

Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural: importancia del papel del enfermero¹

Darlene Mara dos Santos Tavares²

Mariana Mapelli de Paiva³

Flavia Aparecida Dias⁴

Marina Aleixo Diniz⁵

Nayara Paula Fernandes Martins⁶

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y la calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica; correlacionar la calidad de vida con el tiempo de diagnóstico y con el número de medicamentos y comparar la calidad de vida con el tipo de medicamento. Método: Se trata de un estudio del tipo encuesta domiciliar, transversal, desarrollado con 460 ancianos de la zona rural. Fueron recolectados datos mediante los instrumentos: World Health Organization Quality of Life-bref y World Health Organization Quality of Life Olders. Fueron aplicados análisis descriptivo, correlación de Pearson y test t-Student ($p < 0,05$). Resultados: Predominó el sexo femenino, 60-70 años, casados, 4-8 años de estudio, renta de un salario mínimo y vivir con pareja. El tiempo de diagnóstico se asoció a menor calidad de vida en el dominio físico. Los ancianos que utilizaban Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina y no utilizaban bloqueador AT1 mostraron menor score en autonomía. Conclusión: son necesarias acciones para controlar la hipertensión arterial sistémica y sus complicaciones, de manera a favorecer la calidad de vida.

Descriptorios: Hipertensión; Calidad de Vida; Salud del Anciano; Población Rural; Enfermería.

¹ Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), proceso nº 503646/2009-1.

² PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

³ Alumna del curso de graduación en Enfermería, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. Becario de iniciación científica de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil.

⁴ MSc, Profesora Sustituta, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

⁵ MSc, Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁶ MSc, Becario de apoyo técnico, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil.

Correspondencia:

Darlene Mara dos Santos Tavares
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Pç. Manoel Terra, 330
Bairro: Abadia
CEP: 38100-000, Uberaba, MG, Brasil
E-mail: darlenetavares@enfermagem.ufm.edu.br

Introducción

El proceso de envejecimiento humano es una realidad de las sociedades mundiales⁽¹⁾. El aumento de expectativa de vida se debe a la interacción dinámica de las tasas de natalidad y de mortalidad, asociada al perfeccionamiento técnico científico y la mejora de las condiciones de saneamiento básico⁽²⁾.

El cambio en la composición de edad de la población fue acompañada de alteraciones en las causas de morbimortalidad, en que se verifica la mayor ocurrencia de enfermedades crónicas. Entre estas, se destaca la hipertensión arterial sistémica (HAS), una condición clínica multifactorial que puede llevar a alteraciones funcionales de órganos-blancos, tales como el corazón, el encéfalo, los riñones y los vasos sanguíneos⁽³⁾. En Brasil, según la Vigilancia de Factores de Riesgo y protección para enfermedades crónicas por encuesta telefónica (VIGITEL), la HAS incide en aproximadamente el 60,2% de la población superior a 65 años⁽²⁾.

Varios factores pueden contribuir a la ocurrencia de HAS, aquellos considerados no-modificables como la herencia genética; la edad, el sexo y la etnia; y los modificables como gran ingesta de sal, estrés, el sedentarismo, bebidas alcohólicas, tabaquismo, entre otros⁽⁴⁾. Los factores modificables son pasibles de actuación del profesional de la salud, visando a la prevención de la HAS y a la mantención de la calidad de vida (CV).

El concepto de CV es considerado subjetivo, multidimensional, con aspectos positivos y negativos. Fue definido por un grupo de estudiosos, apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como: "percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, expectativas, valores y preocupaciones"⁽⁵⁾. Sin embargo, entre aquellos con HAS, la CV ha sido relacionada a la terapéutica, alteraciones en el estilo de vida, hábitos personales, además de la organización de la atención a la salud, que pueden contribuir al alivio de los síntomas⁽⁶⁾. En estudio conducido entre adultos e ancianos con HAS, utilizando el instrumento *Short-Form-36* (SF-36), se verificó que la HAS compromete la CV en los aspectos: estado general de salud; desempeño físico, emocional y social; dolor, vitalidad y salud mental⁽⁷⁾.

