

Intervención para controlar a pacientes hipertensos en la UBS Nueva Vista. Estado Bahía. Brasil. Enero 2014-Enero 2015

Intervention to control hypertensive patients in the UBS Nueva Vista. Bahia State. Brazil. 2015

Msc. Dr. Pedro Bello Oliva¹, Msc. Dra. Maria del Carmen Hernández Rivero²

1 Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente

2 Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Master en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar

RESUMEN

La hipertensión arterial sistémica se comporta como un importante problema de salud pública en Brasil y en el mundo. Las estimaciones indican que su prevalencia es ascendente y su impacto en las poblaciones será aun más dañino en los próximos años. El estudio tiene por objetivo elaborar un plan de intervención para mejorar el control y adherencia al tratamiento de portadores de hipertensión arterial en la unidad básica de salud Nueva Vista. Para ello se realizaron tres etapas: etapa 1: diagnóstico; etapa 2: intervención y etapa 3: evaluación. Después de la realización de diagnóstico situacional, se verificó que la principal causa de morbilidad de nuestra población era la hipertensión arterial. Así, se propuso el proyecto de intervención, para mejorar el control, adherencia al tratamiento y calidad de vida de nuestros pacientes hipertensos. Para ello, se realizaron conferencias periódicamente en la unidad de salud, involucrando al equipo de salud, se reorganizó la acogida de los pacientes, se incrementó el número de consultas y visitas domiciliarias con mejoras de su calidad y atención integral. La evaluación final del proyecto resultó, en un aumento de control de la presión arterial del 49.4% al inicio, al 85.9% al final.

Palabras clave: hipertensión, promoción de la salud, programa de salud de la familia

SUMMARY

Intervention to improve the control of hypertension in their patients UBS Nova Vista. Central The hypertension is considered as one important problem of public health in Brazil and the world. Estimates indicate that its prevalence is increasing and its impact in the populations will be still more harmful in the next years. The study aims to propose develop a plane intervention to improve a adherence and control treatment of hypertensive patients in primary care unit Nova Vista. To this was carried out three phases: step 1: diagnoses; phase 2: intervention; and phase 3: evaluation. After the completion of the diagnosis, it was found that the main cause of morbidity in our population was hypertension. Thus, a project was proposed intervention to improve control, adherence, treatment and quality of life of our patients. For this, a discussion were conducted periodically at the health unit, enveloping all team of the unit, was reorganized receiving patients, increased the number of consultations and home visits with improvements in quality and comprehensive care. The final evaluation of the project resulted in an increase in blood pressure control of 49.4% at baseline to 85.9% at the end.

Keywords: hypertension, health promotion, family health program

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refuerza la importancia del reconocimiento del carácter pandémico de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles ECNT y la necesidad de tomar acciones inmediatas para combatirlas. Además, han generado un elevado número de muertes prematuras, pérdida de calidad de vida con alto grado de limitación en las actividades de trabajo y de ocio, impactos económicos para las familias, comunidades y la sociedad en general, con aumento de la inequidad, desigualdad social y pobreza.¹ De acuerdo con el Ministerio de Salud, la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un problema grave de salud pública en Brasil, siendo uno de los más importantes

factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Los datos internacionales estiman que la enfermedad afecta a 50 millones de personas en Estados Unidos y mil millones de personas en el mundo. En Brasil, esta prevalencia alcanza el 22.7%, siendo mayor en mujeres (25.4%) que en hombres (19.5%), habiendo llegado a ser más común en aquellas entre los 18 y 24 años (5.9%) y a partir de los 55 años (50.0%).^{2, 3}

Debido a su naturaleza crónica, sus complicaciones y los medios utilizados para su control y tratamiento, además de costos intangibles (efectos colaterales, ansiedad, trastorno y pérdida de calidad de vida) es una enfermedad costosa para los pacientes, familiares y la sociedad.⁴

El territorio de Nueva Vista tiene 2.593 residentes y 749 familias registradas, uno de los principales indicadores de morbilidad identificados en el Análisis Situacional es la Hipertensión Arterial, datos del Sistema de Información en Atención Básica SIAB de la unidad muestran que 257 pacientes sufren de esa enfermedad, lo que representa una prevalencia del 12.9% en personas de 20 años y más.⁵

