



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



Elevación de la presión arterial en pacientes atendidos en unidad de emergencia: estudio transversal

Alan José Sena¹, Jucyelle Franciane Brasileiro Gugick¹,
Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic², Mayckel da Silva Barreto^{1,2}

1 Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de Mandaguari

2 Universidad Estadual de Maringá

RESUMEN

Objetivos: caracterizar individuos hipertensos atendidos en una unidad de emergencia por elevación de la presión arterial y verificar los factores asociados a la ocurrencia de hipertensión moderada o grave. **Método:** estudio descriptivo de corte transversal realizado junto a 80 individuos. Los datos fueron colectados en Noviembre de 2013 por medio de entrevista con aplicación de cuestionario semiestructurado. **Resultados:** estuvieron asociados a la hipertensión moderada o grave: en la asistencia a las actividades de grupo de hipertensos, ingestión de bebida alcohólica, no realización de actividades de recreación y consumo excesivo de sal. **Discusión:** al reconocer los factores que influyen en el descontrol de la presión, el enfermero puede actuar estimulando el acompañamiento ambulatorio sistemático de los hipertensos y la modificación en el estilo de vida de los pacientes. **Conclusión:** los hábitos de vida asociados a la hipertensión moderada o grave son modificables de acuerdo con la implementación de educación en salud por profesionales y comprensión de autocuidado por parte de los usuarios considerados hipertensos.

Descriptor: Hipertensión; Factores de Riesgo; Prevención & Control; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una condición clínica multifactorial caracterizada por niveles elevados y sustentados de la presión arterial (PA)⁽¹⁾. En los recientes años, se mantiene como un problema de salud pública mundial. En Brasil, hay elevada prevalencia (superior a 30% en adultos y 50% en ancianos), bajos índices de adhesión al tratamiento y altas tasas de descontrol de la presión y morbimortalidad por enfermedades cardíacas y cerebrovasculares⁽²⁾.

Existen varios factores que pueden desencadenar el surgimiento de la HAS, bien como favorecer la ocurrencia de sus agravios y complicaciones. Esas causas son divididas en no modificables (edad más elevada y carga genética) y modificables (tabaquismo, estrés, ingestión excesiva de sal y alcohol, sedentarismo, sobrepeso y obesidad)⁽¹⁾.

Entre las causas que pueden ser modificadas por el individuo en la búsqueda del control de la HAS, la no adhesión al tratamiento farmacológico y no farmacológico constituye hoy uno de los mayores enfrentamientos para los servicios de salud y sus profesionales⁽³⁾. Personas hipertensas, cuando siguen adecuadamente el tratamiento, reducen significativamente la morbimortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, proporcionando aumento de la expectativa y de la calidad de vida⁽⁴⁾.

Investigaciones⁽⁵⁻⁶⁾ revelan que el perfil de los individuos con HAS que buscan unidades de emergencia o hospitalarias en consecuencia de la elevación de la PA es constituido, en su mayoría, por personas del sexo femenino, sedentarias, no adherentes al tratamiento medicamentoso y que poseen edad más elevada, etnia negra, baja renda familiar, menor escolaridad, sobrepeso y comorbilidades.

Durante la identificación de los sujetos que sufren con la elevación de la PA y en la búsqueda

por la adhesión al tratamiento de la HAS, el enfermero se vuelve elemento-clave por elaborar estrategias de intervención centradas a la orientación (tanto del individuo hipertenso como de su familia), para el control de la enfermedad, la continuidad del tratamiento y la prevención de complicaciones. De hecho, el enfermero, con el paciente y sus familiares, desarrolla importante acción en la elección de la mejor opción terapéutica, de acuerdo con el perfil del individuo hipertenso; bien como en el seguimiento del tratamiento recomendado y en el acompañamiento sistemático de la PA⁽⁷⁾.

Estudios recientes^(3,6,8-9) continúan demostrando que los individuos con HAS no se adhieren correctamente al tratamiento propuesto, y a veces necesitan buscar las unidades de emergencias para el control de la elevación de la PA. De ese modo, el presente estudio cuestiona: ¿Cuál es el perfil de los individuos hipertensos que buscaron atención en una unidad de emergencia por elevación de la PA? ¿Cuáles son los factores asociados a la ocurrencia de hipertensión moderada o grave?

Buscando resolver esas dudas, los objetivos del estudio fueron caracterizar individuos hipertensos atendidos en una unidad de emergencia por elevación de la presión arterial y verificar los factores asociados a la ocurrencia de hipertensión moderada o grave.

MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal, de naturaleza cuantitativa, realizado junto a individuos con HAS que buscaron un servicio de emergencia por elevación de la PA, en un municipio de la región Sur de Brasil.

La unidad se constituye en un servicio público que presta asistencia a todos los casos de urgencia y emergencia del municipio, entre ellas las crisis

hipertensivas y pseudocrisis hipertensivas. Para la atención media de 200 pacientes por día, con diferentes patologías agravadas o traumas, el servicio cuenta con un enfermero, seis técnicos/auxiliares en enfermería, un técnico en radiología y un médico clínico general por turno.

Los datos fueron colectados de 1° al 30 de Noviembre de 2013 después de la atención médica, por medio de entrevista con la aplicación de un cuestionario semiestructurado, que contemplaba el perfil sociodemográfico, acompañamiento de la salud y del proceso de adhesión/no adhesión al tratamiento no farmacológico de la HAS de los participantes.

Fueron entrevistados 80 sujetos, constituyendo la muestra no probabilística del estudio. Por conveniencia, la colecta de datos ocurrió de Lunes a Sábado, desde 07h a las 13h, siendo considerados potenciales participantes del estudio todos los individuos hipertensos diagnosticados hace, mínimo, un año y que tuvieron entrada en la unidad de emergencia con PA elevada ($\geq 140/90$ mmHg). Por otro lado, fueron excluidos aquellos que no presentaban condiciones físicas, mentales o emocionales de responder al cuestionario (04 casos) y que no estuvieron de acuerdo en participar de la investigación (03 casos).

La variable dependiente fue el valor de la PA de los participantes en el momento de la entrada en la unidad de emergencia, que fue clasificada en hipertensión arterial leve (PA sistólica entre 140 – 159 mmHg y PA diastólica entre 90 – 99 mmHg); hipertensión arterial moderada (PA sistólica entre 160 – 179 mmHg y PA diastólica entre 100 – 109 mmHg); e hipertensión arterial grave (PA sistólica mayor que 179 mmHg y PA diastólica mayor que 109 mmHg)⁽¹⁾.

Los individuos con hipertensión arterial moderada y grave constituyeron un único grupo para permitir el análisis estadístico. Las variables independientes – realización de actividad física y de ocio; consumo de alcohol, tabaco y

alimentos inadecuados; y seguimiento de una dieta hiposódica – fueron dicotomizadas, considerando solo la presencia o ausencia del hábito/comportamiento.

Las informaciones fueron registradas en un banco de datos en el programa Microsoft Office Excel for Windows 2007® y en seguida analizadas estadísticamente con auxilio del *software Statistical Analysis System – SAS®*. Para investigar la asociación de las variables en estudio con el resultado de interés y su medida de asociación, fueron utilizadas análisis estadísticas por medio del test no paramétrico *chi-cuadrado* de Pearson, con nivel de significancia de $p < 0,05$, y calculado el riesgo relativo (RR).

El estudio fue aprobado por el Comité Permanente de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Estadual de Maringá - CAAE: 23618913.2.0000.0104. Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) en dos vías.

RESULTADOS

De acuerdo con los resultados, se verifico que la mayoría de los individuos que busco asistencia médica por elevación de la PA presentó valores tensionales que los clasificaba, en aquel momento, con HAS moderada o grave (55 – 68,8%) (Tabla 01).

En relación a las características sociodemográficas, se observo que la mayor parte era del sexo masculino (45 – 56,2%), de etnia blanca (42 – 52,5%), vivía con compañero (a) (46 – 57,5%), poseía edad inferior a 60 años (52 – 65,0%), actividad ocupacional (51 – 63,7%), renda mayor o igual a dos salarios mínimos (54 – 67,5%) y escolaridad menor o igual a ocho años de estudio (41 – 51,2%). Sin embargo, ninguna de esas características presentó asociación estadísticamente significativa con la PA más elevada.

Tabla 1: Distribución del perfil sociodemográfico de pacientes atendidos por elevación de la Presión Arterial en una unidad de emergencia. Mandaguari/PR, 2013.

Características	HAS leve		HAS moderada/ grave		Total		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	13	16,2	32	40	45	56,2	0,6
Femenino	12	15	23	28,8	35	43,8	
Edad							
< de 60 años	16	20	36	45	52	65	0,89
≥ de 60 años	9	11,2	19	23,8	28	35	
Color de la piel							
Blanca	13	16,2	29	36,3	42	52,5	0,95
No blanca	12	15	26	32,5	38	47,5	
Estado civil							
Sin compañero	10	12,5	24	30	34	42,5	0,76
Con compañero	15	18,8	31	38,7	46	57,5	
Actividad ocupacional							
Si	16	20	35	43,7	51	63,7	0,97
No	9	11,3	20	25	29	36,3	
Renda familiar							
< 2 SM*	8	10	18	22,5	26	32,5	0,94
≥ 2 SM	17	21,3	37	46,2	54	67,5	
Escolaridad							
≤ 8 años	13	16,2	28	35	41	51,2	0,92
> 8 años	12	15	27	33,8	39	48,8	

*SM: salários mínimos

En lo que concierne al perfil de salud y enfermedad, 17 entrevistados (21,2%) relataron que el tiempo de diagnóstico de la HAS era superior a 10 años. 31 participantes (38,8%) confesaron poseer comorbilidades, con destaque para enfermedades osteomusculares, cardíacas, respiratorias, mentales, gastrointestinales y diabetes mellitus (DM). Sin embargo esas variables no estuvieron asociadas significativamente a la elevación de la PA en niveles superiores a 159/99 mmHg (Tabla 2).

Cuando fue investigada la asistencia recibida por medio de la atención primaria a la salud, los resultados demostraron que la mayoría de los entrevistados refirió comparecer asiduamente a las consultas previamente agendadas (63 – 78,8%) y que el tiempo de la última consulta era inferior a tres meses (53 – 66,2%). Estas características no se mostraron estadísticamente significativas con la ocurrencia de la PA más elevada (Tabla 3).

Por otro lado, gran parte de los entrevistados (78 – 91,3%) refirió no comparecer a las actividades de grupo que ocurren en las Unidades Básica de Salud (UBS) y en la comunidad, como palestras, caminatas y clases de estiramiento y gimnasia; de esos participantes, 53 (66,3%) presentaron PA encima de 159/99mmHg. Se evidenció, de esa forma, que los hipertensos que no participaban de las actividades del grupo presentaron 2,5 veces (IC: 1,19 – 5,44) más chance de estar con la PA más elevada.

A pesar de gran parte de los entrevistados relatar que no participaba de las actividades de promoción de la salud desarrolladas en las UBS y en la comunidad, la mayoría (74 – 92,5%) afirmó no haber necesitado de hospitalización en consecuencia de complicaciones y agravios de la HAS en los últimos 12 meses. La variable hospitalización no presentó asociación estadística con la PA elevada.

Tabla 2: Distribución del perfil de salud-enfermedad de pacientes atendidos por elevación de la presión arterial en una unidad de emergencia. Mandaguari/PR, 2013.

Características	HAS leve		HAS moderada/ grave		Total		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
Tiempo de diagnóstico							
< 10 años	20	25	43	53,8	63	78,8	0,85
≥ 10 años	5	6,2	12	15	17	21,2	
Comorbilidad							
Si	11	13,8	20	25	31	38,8	0,51
No	14	17,5	35	43,7	49	61,2	
Tipo de comorbilidad							
Diabetes mellitus	4	12,9	7	22,7	11	35,6	
Enfermedades osteomusculares	2	6,4	4	12,9	6	19,3	0,9
Enfermedades cardíacas	3	9,7	2	6,4	5	16,1	0,37
Enfermedades respiratorias	-	-	4	12,9	4	12,9	0,51
Enfermedades mentales	-	-	3	9,7	3	9,7	0,67
Enfermedades gastrointestinales	1	3,2	1	3,2	2	6,4	0,71

Tabla 3: Distribución de las variables relacionadas la asistencia recibida por medio de la atención primaria y prevalencia de hospitalización en pacientes atendidos por elevación de la presión arterial en una unidad de emergencia. Mandaguari/PR, 2013.

Características	HAS leve		HAS moderada/ grave		Total		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
Asistencia a las actividades							
Si	5	6,2	2	2,5	2	7,7	0,01*
No	20	25	53	66,3	78	91,3	
Asistencia a las consultas							
Si	18	22,5	45	56,3	63	78,8	0,31
No	7	8,7	10	12,5	17	21,2	
Tempo de la última consulta							
≤ 3 meses	17	21,2	36	45	53	66,2	0,82
> 3 meses	8	10	19	23,8	27	33,8	
Hospitalización**							
Si	2	2,5	4	5	6	7,5	0,9
No	23	28,7	51	63,8	74	92,5	

*P-valor significativo en el test de chi-cuadrado de Pearson; **Hospitalización autorreferida consecuyente de la HAS en los últimos 12 meses.

Con relación a los hábitos de vida de los individuos con HAS, se constató que 72 (90,0%) consumían alimentos inadecuados (ricos en proteínas, sodio y grasas)⁽¹⁾, 47 (58,8%) no practicaban ejercicio físico y 13 (16,2%) eran fumadores. Tales hábitos, en el presente estudio, no estuvieron asociados a la PA más elevada (Tabla 04).

Entretanto, otras prácticas perjudiciales para el adecuado control de la HAS estuvieron asociadas a la elevación de la PA encima de 159/99mmHg, como la no realización de activi-

dades de ocio, el no seguimiento de una dieta hiposódica y la ingestión de bebida alcohólica - independiente del tipo de bebida y de la dosis (p< 0,05).

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación demostraron que 55 participantes (68,8%) presentaron valores de presión que los clasificaban,

Tabla 4: Distribución de los hábitos de vida de pacientes atendidos con presión arterial elevada en una unidad de emergencia. Mandaguari/PR, 2013.

Características	HAS leve		HAS moderada/grave		Total		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
Practica ejercicios físicos							
Si	11	13,7	22	27,5	33	41,2	0,73
No	14	17,5	33	41,3	47	58,8	
Practica actividades de Ocio							
Si	7	8,7	34	42,5	41	51,2	0,00*
Não	18	22,5	21	26,3	39	48,8	
Fumador							
Si	3	3,7	10	12,5	13	16,2	0,48
No	22	27,5	45	56,3	67	83,8	
Consumo bebida alcohólica							
Si	2	2,5	24	30	26	32,5	0,00*
No	23	28,7	31	38,8	54	67,5	
Consumo de alimentos inadecuados**							
Si	23	28,75	49	61,25	72	90	0,68
No	2	2,5	6	7,5	8	10	
Sigue dieta hiposódica							
Si	21	26,2	28	35	49	61,2	0,00*
No	4	5	27	33,8	31	38,8	

* P-valor significativo en el test de Chi-cuadrado de Pearson; ** Ricos en proteínas, sódio y grasas (1).

en aquel momento, con HAS moderada o grave. Se tiene en consideración que la elevación de la PA, en muchos casos, es silenciosa y cuando los individuos presentan señales y síntomas que los impulsan a buscar los servicios de salud, los niveles tensionales se encontraron muy altos.

Entre los participantes hubo predominio del sexo masculino, lo que difirió de otro estudio⁽⁵⁾. En parte, ese resultado puede ser atribuido al hecho de la HAS poseer prevalencia aumentada entre los hombres con hasta 50 años⁽¹⁾. Sin embargo, conforme evidenciado en la literatura^(2,5), esa variable también es influenciada en consecuencia de que las mujeres busquen primeramente y por más veces los servicios de atención primaria a la salud, lo que culmina con una menor búsqueda de ellas por los servicios de emergencia.

Otro elemento que debe ser llevado en consideración es el hecho de los resultados de estudios nacionales^(3,10) sugirieron mayor tasa de abandono del tratamiento de la HAS por los

hombres, principalmente entre los analfabetos y con edad en el grupo etario de 24-40 años. Además de la falta de conocimiento, tal situación puede ser explicada por las cuestiones de género, como el sentimiento de autoconfianza por parte de los hombres en creer que no sufrieron con agravios de la enfermedad, lo que favorece la no adhesión al tratamiento y, por consiguiente, la elevación de la PA, conllevando la necesidad de ellos de buscar servicios médicos de emergencia.

Además, el comportamiento masculino con relación a la salud está relacionado a concepciones sobre el trabajo, el cuerpo y la sexualidad. Movidos por tales entendimientos, los hombres han buscado servicios de salud que atiendan a sus deseos, buscando, de esa forma, aquellos que presentan mayor preparación en la atención y cuyas acciones sean pautadas en intervención médica curativa y medicalizada⁽¹¹⁾.

Con relación a la edad, fue constatada predominancia de personas menores de los

60 años, con HAS moderada o grave. Se sabe que la HAS no es una enfermedad que afecta solamente las personas de la tercera edad, pues viene ocurriendo en muchos adultos jóvenes, lo que ha sido relacionado con la ocurrencia de mayores complicaciones y agravios decurrentes de la enfermedad en la tercera edad⁽⁴⁾.

En que pese el hecho de investigación hayan apuntado niveles más elevados de PA entre personas más viejas, existen evidencias de que no apenas la edad es barrera para la mantención de los niveles presóricos adecuados, pero también factores relacionados al estilo de vida contemporáneo. Un estudio realizado en la India mostro que mujeres ancianas que vivían reclusas en zonas rurales alejadas presentaban bajos índices de HAS⁽¹²⁾.

La mayoría de los individuos con PA más elevada era de color blanco. Vale resaltar que en el municipio estudiado hay predominio de personas blancas en la población, lo que en parte justifica ese resultado. Con todo, el color de la piel no blanca constituye factor de riesgo que aumenta dos veces el chance de la persona desarrollar la HAS y no controlar los niveles tensionales, incluso si se adhieren correctamente al tratamiento, debido a factores genéticos y biológicos⁽¹⁾.

En lo que se refiere a la escolaridad, se observó que poco más de la mitad de los participantes tenía ocho años o menos de estudio. La HAS en Brasil prevalece entre los sujetos con menor escolaridad⁽²⁾, lo que, según investigación realizada en una capital del nordeste brasileiro, se configura como factor de riesgo para hospitalización por elevación de la PA, porque hipertensos poseen menor comprensión del tratamiento y por eso mayor propensión en no controlar eficazmente la enfermedad⁽²⁾. Otros factores relacionados directa o indirectamente a la poca escolaridad que pueden influenciar en el adecuado manejo del tratamiento son menor

renda familiar y mayor dificultad de acceso a la alimentación saludable, al servicio de salud y a los remedios⁽¹³⁾.

Ante lo expuesto hasta el momento, se puede inferir que la baja escolaridad representa factor de riesgo para la comprensión de las orientaciones ofertadas por los profesionales de salud, lo que perjudica el cambio de estilo de vida de los hipertensos. De ese modo, es importante destacar que los profesionales necesitan estar atentos, principalmente acerca del lenguaje que utilizan, al actuar junto a esa porción de la población⁽¹⁴⁾.

En cuanto al tiempo de diagnóstico, se evidencio que la mayoría de los individuos era hipertensos hace menos de 10 años. A pesar de no estar significativamente asociado a la elevación de la PA, eso demostró que pacientes con menor tiempo de diagnóstico presentaban mayor descontrol de los niveles tensionales. Tales resultados corroboran lo encontrado en una investigación realizada junto a 440 hipertensos, en que aquellos diagnosticados hace más tiempo presentaron menores valores de PA⁽¹⁰⁾. Se observa que el mayor tiempo de diagnóstico de la HAS puede ser garantía de habituarse a condición patológica, y aquello que en principio era motivo a ser temido, con el avanzar del tiempo, pasa a ser identificado como controlado y así los cuidados se tornan parte del cotidiano de los individuos⁽¹⁵⁾.

Aún en el presente estudio, se observó que la comorbilidad más comúnmente encontrada fue el DM. La literatura apunta que la prevalencia de hipertensos con DM es por lo menos dos veces mayor del que en la población en general y que debido a las complicaciones agudas y crónicas las oportunidades del individuo sufrir con problemas cardiovasculares se elevan⁽¹⁶⁾. Otro agravante observado es que ocurre una mayor propensión del hipertenso tener dificultad para adherirse al tratamiento, pues aumenta

el número de medicamentos prescritos y los cuidados con la dieta⁽¹⁷⁾. Así, los profesionales de enfermería deben actuar de manera diferenciada junto a los individuos hipertensos que poseen otras comorbilidades, en especial el DM, buscando sensibilizarlos a adherir al tratamiento propuesto.

La no asiduidad de los pacientes a los encuentros/ a las consultas también ocupó lugar de destaque entre los predictores del descontrol presórico en esta investigación. Estudios apuntan que entre los individuos acompañados por programas de HAS, aquellos más asiduos a los encuentros promovidos por los profesionales, tanto en la UBS (consulta médica y de enfermería) como en la comunidad (actividades de grupo), presentan mayor reducción de los niveles tensionales^(7,9).

De hecho, la presencia frecuente del paciente en la unidad de salud constituye condición determinante para el adecuado manejo del tratamiento de la HAS, tal vez por promover motivación individual y generar actitudes que contribuyen para la reducción de la PA. Corroborando con ese pensamiento del manejo más adecuado del tratamiento a partir de un mayor número de visitas del paciente a la unidad de salud, estudios⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ apuntan que consultas más frecuentes y que son direccionadas por instrumentos sistemáticos de evaluación del hipertenso propician mejor monitorización de los niveles presóricos, así como aumentar el acceso del individuo a más informaciones que, por su vez, pueden cimentar y fortalecer la adhesión a la terapéutica.

Además de la asistencia a las consultas, los individuos con HAS necesitan adherirse al tratamiento medicamentoso y no medicamentoso. En esa perspectiva, los datos del presente análisis constataron que la mayoría de los entrevistados no realizaba ejercicios físicos. Investigaciones^(13,17) demuestran que la

práctica de ejercicio físico con otras medidas no farmacológicas, además de la reducción de los niveles presóricos, auxilia en la pérdida de peso, disminución del colesterol, triglicéridos y niveles glicémicos, que tienen relación directa con el aumento de la PA y sus complicaciones.

Vale resaltar que en la actualidad el combate al sedentarismo es una condición que necesita de compromiso de todas las personas, principalmente aquellas con HAS, pues ella interfiere directamente en su calidad de vida⁽¹⁵⁾. Los profesionales de salud deben evaluar los riesgos antes de indicar el inicio de la práctica de ejercicios físicos, para que sean minimizados los daños⁽¹⁴⁾.

La promoción de la salud y la prevención de agravios en enfermedades crónicas han priorizado las estrategias que endosan el desarrollo de un estilo de vida activo, considerando la práctica de actividad física en cuatro dominios: ocio, locomoción o desplazamiento, trabajo y doméstica⁽⁸⁾. Con el fin de revertir el cuadro de baja adhesión al tratamiento no medicamentoso, los enfermeros necesitan de sensibilidad para optimizar la práctica de actividades físicas regulares por pacientes hipertensos, debiendo orientarlos en cuanto a las diferentes formas para la realización de las actividades, lo que puede mejorar el control clínico de la enfermedad y minimizar la ocurrencia de agravios, como la elevación de emergencia de la PA.

Otro dato investigado en este estudio fue la ingestión de dieta hiposódica. Se observó que casi 40% de los entrevistados refirieron que no hay cualquier restricción de sodio. La literatura⁽¹⁾ ratifica que una dieta con bajo contenido de sodio reduce y mantiene los valores presóricos a niveles deseables con rapidez. Así, el consumo diario de sodio no debe ultrapasar 5g de sal. Entretanto, la cantidad que los brasileros actualmente consumen corresponde al doble del recomendado.

Un estudio⁽³⁾ realizado junto a 57 hipertensos, que evaluó la reducción del consumo de sal después del diagnóstico de la enfermedad, demostró que la mayoría no se adhirió a la nueva dieta ante las recomendaciones médicas, resaltando la existencia de una laguna entre las orientaciones realizadas por los profesionales de salud y a su ejecución por los pacientes. Ante eso, se reitera que es necesario modificar la manera como esas directrices están siendo realizadas por los profesionales, una vez que ellas no han impactado significativamente en la decisión de modificar el estilo de vida por los individuos hipertensos.

Más específicamente cuanto a la ingestión de alimentos inadecuados (ricos en proteínas, sodio y grasas)⁽¹⁾, la gran mayoría de los entrevistados relató no restringir su consumo. Cambios de hábitos alimenticios son imprescindibles para el adecuado control de la HAS⁽²⁰⁾. La mantención de una dieta saludable depende de un menú adecuado, rico en frutas, vegetales, carnes blancas y con reducción de sal y abolición de alimentos inadecuados^(14,20).

Muchas veces las modificaciones en los hábitos de vida no se concretizan porque el hipertenso no se siente parte del tratamiento, o sea, el no opina en las decisiones acerca de la práctica de ejercicios físicos y modificaciones de la dieta. El profesional de salud no considera la opinión del usuario, llevándolo a no adherirse al tratamiento.

Hábitos de consumo de alcohol y tabaco también son factores que elevan los valores presóricos⁽¹⁾. En el presente estudio, se observó baja prevalencia de individuos que refirieron hacer uso de tabaco y de bebida alcohólica - lo que está de acuerdo con los resultados de investigación sobre la adhesión al tratamiento no farmacológico entre hipertensos usuarios de un centro de salud, que encontró 7% de tabaquistas y 31,6% de alcohólicos entre los participantes⁽¹⁵⁾.

Por más que la prevalencia de tabaquistas y alcohólicos sea pequeña, hay evidencias de que la PA se eleva proporcionalmente de acuerdo con la cantidad de alcohol y tabaco ingeridos, siendo urgente que los enfermeros orienten la importancia de la renuncia de estos hábitos a todos los hipertensos bajo sus cuidados^(1,19).

Siendo así, las acciones educativas promovidas por profesionales de la salud deben estimular el desarrollo de la autonomía del individuo, trayendo discusiones y orientaciones que incentiven la adopción de nuevos hábitos de vida⁽¹⁴⁾. De ese modo, es necesaria la participación del profesional de salud y del individuo hipertenso para que elaboren juntos estrategias que lleven al abandono de hábitos nocivos a la salud.

Una de las formas de actuación constituye en actividades educacionales, como trabajo en grupo, posibilitando el vínculo y el acogimiento con los profesionales de salud, de modo que los individuos compartan sus experiencias y experimenten diferentes saberes y prácticas⁽³⁾.

Por lo tanto, los individuos con HAS necesitan de tratamiento ambulatorio continuo y asistencia profesional calificada. Con la adopción de una rutina saludable, se promueve la disminución de los valores presóricos, se previene complicaciones cardiovasculares y se minimiza la ocurrencia de crisis hipertensivas, que tanto han llevado individuos hipertensos a los servicios de emergencia de salud⁽⁹⁾. Los cambios de comportamiento deben ser fuertemente encoajadas por los profesionales de salud, siempre llevando en consideración el perfil poblacional de su área de actuación.

CONCLUSIÓN

Los resultados de la investigación permitieron conocer el perfil de los individuos hiperten-

sos que procuraron atención en una unidad de emergencia por elevación de la PA y los factores asociados a la ocurrencia de hipertensión arterial moderada o grave. Se observó que la mayoría de las personas que busco atención era del sexo masculino, del color blanco, vivía con compañero, poseía edad inferior a 60 años, escolaridad menor o igual a ocho años y actividad laboral, lo que no estuvo asociado a la elevación de la PA a valores superiores a 159/99mmHg.

Los factores asociados a la ocurrencia de hipertensión arterial moderada o grave fueron el no comparecimiento en las actividades realizadas por los profesionales de salud de la atención primaria, la ingestión de bebida alcohólica, la no realización de actividades de ocio e el consumo excesivo de sal.

En cuanto al tratamiento no farmacológico de la HAS, gran parte de los individuos no se adhirió a los hábitos de practicar ejercicio físico y modificar la dieta después del diagnóstico de la enfermedad. Tales situaciones merecen destaque y empeño de los profesionales de salud del equipo multidisciplinario para que ocurra el cambio, ya que esos problemas interfieren en el adecuado control de la PA. Con eso, hay la necesidad de implementar acciones educativas direccionadas a la población hipertensa que objetiven prevenir situaciones de emergencia consecuentes de la elevación de la PA.

CITAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardio*. 2010; 95(supl 1):1-51.
2. Freitas LC, Rodrigues GM, Araújo FC, Falcon EBS, Xavier NF, Lemos ELC, et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012; 7(22):13-9.
3. Girotto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1763-72.
4. García GM, Miúdo V, Alves CG, Lopes M, Gomes JV. Characterization of patients aged 45 or under admitted with hypertensive emergencies in the Hospital do Prenda. *Rev Port Cardiol*. 2014;33(1):15-21.
5. Pereira SE, Aguiar RS, Vian VH, Cunha EM, Silva DA, Teixeira MA. Análise crítica do atendimento da crise hipertensiva em Unidade de Pronto Atendimento de Itaperuna – Rio de Janeiro. *Rev Bras Med*. 2012; 69(5):139-44.
6. Barreto MS, Marcon SS. Hospitalization due to complications of arterial hypertension in primary care patients. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(4):313-7.
7. Drevenhorn E, Bengtson A, Nilsson PM, Nyberg P, Kjellgren KI. Consultation training of nurses for cardiovascular prevention – a randomized study of 2 years duration. *Blood Press*. 2012; 21(5):293-9.
8. Massa KHC, Guimarães VV, César CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M, et al. Prática de atividade física em quatro domínios em idosos com hipertensão arterial referida no Município de São Paulo: estudo de base populacional. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2012; 17(1):7-13.
9. Reiners AAO, Seabra FMF, Azevedo RCS, Sudré MRS, Duarte SJH. Adesão ao tratamento de hipertensos da Atenção Básica. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(3):581-7.
10. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(Supl 1):1389-400.
11. Damasceno CA, Queiroz TL, Santos CAST, Mussi FC. Fatores associados à decisão para procura de serviço de saúde no infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1362-70.
12. Gupta R, Pandey RM, Misra A, Dey S, Rao S, Menon VU, et al. High prevalence and low awareness, treatment and control of hypertension in Asian Indian women. *J Hum Hypertens*. 2012; 26(10):585-93.

13. Souza ACC, Moreira TMM, Borges JWP, Andrade AM, Andrade MM, Almeida PC. Caracterização clínico-epidemiológica da clientela com crise hipertensiva atendida em um serviço de emergência de um hospital municipal de Fortaleza-CE. *REME Rev Min Enferm.* 2009; 13(1):13-18.
14. Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes PS, Caldeira AP. Effectiveness of education in health in the non-medication treatment of arterial hypertension. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(2):179-84.
15. Baldissera VDA, Carvalho MDB, Pelloso SM. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. *Rev Gauch Enferm.* 2009; 30(1):27-32.
16. Gitt AK, Schieder RE, Duetting E, Bramlage P, Schneider S, Tschope D. Achievement of recommended glucose and blood pressure targets in patients with type 2 diabetes and hypertension in clinical practice – study rationale and protocol of dialogue. *Cardiovasc Diabetol.* 2012; 11(148).
17. Moura DJM, Bezerra STF, Moreira TMM, Fialho AVM. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(4):759-65.
18. Santana JS, Soares MJGO, Nóbrega MML. Instrument for visiting in nursing to hypertensive patients in family: a methodological study. *Online Braz J Nurs* [internet]. 2011 5 Sep [Cited 2013 Dec 2] 10(3) Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3481/1098>
19. Holt EW, Muntner P, Joyce C, Morisky DE, Webber LS, Krousel-Wood M. Life events, coping, and antihypertensive medication adherence among older adults: the cohort study of medication adherence among older adults. *Am J Epidemiol.* 2012; 176(Suppl 7):64-71.
20. Vernay M, Aidara M, Salanave B, Deschamps V, Malon A, Oleko A, et al. Diet and blood pressure in 18-74 year-old adults: the French Nutrition and Health Survey (ENNS, 2006-2007). *J Hypertens.* 2012; 30(10): 1920-7.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 18/12/2013
Revisado: 14/11/2014
Aprobado: 14/11/2014