Además, la CV de las personas con HAS puede ser influenciada por la renta, tiempo de diagnóstico, comorbilidades y efectos colaterales del uso de los medicamentos^(4,8).

En ese contexto, se destaca que estudios conducidos en la zona rural son escasos, especialmente aquellos que evalúan la CV de ancianos con HAS. El proceso de

envejecimiento de la población que vive en la zona rural es semejante a aquellos que viven en la zona urbana, pero puede evidenciar mayores dificultades, debido a la pobreza, el aislamiento social, la baja escolaridad, la presencia de casas con mayor precariedad, el acceso limitado al transporte y la distancia de los recursos sociales y de las instituciones de salud^(4,9).

Los objetivos fueron describir las características sociodemográficas y económicas y la CV de los ancianos con HAS que viven en la zona rural del municipio de Uberaba; correlacionar los *scores* de CV con el tiempo de diagnóstico de la HAS y el número de medicamentos utilizados; comparar los *scores* de CV de los ancianos con el tipo de medicamento utilizado.

Métodos

Este estudio hace parte de una investigación mayor, con base poblacional, analítico, transversal y observacional, desarrollado con 850 ancianos residentes en la zona rural del municipio de Uberaba-MG.

Fueron criterios de inclusión: 60 años o más de edad; vivir en la zona rural de Uberaba-MG; alcanzar puntuación mínima en la evaluación cognitiva, auto-referir HAS y concordar en participar de la investigación. Cumplieron con los criterios de inclusión 460 ancianos.

La evaluación cognitiva fue realizada mediante el Mini Examen de Estado Mental (MEEM), traducido y validado en Brasil⁽¹⁰⁾. El MEEM provee informaciones sobre diferentes parámetros cognitivos, agrupados en siete categorías. Fueron considerados los siguientes puntos de corte: 13 para analfabetos, 18 para escolaridad de uno a 11 años y 26 para escolaridad superior a 11 años⁽¹⁰⁾.

Para describir el perfil de los ancianos, fue utilizado el instrumento estructurado, basado en el cuestionario *Older Americans Resources and Services* (OARS), elaborado por la Duke University, y adaptado a la realidad brasileña⁽¹¹⁾. Las características socioeconómicas y demográficas estudiadas fueron: sexo, rango de edad, estado conyugal, escolaridad en años de estudio, estructura domiciliar y renta individual mensual en salarios mínimos.

La CV fue evaluada mediante el *World Health Organization Quality of Life-bref* (WHOQOL-BREF), genérico y validado en Brasil⁽¹²⁾. Esta abarca cuatro dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente⁽¹²⁾. El instrumento *World Health Organization Quality of Life Olders* (WHOQOL-OLD) es específico para ancianos, también validado en Brasil⁽¹³⁾. Mensura la CV mediante el uso de seis facetas: funcionamiento de los sentidos, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad⁽¹³⁾.

Para las preguntas relacionadas a la HAS, fue utilizado un instrumento construido por los investigadores, a saber: tiempo de diagnóstico (en años); como descubrió la enfermedad; uso y tipo de medicamentos; motivos por la interrupción de la medicación; hábito de verificar la PA e ingesta de sal en la comida. Fue efectuado test piloto para verificar la adecuación del referido instrumento a los objetivos propuestos.

Fue utilizada la clasificación de la VI Directivas Brasileñas de Hipertensión para clasificar los medicamentos para terapia anti-hipertensiva: diuréticos, inhibidores adrenérgicos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueantes del canal de calcio, bloqueantes del receptor de AT1 (BRA II) y vasodilatador directo⁽³⁾.

Los datos fueron recolectados en domicilio por 14 entrevistadores previamente capacitados en el período de junio del 2010 a marzo del 2011.

Fue construida una planilla electrónica, en el programa Excel®, y los datos recolectados fueron procesados en microcomputadora, mediante doble entrada. Posteriormente, para el análisis, los datos fueron transportados para el *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 17.0.