La prevalencia de HAS en nuestra comunidad está por debajo de los indicadores del país, nuestro foco principal debe ser dirigido al control de pacientes registrados y continuar la investigación de morbilidad oculta existente. Una de las formas de dimensionar y acompañar a estos pacientes es a través del *Hiperdia*, que no es nada más que un programa del Ministerio de la Salud con el objetivo de acompañar a pacientes hipertensos y diabéticos captados en las unidades ambulatorias del Sistema Único de la Salud. Escalonadamente se realiza el seguimiento del individuo, asegurando que el mismo reciba los medicamentos prescritos y orientaciones de los profesionales de la unidad básica, para la mejora de su calidad de vida.^{6, 7}

La hipertensión arterial sistémica representa un serio problema de salud pública, con una prevalencia que alcanza más del 30.0 % de la población adulta y más del 50.0 % de los ancianos en Brasil.⁴

Alrededor del 40.0 % de los pacientes hipertensos no pueden mantener niveles de presión arterial controlada.⁴ La mayor razón para el control inadecuado es la falta de adhesión al tratamiento, ya que un porcentaje considerable de medicamentos

prescritos por médicos y recomendaciones de cambio en los hábitos de alimentación no son aceptados por muchos pacientes. Es bajo el por ciento de los pacientes que siguen todas las orientaciones médicas, como los horarios para tomar los medicamentos y cambios en el estilo de vida.⁴

El Programa de *Hiperdia* desarrollado en la Unidad de Salud de Nueva Vista, tiene como objetivo el acompañamiento sistematizado de los pacientes hipertensos, buscando el manejo adecuado de la HAS. Las actividades previstas en el programa son: el registro de los pacientes, la distribución de medicamentos y la atención individual o en grupo bimensual. En este programa se incluyen pacientes adultos hipertensos de ambos sexos, la mayoría con edad superior a 50 años, de diferentes razas y las variadas creencias religiosas y situaciones conyugales. Los individuos de la muestra fueron agrupados por sexo y grupo de edad y las informaciones fueron obtenidas por medio de consulta a las historias clínicas de cada paciente y los informes mensuales de la unidad.⁸

En la educación y salud con el grupo se abordaron temas sobre la dieta, el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas y la práctica de la actividad física, el consumo de medicamentos y la asistencia a las consultas.⁹

Las actividades propuestas fueron adaptadas de acuerdo con el contexto de la población y características de la comunidad, respetando creencias, valores, limitaciones y deseos de los participantes. Tomando como base que el plan de cuidados sería usado durante el ciclo de las consultas, con el objetivo de informar y orientar a los hipertensos de una forma clara, objetiva e ilustrativa.¹⁰

Motivados por el gran número de pacientes registrados sin control de su enfermedad y la necesidad de realizar acciones para mejorar su atención y adherencia al tratamiento, elaboramos una propuesta de intervención, que pusimos en práctica para mejorar el proceso de atención del paciente hipertenso y el control de su enfermedad.

Objetivo General

Elaborar un plan de intervención para mejorar el control y adherencia al tratamiento de portadores de Hipertensión Arterial Sistémica en la unidad básica de salud Nueva Vista, Estado Bahía, Brasil.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativa, con el objetivo de mejorar el control y adherencia al tratamiento de portadores de hipertensión arterial del Puesto de Salud de la Familia (PSF) Nueva Vista, Municipio Central, en el período Enero 2014-Enero 2015. El universo de trabajo está formado por 257 pacientes hipertensos registrados en nuestra Unidad Básica de Salud Familiar (UBSF), y la muestra de 85 individuos hipertensos de ambos sexos, con edad igual o superior a 20 años, residentes en un poblado Mandacarú del área de salud de la UBSF Nueva Vista, del Municipio Central, Bahía, que hacen seguimiento en nuestra de la unidad, insertados en el Programa de Hipertensión.

Se utilizaron como método teórico: análisis-síntesis e inducción-deducción, y empíricos: análisis documental (historias clínicas individuales). Se creó una base de datos en Excel y la técnica estadística utilizada fue el porcentual simple.

Los criterios de inclusión seleccionados fueron: pacientes de ambos sexos; con edad igual o superior a 20 años, con diagnóstico médico de hipertensión arterial primaria desde hace más de un año; estar inscritos y acompañados en el programa de hipertensión de la unidad, vivir en el poblado de Mandacarú y estar conscientes y orientados.

