ótica do idoso. *J Health Sci Inst*. 2016; 34(2):88-92.
- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Arch Intern Med*. 2007; 167(14):1503-09. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.14.1503>.
- Leitão VBG, Lemos VC, Francisco PMSB, Costa KS. Prevalência de uso e fontes de obtenção de medicamentos anti-hipertensivos no Brasil: análise do inquérito telefônico VIGITEL. *Rev Bras Epidemiol*. 2020; 23:E200028. <https://doi.org/10.1590/1980-5497202000028>.

32. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(Supl.3):3561-3567. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900031>.
33. Szwarcwald CL, Montilla DER, Marques AP, Damacena GN, Almeida WS, Malta DC. Desigualdades na esperança de vida saudável por Unidades da Federação. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(Suppl 1):7s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000105>.
34. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2009.
35. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(2):285-94. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200006>.
36. Queiroz RF, Alvarez AM, Morais LJ, Silva RAR. Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado ao idoso portador de hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(Suppl 2):7-18. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0681>.
37. Lemos VC, Barros MBA, Goldbaum M, Cesar CLG, Lima MG. Prácticas autoreferidas para controlar la hipertensión y la diabetes mellitus en adultos mayores de Campinas, Brasil, en tres períodos. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2407. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2407>.
38. Pickering RT, Bradlee ML, Singer MR, Moore LL. Baseline diet modifies the effects of dietary change. *Br J Nutr*. 2020; 123(8):951-8. <https://doi.org/10.1017/S0007114520000112>.