Los datos fueron analizados mediante frecuencias absolutas y porcentajes y promedio y desvío estándar. Fueron utilizados los test *t*-Student y la Correlación de Pearson ($p < 0,05$). La intensidad de la correlación fue interpretada como muy baja ($r = 0 \text{ H } 0,25$), baja ($r = 0,26 \text{ H } 0,49$), moderada ($r = 0,5 \text{ H } 0,69$), alta ($r = 0,7 \text{ H } 0,89$) y muy alta ($r = 0,9 \text{ H } 1,0$). Cada dominio del WHOQOL-BREF y faceta del WHOQOL-OLD fueron analizados separadamente, con sus respectivas sintaxis. Los *scores* varían de cero a 100, con mayores *scores* correspondiendo a mejor CV.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidade

Federal do Triângulo Mineiro, protocolo N° 1477. La entrevista fue conducida solamente tras la concordancia del entrevistado y la firma del referido Término.

Resultados

Prevalcieron el sexo femenino (53,9%), 60 | 70 años (59,1%), casados (65,1%), con 1 | 4 años de escolaridad (32,3%), renta individual de un salario mínimo (49,6%) y que vivían solamente con la pareja (45,7%).

La mayoría de los ancianos refirió haber recibido el diagnóstico de HAS desde hace más de 10 años (52,9%), descubierta durante el examen médico de rutina (43,8 %) y cuando los ancianos visitaron el servicio de salud porque se sentían mal (41,6%). La mayoría poseía hábitos de verificar la PA (95,9%) y usaba medicamento (95,9%), de los cuales el 51,3% refirió monoterapia.

Se destaca que el 21,3% de los ancianos refirió ya haber interrumpido el tratamiento alguna vez, entre los cuales el 15,2% por olvidar, el 13,1% por falta de síntomas y el 12% por pensar que estuviera curado. La mayoría refirió uso de poco sal en la alimentación (90,5%).

Respecto a la CV, los ancianos la evaluaron como buena (57,1%) y estaban satisfechos con su salud (59,9%).

Acerca de la CV y tiempo de diagnóstico de la HAS, se observó que, cuanto mayor el tiempo, menor el *score* de CV en el dominio físico, siendo la correlación muy baja ($r = -0,11$; $p = 0,019$); en los demás dominios y facetas, no fue encontrada correlación.

Se destaca que no fue encontrada correlación entre el número de medicamentos con la CV.

En la Tabla 1, a seguir, son mostrados los *scores* de CV según la clase de medicamentos utilizados.

En la Tabla 2, a seguir, son mostrados los *scores* de CV (WHOQOL-OLD) según el tipo de medicamentos utilizado por la población estudiada.

Tabla 1 – Distribución de los *scores* de CV (WHOQOL-BREF), según el tipo de medicamento utilizado para el tratamiento de la HAS. Uberaba, MG, Brasil, 2011

Medicación	Físico	Psicológico	Relaciones sociales	Medio ambiente
IECA				
Sí	66,48	69,04	73,34	61,53
No	64,59	68,80	74,03	63,24
	$t = 1,280$	$t = 0,202$	$t = -0,579$	$t = -1,558$
	$p = 0,201$	$p = 0,840$	$p = 0,563$	$p = 0,120$
Bloqueante del canal de calcio				
Sí	62,75	68,60	76,49	62,28
No	66,03	68,98	73,26	62,30
	$t = -1,460$	$t = -0,205$	$t = 1,786$	$t = -0,014$
	$p = 0,145$	$p = 0,838$	$p = 0,075$	$p = 0,989$

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Medicación	Físico	Psicológico	Relaciones sociales	Medio ambiente
Vasodilatador directo				
Sí	50	47,91	66,66	54,68
No	65,70	69,02	73,68	62,33
	$t=-1,406$	$t=-2,290$	$t=-0,779$	$t=-0,921$
	$p=0,160$	$p=0,022$	$p=0,436$	$p=0,357$
Diuréticos				
Sí	64,84	67,96	73,55	62,23
No	66,39	69,85	73,74	62,35
	$t=-1,058$	$t=-1,560$	$t=-0,160$	$t=-0,110$
	$p=0,291$	$p=0,119$	$p=0,873$	$p=0,912$
Inhibidor Adrenérgico Central + Betabloqueante				
Sí	66,05	69,20	73,84	62,25
No	63,33	67,49	72,65	62,59
	$t=-1,341$	$t=1,015$	$t=-0,721$	$t=-0,227$
	$p=0,181$	$p=0,311$	$p=0,471$	$p=0,821$
BRA II				
Sí	64,08	68,45	73,69	61,74
No	65,92	69,03	73,64	62,40
	$t=-0,896$	$t=-0,336$	$t=0,027$	$t=-0,432$
	$p=0,371$	$p=0,737$	$p=0,979$	$p=0,666$
Inhibidor Adrenérgico				
Sí	61,94	68,53	74,71	61,85
No	65,88	68,96	73,58	62,33
	$t=-1,303$	$t=-0,171$	$t=0,464$	$t=-0,211$
	$p=0,193$	$p=0,864$	$p=0,643$	$p=0,833$

Tabla 2 - Distribución de los *scores* de CV (WHOQOL-OLD), según la clase de medicamento utilizado para el tratamiento de la HAS. Uberaba, MG, Brasil, 2011

Medicación	Funcionamiento de los sentidos	Autonomía	Activ. pas, pres, futuras	Participación social	Muerte y morir	Intimidad
IECA						
Sí	68,40	67,27	69,24	66,02	70,20	72,59
No	73,13	67,12	70,07	67,33	73,70	74,15
	$t=-2,208$	$t=0,074$	$t=-0,763$	$t=-1,091$	$t=-1,544$	$t=-0,959$
	$p=0,028$	$p=0,941$	$p=0,446$	$p=0,276$	$p=0,123$	$p=0,338$
Bloqueante del canal de calcio						
Sí	70,76	73,66	68,52	67,52	70,53	72,99
No	70,48	66,31	69,76	66,48	71,93	73,33
	$t=0,085$	$t=2,448$	$t=-0,733$	$t=0,569$	$t=-0,405$	$t=-0,139$
	$p=0,932$	$p=0,015$	$p=0,464$	$p=0,569$	$p=0,686$	$p=0,889$
Vasodilatador Directo						
Sí	40,62	37,50	71,87	59,37	21,87	87,50
No	70,64	67,32	69,60	66,63	71,98	73,22
	$t=-1,848$	$t=-1,994$	$t=0,271$	$t=-0,800$	$t=-2,940$	$t=1,182$
	$p=0,065$	$p=0,047$	$p=0,786$	$p=0,424$	$p=0,003$	$p=0,238$
Diuréticos						
Sí	70,61	66,47	69,63	66,97	71,47	74,19
No	70,42	67,88	69,59	66,26	72,04	72,44
	$t=-1,210$	$t=-0,498$	$t=0,405$	$t=-0,567$	$t=-0,593$	$t=-0,707$
	$p=0,227$	$p=0,618$	$p=0,685$	$p=0,571$	$p=0,554$	$p=0,480$

(continúa...)

Tabla 2 - continuación

Medicación	Funcionamiento de los sentidos	Autonomía	Activ. pas, pres, futuras	Participación social	Muerte y morir	Intimidad
Inhibidor Adrenérgico Central + Beta Bloqueante						
Sí	70,96	66,94	69,72	66,85	72,48	73,63
No	68,04	68,66	69,01	65,23	67,78	71,39
	$t=-0,984$	$t=-0,631$	$t=0,463$	$t=0,987$	$t=1,507$	$t=1,020$
	$p=0,326$	$p=0,528$	$p=0,644$	$p=0,324$	$p=0,133$	$p=0,308$
BRA II						
Sí	75,53	67,23	68,92	67,94	71,96	76,52
No	69,62	67,19	69,73	66,37	71,73	72,72
	$t=1,990$	$t=0,013$	$t=-0,525$	$t=0,949$	$t=0,074$	$t=1,723$
	$p=0,047$	$p=0,462$	$p=0,600$	$p=0,343$	$p=0,941$	$p=0,086$
Inhibidor Adrenérgico						
Sí	65,52	65,30	68,75	65,30	69,18	71,12
No	70,85	67,33	69,67	66,69	71,94	73,43
	$t=0,047$	$t=0,594$	$t=-0,254$	$t=1,110$	$t=-0,088$	$t=-0,719$
	$p=0,962$	$p=0,553$	$p=0,800$	$p=0,268$	$p=0,930$	$p=0,473$