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

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

Implantación, descripción y evaluación de la intervención

Se trata de un estudio de intervención educativa, desarrollado con 85 pacientes hipertensos de la UBSF Nova Vista, del Municipio Central. Las intervenciones se realizaron en doce meses, contemplando cinco encuentros con charlas de duración máxima de 30 minutos cada una. Los encuentros y conferencias ocurrieron durante las consultas médicas para estimular una mayor adhesión de los participantes al programa. Se resalta que todos los integrantes del estudio firmaron el término de Consentimiento Informado.

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

Primer encuentro

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

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

Segundo encuentro

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

Tercer encuentro

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

Cuarto encuentro

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

Quinto encuentro

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

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

Se estima que la presión arterial alta causa 7.5 millones de muertes, cerca del 12.8% de todas las muertes y este es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares.¹⁰ La prevalencia de presión alta es similar en todos los grupos sociales, pero es generalmente menor en la población de alta renta económica.¹¹

La hipertensión arterial integra el grupo de las ECNT, que representan el 72.0% de las causas de muertes en Brasil.¹ En 2010, la hipertensión arterial alcanzó al 23.3% de los brasileños y el exceso de peso acometió 48.1% de ellos.

RESULTADOS

El presente estudio contó con la participación de 85 pacientes, de los cuales el 47.0% eran ancianos y el 60.0% mujeres. El promedio de edad de la muestra fue 60.4 años, siendo esta superior entre los hombres (65.9) (Tabla No. 1).

Tabla No.1. Distribución de los pacientes según sexo y edad. Poblado Mandacarú, Unidad Básica de Salud. Nueva Vista. Central. Enero 2014-Enero 2015

Grupos Etarios	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	No. (n=34)	%	No. (n=51)	%	No. (n=85)	%
30-39 años	-	-	2	3,9	2	2,3
40-49 años	3	8,8	6	11,7	9	10,5
50-59 años	15	44,1	19	37,2	34	40,0
60 años y más	16	47,0	24	47,0	40	47,0
Total	34	40,0	51	60,0	85	100

Fuente: registro de pacientes

El promedio de consultas médicas se incrementó de un año al otro, lo que tuvo un comportamiento similar entre los pacientes hipertensos de la unidad de salud; este resultado se corresponde con el inicio del programa Más Médicos para Brasil, y nuestra ubicación en el mencionado puesto de salud. (Tabla No. 2).

Tabla No. 2. Consultas médicas a pacientes hipertensos, PSF Nueva Vista. Enero 2014-Enero 2015

Indicador	Enero 2014	Enero 2015
Promedio de consultas mensuales	145	315
Promedio de consultas mensuales a hipertensos	12	40
Consulta mensual por hipertenso	0.08	0.12

Fuente: registro de pacientes

Como se observa en las tablas tres y cuatro, se produce una disminución de pacientes sin control de la hipertensión, de un 49.4 % a inicios de la intervención, a un 14.1% en el corte final de la misma.

Tabla No. 3. Distribución de los pacientes de la muestra según sexo, grupo de edad y control de la Hipertensión al inicio del proyecto. Poblado Mandacarú, Unidad Básica de Salud Nueva Vista, Central. Enero 2014-Enero 2015

Grupos Etarios	Sexo Masculino			Sexo Femenino			Total		
	No. (n=34)	Sin control	%	No. (n=51)	Sin control	%	No. (n=85)	Sin control	%
30-39 años	-	-	-	2	1	50.0	2	1	50.0
40-49 años	3	2	66.6	6	3	50.0	9	5	55.5
50-59 años	15	9	60.0	19	10	52.6	34	19	55.8
60 años y más	16	7	43.7	24	10	41.6	40	17	42.5
Total	34	18	52.9	51	24	47.0	85	42	49.4

Fuente: registro de pacientes

Tabla No. 4. Distribución de los pacientes de la muestra según Sexo, grupo de edad y control de la Hipertensión al final del proyecto. Poblado Mandacarú, Unidad Básica de Salud Nueva Vista, Central. Enero 2014-Enero 2015

Grupos Etarios	Sexo Masculino			Sexo Femenino			Total		
	No. (n=34)	Sin control	%	No. (n=51)	Sin control	%	No. (n=85)	Sin control	%
30-39 años	-	-	-	2	-	-	2	-	-
40-49 años	3	-	-	6	1	16.6	9	1	11.1
50-59 años	15	2	13.3	19	3	15.7	34	5	14.7
60 años	16	3	18.7	24	3	12.5	40	6	15.0

y más

Total	34	5	14.7	51	7	13.7	85	12	14.1
--------------	----	---	------	----	---	------	----	----	------

Fuente: registro de pacientes

DISCUSIÓN

La prevalencia media de HAS auto-referidas en la población de más de 18 años, según la Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas por comunicación telefónica,¹ es del 22.7%, siendo mayor en mujeres (25.4%), que en hombres (19.5%). En estudios realizados en Sao Pablo Brasil¹², y Sinop, municipio de la Amazonía Legal en 2010,¹³ donde reportaron prevalencias superiores a 20.0 % en adultos, cifras muy superiores a la encontrada en nuestra comunidad, lo que nos lleva a pensar, que aún existe una cifra no despreciable de hipertensos no conocidos y nos convoca a redoblar el trabajo de pesquisa activa en la población.

En el presente estudio se identificó predominio de pacientes del sexo femenino. Este resultado coincide con el estudio del municipio de Amazonia Legal¹³ y con el de Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic¹⁴ también en Brasil. En todas las edades hay más mujeres que hombres, siendo la mayor diferencia en la edad entre 40 y 49 años. Los resultados de este estudio refuerzan la influencia del aumento de la edad, en el aumento de la prevalencia de hipertensión arterial, hecho que coincide con otras investigaciones.^{13, 14} El aumento de la prevalencia de hipertensión arterial con el avance de la edad puede ser explicado por una sucesión de eventos fisiopatológicos que se acumulan y ocurren con el proceso de envejecimiento.^{10, 15}

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

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

La media de los controles a los hipertensos se incrementa hasta 40 en cantidad mensual, y de 0.09 consultas por hipertenso en Enero de 2014 a 0.15 en Enero de 2015, se tuvo en cuenta que el Programa *Más Médicos* comienza en el mes de septiembre de 2013. Creemos que corresponde a la organización del trabajo y al mayor tiempo de la permanencia del médico en el PSF. En estudio realizado por Patricia Magnabosco y otros sobre la no adhesión al tratamiento medicamentoso de la hipertensión arterial sistémica en población urbana y rural; uno de los factores expuestos que perjudicaron el acceso al servicio de salud fue la falta de plazas (turnos) para recibir su atención,¹⁶ situación abolida en nuestra unidad de salud, a partir de la presencia del equipo completo y su trabajo diario.

Consideramos que el tiempo de intervención fue corto para evaluar cambios significativos en el estado nutricional, consumo de alcohol y tabaquismo de los pacientes estudiados; aun así, tuvimos en cuenta algunas modificaciones de estilo de vida y reducción aproximada de la presión arterial en las consultas con nuestros pacientes. Las reuniones mensuales con el equipo fueron sistematizadas, para evaluar el cumplimiento del cronograma de las actividades y los resultados del proyecto. La evaluación fue pactada en el cálculo del indicador, siendo considerada la meta de aumento del 10.0% de seguimiento de los pacientes estudiados cada mes, y el aumento del control de su enfermedad en el 5.0% de ellos.

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

Los medicamentos más utilizados por nuestros pacientes fueron: Hidroclorotiazida 74.2%, Enalapril 34.2%, y en menos cantidad: Losartan, Atenolol, Propranolol y Furosemida. Coincidiendo con estudios donde los diuréticos y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina figuran entre los más usados.¹⁵

Al inicio de la intervención, de los 85 pacientes (33.0% de hipertensos registrados en nuestra población), 42 de ellos, (49.4%) tenían su enfermedad sin control y en la última evaluación realizada en el mes de enero de 2015 sólo 12 pacientes (14.1%) no tienen control de su enfermedad, lo que representa un aumento del control de la hipertensión en un 36.7% de ellos y un 85.9% de control en el total del grupo estudiado.

De los 85 pacientes, sólo 3 (3.5%) tuvieron menos de 3 consultas por el equipo en este período. La mayor dificultad encontrada fue la ausencia de alguno de los medicamentos en la UBSF. En cuanto a las enfermedades concomitantes, fueron la Diabetes Mellitus 14.2% de la muestra, y Accidente Vascular Cerebral 5.7%, resultado que coincide con otras publicaciones.¹⁷