Discusión

El predominio del sexo femenino ha sido identificado en otros estudios desarrollados en Brasil. En investigación de la VIGITEL, la HAS representó el 64,7% entre ancianas⁽²⁾. En otra investigación entre adultos y ancianos con HAS de una comunidad rural del nordeste de Minas Gerais también predominó el sexo femenino (51,6%)⁽¹⁴⁾.

Referente al rango de edad, se observó similitud en una investigación con ancianos de la zona rural de Taquarituba-SP, con predominio de 60-70 años (57,7%)⁽¹⁵⁾. Cabe el monitoreo de estos ancianos en la atención primaria, con objeto de prevenir, evitando el comprometimiento funcional en edades más avanzadas.

Respecto al estado conyugal, estos hallazgos están de acuerdo con un estudio llevado a cabo entre ancianos de la zona rural de Taquarituba-SP, de los cuales el 53,8% refirió estar casado o vivir con pareja fija⁽¹⁵⁾. En este contexto, se destaca la visita domiciliaria, que representa un momento privilegiado para investigar el potencial de la pareja en la colaboración con el tratamiento de la HAS, debido a la mayor posibilidad de identificar, *in loco*, las relaciones establecidas por los miembros familiares.

La escolaridad se asemeja a los hallazgos en una investigación con adultos y ancianos con HAS de una comunidad rural en el nordeste de MG, en que el 39% refirió 1-4 años de estudio⁽¹⁴⁾. Las mayores dificultades para controlar la PA se relacionan a menor escolaridad⁽⁴⁻¹⁶⁾.

Respecto a la renta, resultado divergente fue encontrado en un estudio desarrollado con ancianos de la zona rural de Taquarituba-SP, en el que el 36,5% refirió renta entre uno y dos salarios mínimos⁽¹⁵⁾. La renta baja

puede comprometer el tratamiento del anciano con HAS, especialmente respecto a la dieta alimentaria y al uso de medicamentos, cuando no ofrecidos por el sistema público de salud. Además, la realización de exámenes médicos, necesarios para el acompañamiento y control de la HAS, también es dificultada debido a la localización de estos servicios en el área urbana.

Se destaca que los profesionales de salud, en colaboración con la comunidad, necesitan adoptar estrategias para el enfrentamiento de estos retos de menor nivel socioeconómico, según la disponibilidad de recursos de cada localidad y del servicio de salud.

Para el arreglo de morada, resultado superior (52,8%) fue encontrado en una investigación desarrollada en Campinas-SP entre ancianos urbanos con HAS⁽¹⁶⁾. La pareja puede ser involucrada con vistas a mayor adhesión al tratamiento del anciano con HAS en el caso de una relación favorable, y caso no sea, se puede intentar sensibilizar las parejas para la colaboración, para alcanzar mejor condición de salud para ambos.

Un estudio en un centro de salud, con predominancia de los ancianos, verificó que un grupo descubrió sufrir de HAS por procurar atención médica con relato de señales y síntomas (dolor de cabeza, dolor en la nuca, tontura, amortecimiento del brazo), y otro grupo durante la tamizaje en los servicios de salud⁽¹⁷⁾.

En un estudio internacional conducido en Australia con adultos y ancianos de la zona rural, se observó que la mayoría de las ancianas (77%) verificó la PA, en promedio una vez al año⁽¹⁸⁾. Algunos factores pueden dificultar la verificación de la PA, tales como la gran distancia entre determinadas haciendas y los servicios de salud y el

acceso escaso a transportes. Por otro lado, es posible que el anciano no considere relevante el acompañamiento de los niveles de presión, considerando que la HAS a veces es asintomática.

En el estudio de la zona urbana de Presidente Venceslau-SP, Brasil, porcentaje superior al 50% refirió ya haber abandonado el tratamiento de medicamentos, indicando como principales motivos para la interrupción: efectos colaterales, no sentían nada y creían estar curados. Tales hallazgos indican que la influencia en adherir al tratamiento de la HAS estuvo relacionada a la comprensión del anciano respecto al proceso de salud enfermedad⁽¹⁹⁾.

La literatura evidencia que el consumo de sal sigue mucho mayor entre las personas con HAS que lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud⁽³⁾. Eso no dispensa el incentivo a la reducción del consumo de sal y productos industrializados con alto tenor de sodio, destacando la importancia de modificar ese hábito para el control de la PA.

Respecto a la CV, en un estudio entre ancianos del medio rural, se observó que la QV fue considerada satisfactoria, lo que puede estar relacionada a su mejor adaptación al envejecimiento⁽²⁰⁾. La satisfacción con la salud puede estar relacionada a la atención de salud recibida por los ancianos, considerando la cobertura de la Estrategia Salud de la Familia.

El mayor score en el dominio relaciones sociales puede estar asociado al mayor vínculo afectivo con vecinos, amigos y familia, resultante de la estabilidad de la población anciano en el contexto rural⁽²⁰⁾. Las relaciones sociales de los ancianos influyen de manera positiva en la salud mental y psicológica⁽²¹⁾, lo que favorece la comprensión sobre la enfermedad y su enfrentamiento, contribuyendo con la adhesión al tratamiento.

El dominio medio ambiente analiza, entre otros factores, los recursos financieros, la disponibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales y transporte⁽¹²⁾, que pueden estar dificultados en esta región impactando negativamente la CV.

En un estudio desarrollado en una comunidad pesquera de Santa Catarina, se verificó que los ancianos con enfermedades crónicas se sienten más preocupados debido a las dificultades de acceso a otros recursos de salud y el agravamiento de los problemas de salud, lo que supuestamente influencia la CV⁽²¹⁾. Además, se evidencia que ancianos residentes en la zona rural viven mayor pobreza, con casas más precarias, aislamiento social, acceso limitado al medio de transporte y distancia de los centros de salud⁽¹⁾.

La faceta intimidad, entonces, evalúa la capacidad en mantener las relaciones personales e íntimas⁽¹³⁾.

El tratamiento de la HAS demanda cambios en el comportamiento en salud, entre ellos la alimentación y la práctica de actividades físicas. En esta perspectiva, los datos de la presente investigación indican buenas relaciones personales, evidenciando la posibilidad de trabajar con los familiares, especialmente las parejas, considerando que la mayoría es casada, significando que son co-responsables en el cuidado a la salud de los ancianos.

La faceta participación social evalúa la participación en actividades de la comunidad⁽¹³⁾. En una investigación, se verificó que los ancianos con menor escolaridad y renta viven mayores dificultades de acceso a oportunidades de ocio y diversión, lo que puede influenciar sus condiciones de salud⁽¹⁵⁾. La zona rural posee pocas posibilidades de actividades sociales en comparación con el área urbana. El hecho de que la mayoría de los ancianos en esta investigación recibe renta mensual de un salario mínimo puede dificultar las actividades en la comunidad y el acceso a transporte para otras localidades, lo que limita la participación social y compromete la CV.

En un estudio desarrollado en una comunidad pesquera con ancianos, se observó que la CV está relacionada a la energía y al trabajo, o sea, a la capacidad física⁽²¹⁾. Se puede asociar tal hecho a la cronicidad de la HAS, que progresivamente acarrea lesiones de órganos-blancos, comprometiendo la CV de los ancianos.

El tratamiento medicamentoso tiene por objeto disminuir los eventos cardiovasculares, mediante el control de la PA y, consecuentemente, la menor morbilidad y mortalidad debida a la HAS⁽³⁾. La utilización de la monoterapia es basada en el mecanismo fisiopatológico del cliente y sus características personales, el número de morbilidades asociadas o no y condiciones económicas⁽³⁾. La utilización de la terapia medicamentosa puede ser comprendida por la particularidad de cada anciano, por la acción del anti-hipertensivo y por la disponibilidad del medicamento por el servicio público de salud.

El equipo multiprofesional se debe atender al control de la PA, mediante la verificación del control de la HAS sin la utilización de medicamentos y la adopción de cambios en los hábitos de vida, además de sensibilizar esos ancianos sobre los riesgos que la HAS puede causar cuando no tratada. En una investigación de revisión sobre la aproximación multiprofesional en el control de la HAS entre ancianos, se destacó que el enfermero establece una relación de confianza, que abarca aspectos socioeconómicos, físicos y psicológicos⁽²²⁾.

Referente a los medicamentos utilizados, el vasodilatador directo actúa sobre la musculatura de la pared vascular, que relaja con vasodilatación y reduce

la resistencia periférica. Como consecuencia, puede promover la retención hídrica y taquicardia refleja⁽³⁾. Tales reacciones adversas asociadas a la dependencia de medicamentos pueden interferir en el dominio psicológico que evalúa la auto estima, el imagen corporal, sentimientos positivos y negativos⁽¹²⁾.

Respecto al IECA, pueden mostrar como reacciones adversas alteraciones en el paladar⁽³⁾, lo que influye en el funcionamiento de los sentidos.

Los bloqueantes de los canales de calcio son eficaces en el tratamiento de la HAS y disminuyen la incidencia de accidente vascular encefálico (AVE), aunque muestren algunas reacciones adversas, tales como cefalea y tontura⁽³⁾. El mayor *score* de CV en la faceta autonomía puede estar relacionado a la elección de la medicación para el tratamiento de la HAS, lo que puede promover mayor capacidad de decisión de este anciano sobre su tratamiento. Así, el criterio para la adopción de la terapia medicamentosa por el médico debe involucrar las características individuales y la adaptación al medicamento.

Debido a la vasodilatación, ese medicamento puede causar taquicardia refleja y retención hídrica⁽³⁾, lo que puede influir en la comparación de la CV entre los grupos que utilizan ese medicamento. Además de las reacciones adversas que causan incomodidad, el uso de otros medicamentos asociados puede influir en la CV. En una investigación de revisión sobre HAS con ancianos, se evidenció como limitador en el tratamiento antihipertensivo la polifarmacia, frecuentemente encontrado entre los ancianos⁽²²⁾.

Respecto a los BRA II, estos bloquean los receptores AT1, impidiendo los efectos de la angiotensina II, muy utilizados en los clientes con alto riesgo cardiovascular y comorbilidades, mostrando menor intolerancia y pocas reacciones adversas⁽³⁾. El mayor *score* en la faceta funcionamiento de los sentidos puede estar asociado a la mejor adaptación a la medicación por estos ancianos, debido a menores reacciones adversas del BRA II.

Los resultados de la presente investigación muestran el desconocimiento del anciano sobre su enfermedad, lo que impone la necesidad de implementar acciones educativas que tratan de la HAS. Se evidencia la relevancia del papel educativo del enfermero en la comprensión del proceso salud-enfermedad por los ancianos con HAS. Por otro parte, el enfermero debe proponer estrategias que ayudan al anciano a recordarse de tomar el medicamento, tales como colocarlo siempre en el mismo lugar o incluso buscar la contribución de algún familiar. También se debe trabajar la memoria reciente del anciano, mediante juegos y lecturas, de manera a favorecer su independencia en el cuidado de salud. Se subraya además la necesidad de

acciones como las consultas de enfermería, las visitas domiciliarias y las actividades de educación en salud, intentando sensibilizar a los ancianos acerca de la prevención de complicaciones de la HAS y comorbilidades. Otros factores son la utilización diaria de los medicamentos y sus efectos colaterales y las consecuencias sobre los órganos-blancos que la HAS puede causar a largo plazo.

Es oportuno destacar que el enfermero debe establecer vínculo con el anciano y su familiar para que juntos desarrollen estrategias para mejorar la adhesión al tratamiento de la HAS, también incentivando la autonomía del anciano. Se debe destacar las ventajas de la adhesión al tratamiento, además de la verificación mensual de la PA, la disminución del consumo de sodio y la práctica de actividad física. Tales estrategias pueden ser incentivadas individual y colectivamente, involucrando familiares y mediante la valorización del espacio rural. Cuando verifica los medicamentos utilizados por los ancianos, el enfermero puede informar sobre las principales reacciones adversas que interfieren en la CV, de manera a minimizar su impacto en el cotidiano del anciano. Para tal, cabe una observación respecto al dinamismo y la autonomía de los ancianos, visando a un tratamiento mejor y consecuentemente mejor CV. Además, es relevante para los cuidados de enfermería, tras la prescripción del medicamento antihipertensivo, esclarecer el mecanismo de funcionamiento de los medicamentos y acompañar la adaptación del anciano.

Conclusiones

Ante esos datos, son necesarias acciones dirigidas a los ancianos con HAS de la zona rural, destinadas a contribuir a la mejora de cuestiones relacionadas a la HAS y a incentivar las consultas y la participación de esos ancianos en las unidades de salud, con objeto de promover mejor CV de esa población. Los profesionales del área de la salud, principalmente los enfermeros, necesitan conocimientos científicos para ayudar en la proposición del tratamiento. Se debe conocer los principales beneficios y maleficios que la medicación acarrea en los ancianos, además de las cuestiones relacionadas a la adaptación y al impacto causado sobre la CV.

Referencias

1. Morais EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(2):374-83.
2. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações em Saúde. População residente – Brasil. [Internet]; 2009

- [acesso 19 maio 2011]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010;95(1 supl 1):1-51.
 4. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. Acta Paul Enferm. 2005;18(3):269-75.
 5. The Whoqol Group. The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization. Soc Sci Med. 1995;41:1403-9.
 6. Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: Percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2001;9(3):51-7.
 7. Brito DMS, Araujo TL, Galvano MTG, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. Cad Saúde Pública. 2008;24(4):933-40.
 8. Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. Eastern Mediterranean Health J. 2005;11(1/2):109-8.
 9. Aires M, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(1):11-7.
 10. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr. 1994;52(1):1-7.
 11. Rodrigues RMC. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. Rev Panam Salud Publica. 2008;23(2):109-15.
 12. Fleck MPA, Louzada SXM, Xavier M, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública. 2000;34(2):178-83.
 13. Fleck MPA, Chamovich E, Trentini CM. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module / Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. Rev Saúde Pública. 2006;40(5):785-91.
 14. Pimenta AM, Kac Gilberto, Gazzinelli A, Oliveira RC, Melendez GV. Associação entre obesidade central, triglicérides e hipertensão arterial em uma área rural do Brasil. Arq Bras Cardiol. 2008;90(6):419-25.
 15. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características de apoio social oferecido a idosos de área rural assistido pelo PSF. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(3):753-64.
 16. Zaitune MPA, Barros MBA, Cesar 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.
 17. Pinotti S, Mantovani MF, Giacomozzi LM. Perception on arterial hypertension and quality of life: Contribution to nursing care. Cogitare Enferm. 2008;13(4):526-34.
 18. Janus ED, Bunker SJ, Kilkinen A, Namara KMc, Philpot B, Tirimacco R, et al. Prevalence, detection and drug treatment of hypertension in a rural Australian population: the Great Green Triangle Risk Factor Study 2004-2006. Intern Med J. 2008;38:879-86.
 19. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(1):62-70.
 20. Martins CR, Alburquerque FJB, Gouveia CNNA, Rodrigues CFF, Neves MTS. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. Estud Interdiscip Envelhec. 2007;11:135-54.
 21. Meirelles BHS, Arruda C, Simon E, Vieira FMA, Cortezi MDV, Natividade MSL. Condições associadas com à qualidade de vida dos idosos com doenças crônicas. Cogitare Enferm. 2010;15(3):433-40.
 22. Lyra DP Júnior, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006;14(3):435-41.

Recibido: 2.2.2012

Aceptado: 11.1.2013

Como citar este artículo:

Tavares DMS, Paiva MM, Dias FA, Diniz MA, Martins NPF. Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural: importancia del papel del enfermero. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2013 [acceso: / /];21(2):[08 pantallas]. Disponible en:

URL

día / mes abreviado con punto / año