CONCLUSIONES

Se elaboró un plan de intervención para mejorar el control y adherencia al tratamiento de portadores de Hipertensión Arterial Sistémica del poblado de Mandacarú, en la unidad básica de salud Nueva Vista. El mismo incluyó la planificación y realización de actividades educativas de capacitación e incentivo a la adopción de hábitos saludables y medidas de control de la Hipertensión Arterial Sistémica en nuestros pacientes hipertensos. Se dio cumplimiento a las visitas al hogar en pacientes hipertensos que no fueron acompañados por el médico durante la atención en la consulta de *Hiperdía*, junto con otros profesionales del equipo de salud, para dar orientaciones sobre su enfermedad y control de la misma. Aumentó el número de consultas programadas a pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, e igualmente se redujo de manera manifiesta el número de pacientes sin control de su enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia de la Salud. Departamento de Análisis de Situación de Salud. Plan de acciones estratégicas para hacer frente a las enfermedades no transmisibles (ENT) en Brasil 2011-2022. [en línea]. Brasilia: Ministerio de Salud; 2011. [citado 9 marzo 2013]. Disponible en: <https://docplayer.es/11350284-Plan-de-acciones-estrategicas-para-el-enfrentamiento-de-las-enfermedades-no-transmisibles-ent-en-brasil-2011-2022.html>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde [en línea]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [citado 10 abril 2013] (Cadernos de Atenção Básica; No. 15). Disponible en: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab15>
3. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. Rev Panam Salud Publica [en línea]. 2010 [citado en 12 de marzo 2013]; 27(2):103-9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v27n2/103-109/pt/>
4. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2010 [citado 2018 Sep 26]; 95(1 Suppl 1): I-III. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=es.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011 Saúde suplementar vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. [en línea] Ríó de Janeiro: Ministério da Saúde; 2012 [citado en 8 noviembre 2010]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-35737>
6. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2007 Sep [citado 2018 Sep 26]; 89(3): e24-e79. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012&lng=es

7. Brasil. Ministerio da Saude. E-SUS Atencao Básica Portal de Saude [en línea]. Brasilia; 2011 [citado 20 de septiembre 2013]. Disponible en: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=download>
8. Siegel D, Lopez J, Meier J. Antihypertensive medical adherence en el departamento de los veteranos. Am J Med [en línea] 2007 [citado en 20 octubre 2014];120(1): 26-32. Disponible en: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(06\)00776-5/abstract](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(06)00776-5/abstract)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. [en línea]. Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.; 2006 [citado 9 de marzo 2013] Disponible en: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab12>
10. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks [en línea]. Geneva: WHO; 2009. [citado 9 de agosto 2011]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/
11. WHO 2011. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [en línea]. Ginebra: WHO; 2011 [citado 10 de agosto 2014]. Disponible en: www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
12. Mion Jr Décio, Pierin Angela MG, Bensenor Isabela M., Marin Júlio César M., Costa Karla Ryuko Abe, Henrique Luiz Fernando de Oliveira et al . Hipertensión arterial en la ciudad de São Paulo: prevalencia referida por contacto telefónico. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2010 July [cited 2016 Oct 30] ; 95(1): 99-106. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001100015&lng=en. Epub May 21, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000051>.
13. Martins Maria Silvia Amicucci Soares, Ferreira Márcia Gonçalves, Guimarães Lenir Vaz, Vianna Lucila Amaral Carneiro. Hipertensión arterial y estilo de vida en sinop, municipio de la Amazonía legal. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2010 May [cited 2016 Oct 30] ; 94(5): 639-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-

782X2010000500011&lng=en.

Epub Apr 23,

2010.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000028>.

14. Radovanovic Cremilde Aparecida Trindade, Santos Lucimary Afonso dos, Carvalho Maria Dalva de Barros, Marcon Sonia Silva. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2014 Ago [citado 2016 Out 3] ; 22(4): 547-553. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

[11692014000400547&lng=pt. http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3345.2450](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400547&lng=pt).

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico [en línea]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado 30 enero 2013] . Disponible en : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011.pdf

16. Magnabosco Patricia, Teraoka Eliana Cavalari, Oliveira Edward Meirelles de, Felipe Elisangela Aparecida, Freitas Dayana, Marchi-Alves Leila Maria. Análisis comparativa de la no adhesión al tratamiento medicamentoso de la hipertensión arterial sistémica en población urbana y rural. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 Feb [citado 2016 Out 30] ; 23(1): 20-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100020&lng=pt. http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2520](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100020&lng=pt).

17. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia en Salud. Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilancia de factores de riesgo y protección para enfermedades crónicas por encuesta telefónica [en línea]. Brasilia: Ministerio de Salud; 2011. [citado 20 de junio 2012]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf