

2013



**Lorena Merino
Garrido**

Directora del proyecto:
M^a Dolores Redín Areta
Profesora Titular de
Universidad. Dpto.
Ciencias de la Salud



[ESTUDIO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO.]

“Tomarse la tensión, no disminuye la tensión”

Departamento de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Saila

Avda. Barañain, s/n
Barañaingo Etorbidea z/g
31008 Pamplona - Iruña
Tel.: 948 16 6140
Fax: 948 27 0902
ciencias.salud@unavarra.es



MARÍA DOLORES REDÍN ARETA, profesora Titular de Universidad en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

HACE CONSTAR QUE: **Dña. Lorena Merino Garrido**, ha realizado bajo mi dirección el trabajo titulado **“Estudio sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo en un cupo del Centro de Salud de Arnedo”**.

El resultado del trabajo queda expuesto en el presente documento y, una vez revisado, doy mi conformidad para su presentación como **Trabajo fin de Máster**.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente certificado en Pamplona a diez de junio de dos mil trece.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom, is positioned above the name of the signatory.

Fdo.: María Dolores Redín Areta

La realización del presente trabajo final del Máster es fruto de las orientaciones, sugerencias y estímulo de la profesora M^a Dolores Redín, quien me ha conducido durante estos meses con paciencia y dedicación. ¡Muchas gracias!

Deseo también agradecer profundamente la oportunidad que me brindó el Centro de Salud de Arnedo, de poder realizar mi proyecto, y en especial a Jorge Mínguez, por su ayuda y apoyo.

ÍNDICE:

1. Resumen	1
2. Introducción.....	2
3. Objetivos.....	6
4. Análisis estratégico y matriz DAFO.....	7
5. Material y Método.....	9
6. Resultados	12
7. Propuesta de intervención	27
8. Cronograma.....	38
9. Bibliografía.....	39
ANEXOS.....	44
Anexo I: Cálculo de la muestra.....	45
Anexo II: Encuesta para verificar la adherencia al tratamiento antihipertensivo	46
Anexo III: Encuesta conocimientos sobre la HTA	49
Anexo IV: Contenidos educativos.....	51
Anexo V: Motores de búsqueda utilizados en la revisión bibliográfica.....	78
Anexo VI: Artículo para la revista TELESA.....	80
Anexo VII: Permisos.....	93

1. Resumen

Introducción: La hipertensión arterial se define como la presión sistólica mayor de 140mmHg, y presión diastólica igual o superior a 90mm Hg. En España, su prevalencia en adultos mayores de 18 años es de aproximadamente un 35%, afectando a unos 10 millones de sujetos adultos, y sólo entre el 3% y 34% de esa población controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo. La hipertensión arterial supone un problema presente y futuro de gran magnitud.

Objetivo. Estudiar el grado de cumplimiento terapéutico en un cupo de pacientes en programa de hipertensión arterial en el Centro de Salud de Arnedo. En base a los resultados plantear una propuesta de mejora.

Diseño. Estudio descriptivo y observacional.

Emplazamiento. Población hipertensa asignada a un médico y enfermero del Centro de Salud de Arnedo.

Muestra. Se estudia 126 pacientes, catalogados como hipertensos en programa.

Mediciones y resultados principales. La recogida de datos se realizó durante los meses de marzo, abril y mayo de 2013, a través de una encuesta diseñada con este fin (anexo I), para rellenar de forma anónima y voluntaria. La encuesta incorporó el test de Morisky-Green-Levin, validado para la valoración del grado de cumplimiento en población hipertensa, al que se añadieron una serie de preguntas. Se encontró un 52% de pacientes cumplidores frente al 48% de incumplidores.

Conclusiones. Primera.- Gran parte de los pacientes hipertensos no siguen adecuadamente el tratamiento antihipertensivo. Segunda.- Los pacientes hipertensos mayores de 65 años son menos adherentes del tratamiento, que los menores de dicha edad. Tercera.- El 97% de los pacientes confía en su equipo sanitario (UBA) cuando presenta alguna duda sobre la medicación.

Palabras clave. Hipertensión arterial/ Adherencia/ Tratamiento/Cuidados.

2. Introducción.

Al menos uno de cada seis adultos padece alguno de los trastornos crónicos más frecuentes: dolor de espalda lumbar, hipertensión arterial, artrosis, artritis o reumatismo, colesterol elevado y el dolor cervical crónico. La mayoría de los problemas observados son más frecuentes en mujeres.

La evolución de algunos de los principales trastornos crónicos y factores de riesgo muestra una tendencia ascendente: la hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes, todos ellos factores de riesgo cardiovascular. Desde 1993, la hipertensión ha pasado del 11,2% al 18,5%, la diabetes del 4,1% al 7,0% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,4% ¹.

Centrándonos en la hipertensión arterial (presión sistólica mayor de 140mmHg y presión diastólica igual o superior a 90mm Hg)², en España, la prevalencia en adultos mayores de 18 años es de aproximadamente un 35%, llega al 40% en edades medias, y alcanza el 68% en los mayores de 60 años, afectando a unos 10 millones de sujetos adultos³. Solamente se consigue controlar las cifras tensionales, con un tratamiento antihipertensivo, entre el 3% y 34% de esa población⁴. La hipertensión arterial produce siete millones de muertes al año en los países desarrollados. Numerosos estudios demuestran que la falta de control de la presión arterial conlleva⁵: mayor incidencia de hospitalización ó mortalidad, enfermedades cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, ictus), enfermedad renal y cerebral e insuficiencia cardiaca. Esto puede provocar una pérdida de calidad de vida, y gran incremento del volumen de los costes sanitarios y sociales.

Según datos publicados por la OMS (Organización Mundial de la Salud), la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados se sitúa en torno al 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aun menores. Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del

tratamiento⁶. Algunos estudios aseguran que el porcentaje de incumplimiento puede variar dependiendo del tipo de tratamiento y de la patología⁷. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico de base, es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que afecta especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas.

Se estima que en el año 2025 la prevalencia de la hipertensión habrá aumentado un 24% en los países desarrollados y hasta un 80% en los países en vía de desarrollo⁸.

En este contexto, planteo el Trabajo Fin de Máster, como una propuesta de mejora dirigida a los pacientes hipertensos, y familiares que ocupan el rol del cuidador, pertenecientes a un cupo del Centro de Salud de Arnedo (La Rioja).

Como aproximación a esta realidad en nuestro entorno, puede ser interesante hacer referencia a un estudio realizado en este mismo cupo de pacientes en el año 1993, por el Dr. Jorge Mínguez Arias, donde se valoró el grado de cumplimiento de la dieta hiposódica (baja en sal) en los pacientes que se encontraban en programa de hipertensión arterial. Se realizó un análisis genérico de orina de 24 horas a estos pacientes, para determinando la cantidad de cloruro sódico. El resultado obtenido fue que el 74% de los pacientes no eran cumplidores de la dieta hiposódica.³²

A fin de conocer la realidad en el momento actual, de la población diana, de forma previa a formular la propuesta de mejora, recogeré, mediante una encuesta de sencilla cumplimentación, los datos de adherencia al tratamiento antihipertensivo así como los problemas más relevantes que plantea el seguimiento del tratamiento en los seleccionados.

Las actividades desarrolladas en esta propuesta de mejora, pretenden fomentar el autocuidado de los pacientes hipertensos pertenecientes a un cupo del Centro de Salud de Arnedo (La Rioja). Se realizarán una serie de sesiones teórico-prácticas siguiendo las líneas del modelo Kaiser (empezando en la promoción de la salud). Kaiser Permanente es el mayor proveedor sanitario privado de los Estados Unidos. Fundado

en 1945 como una organización sin ánimo de lucro, opera como un subsistema sanitario que integra la función de aseguramiento y provisión de recursos.⁹

El Programa de Gestión de Enfermedades Crónicas es un programa específico de Kaiser Permanente que implica la segmentación de las personas con enfermedades crónicas en tres grupos con diferentes necesidades de atención sanitaria. Las necesidades de cada grupo se corresponden con cuatro niveles de atención (Promoción y Prevención, Soporte de la Autogestión, Gestión de la enfermedad y Gestión de Casos). A medida que el estado de salud del paciente varía (mejora o empeora), se puede cambiar al paciente de nivel. El objetivo en cada nivel es implementar intervenciones proactivas y planificadas para maximizar la salud y satisfacción del paciente y fomentar el uso racional de los recursos.¹⁰

La respuesta estratégica de Kaiser es un enfoque de mejora de salud poblacional, que trata de minimizar la utilización de recursos prestando servicios en el nivel de atención necesario e intentando producir un mayor rendimiento coste-efectivo. Como consecuencia de este enfoque, las barreras tradicionales entre niveles se difuminan y surge un modelo de atención integrada con soluciones innovadoras, donde se potencia al máximo la capacidad resolutoria en el nivel de Atención Primaria y comunitaria y se presta especial atención a la minimización de las hospitalizaciones.¹¹

En la siguiente imagen se representa el Modelo Kaiser



Fuente: Kaiser Permanente. Adaptado.

La propuesta de mejora que se plantea en este proyecto, se centra en el primer eslabón (Promoción y Prevención), de esta manera fomentaremos el autocuidado de nuestro cupo de pacientes hipertensos, e intentaremos reducir el riesgo de desarrollar complicaciones.

3. Objetivos.

Objetivo general: En un cupo de pacientes hipertensos del Centro de Salud de Arnedo, conocer el grado de cumplimiento terapéutico.

Objetivos específicos:

- Describir las características demográficas de la muestra, así como los datos referentes a otros diagnósticos y tratamientos que presentan.
- Valorar el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo.
- Plantear áreas de mejora.

4. Análisis estratégico y matriz DAFO:

En este apartado se define el análisis organizativo, con el fin de recoger aspectos positivos y negativos que puedan influir en la elaboración de la propuesta de mejora. Este análisis permite realizar una reflexión sobre aquellos aspectos que deben tenerse en consideración a la hora de elaborar una planificación estratégica con el objetivo de obtener una visión global de la situación real del Centro, permitiendo maximizar y aprovechar nuestras Oportunidades y Fortalezas, y minimizar o eliminar las Amenazas y Debilidades. Para realizar este análisis se utiliza la Matriz DAFO (Identificación de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), de esta manera extraeremos el diagnóstico que representa nuestro marco de estudio.

El análisis interno centra la reflexión en la propia realidad estructural, humana, y organizativa del Centro. Pretende extraer resultados a través del análisis de los puntos fuertes (Fortalezas) y débiles (Debilidades), para llegar a unas conclusiones generales que definan la situación interna y que sean relevantes para una futura propuesta de mejora de nuestro Centro de Salud.

En análisis externo identifican las fuerzas que inciden en la organización y el grado de amenaza y oportunidad que su existencia y evolución pueden tener en el futuro del Centro. Se pretende extraer conclusiones generales que definan la situación del entorno y que sean relevantes de cara a la reflexión sobre el futuro del mismo.^{12.}

a) Análisis de las causas del problema: Matriz DAFO

Debilidades (Análisis interno)	Amenazas (Análisis externo)
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Alto porcentaje de pacientes hipertensos pertenecientes al cupo (18%). ✚ Población con déficits de conocimientos. ✚ Edad media avanzada (71 años). ✚ Costumbres arraigadas. ✚ Pluripatología de la población diana, lo que dificulta la adherencia terapéutica. ✚ Falta de compromiso en los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Recortes presupuestarios. ✚ Falta de tiempo de los profesionales de atención primaria. Consultas limitadas. ✚ Cupo alto de pacientes (1450). ✚ No priorización de actividades informativas-educativas y preventivas por personal sanitario
Fortalezas (Análisis interno)	Oportunidades (Análisis externo).
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Confianza de los pacientes en su equipo asistencial. ✚ Receptivos a propuestas programadas por parte de su equipo sanitario. ✚ Acuden siempre a la cita programada. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Trabajo en equipo (Médico y Enfermero). ✚ Motivación del equipo asistencial. ✚ Equipo de trabajo fijo (poca rotación del personal). ✚ Personal con gran experiencia. ✚ Nuevas infraestructuras.

5. Material y Método

5.1- Tipo de estudio:

Para la realización del trabajo se diseñó un estudio descriptivo-observacional.

5.2- Población:

La población estará delimitada por los habitantes de Arnedo. Arnedo es un municipio de la comunidad de La Rioja que está compuesto por un total de 14558 personas¹³.

En el centro de Salud de Arnedo se atiende a una población de 17931 pacientes.¹⁴

La población asignada a nuestra Unidad Básica Asistencia (UBA), unidad compuesta por un médico y una enfermera, es de 1430 pacientes.

5.3- Muestra:

La muestra que utilizaremos corresponde a los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial, pertenecientes a un cupo de la zona 4 de Salud, del Centro de Arnedo (La Rioja). Mediante el listado de patologías por cupo de salud, se contabilizaron 253 pacientes incluidos en el programa de hipertensión. Se obtuvo un tamaño muestral de 126 pacientes (anexo I).

La recogida de datos se realizó durante los meses de marzo, abril y mayo de 2013, a través de una encuesta de elaboración propia (anexo II), para rellenar de forma anónima y voluntaria.

5.4- Variables:

- Se incorporaron como variables sociodemográficas la edad y sexo.
- Presencia de otros procesos patológicos y si llevaban medicación para ellos.

- Tratamiento que sigue el paciente además de la hipertensión: Total pastillas, consulta de dudas sobre la medicación, dificultad en la toma de la medicación.
- Tratamiento que sigue el paciente para la hipertensión: Total de pastillas para tratarla, Información clara, y tiempo que hace desde que le diagnosticaron la hipertensión.
- Test de Morisky-Green-Levin¹⁶. Este test es un método de medida del cumplimiento terapéutico validado, en español, para el estudio de la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Este test es un método de medida del cumplimiento terapéutico. El test de Morisky-Green-Levin consta de cuatro preguntas:
 - ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?
 - ¿Es descuidado con la hora que debe tomar la medicación?
 - Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
 - Si alguna vez la medicación le sienta mal ¿deja de tomarla?

En todos los casos se debe responder “SI” o “NO”. Se considera cumplidor a quien contesta de forma correcta a las cuatro preguntas realizadas, entremezcladas durante una conversación sobre su enfermedad de forma cordial.¹⁷

La encuesta se planteó a los pacientes según acudían a la consulta para un control rutinario.

5.5- Criterios de inclusión/exclusión:

i. Criterios de inclusión para participar en el estudio:

- Los pacientes debían estar recibiendo tratamiento antihipertensivo en el momento del estudio.
- Acudir a una revisión rutinaria a la consulta de enfermería.
- Pertenecer al cupo de pacientes previamente seleccionado.
- Confirmar de forma oral, la aceptación de participar en el estudio.

ii. Criterios de exclusión para participar en el estudio:

- Pacientes que rechazaban la opción de participar en el estudio.
- Pacientes que acuden a la consulta, diagnosticados de hipertensión, pero que actualmente no están tomando tratamiento farmacológico para ello.
- Pacientes que acuden a la consulta, pero no pertenecen al cupo de salud.

5.6- Metodología empleada para realizar el análisis de las encuestas

La información proporcionada por la encuesta fue codificada con los programas Microsoft Office Excel 2007 y SPSS 17.0.¹⁸

Se analizaron los parámetros descriptivos para las diferentes variables (como frecuencias y porcentajes).

Finalmente, se utilizó la prueba del “Chi-cuadrado” que permite comprobar el grado de independencia entre dos variables.

6. Resultados

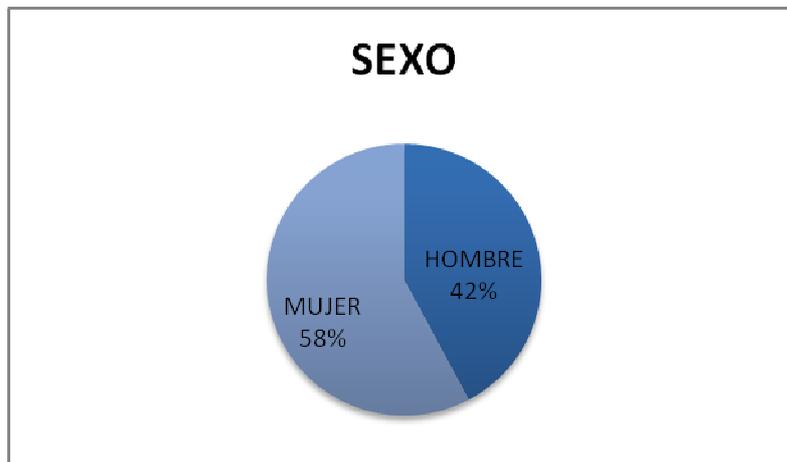
Características de los pacientes incluidos en el estudio.

La muestra de este estudio fue de 126 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial con tratamiento farmacológico, atendidos en un cupo del Centro de Salud de Arnedo (La Rioja) entre marzo, abril y mayo de 2013.

Características sociodemográficas de los pacientes.

- Sexo

Gráfico 1: Distribución de la población estudiada según sexo.



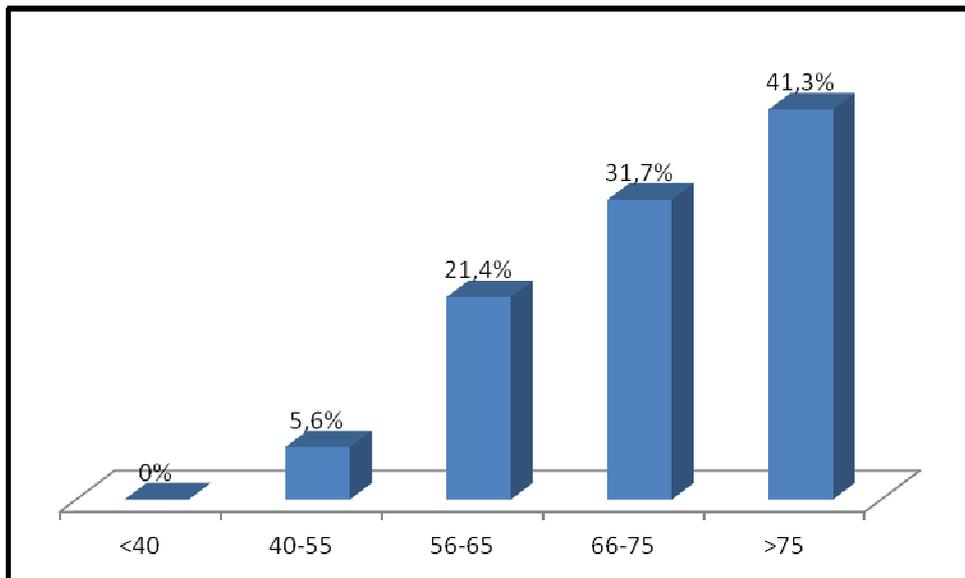
Elaboración propia con los resultados de las encuestas.

En el gráfico podemos observar que la mayor parte (58%) de la muestra estudiada eran mujeres, frente a un 42% de varones.

- Edad

La edad media de nuestra muestra fue de 71 años.

Gráfico 2: Distribución de la muestra estudiada por grupo de edad.

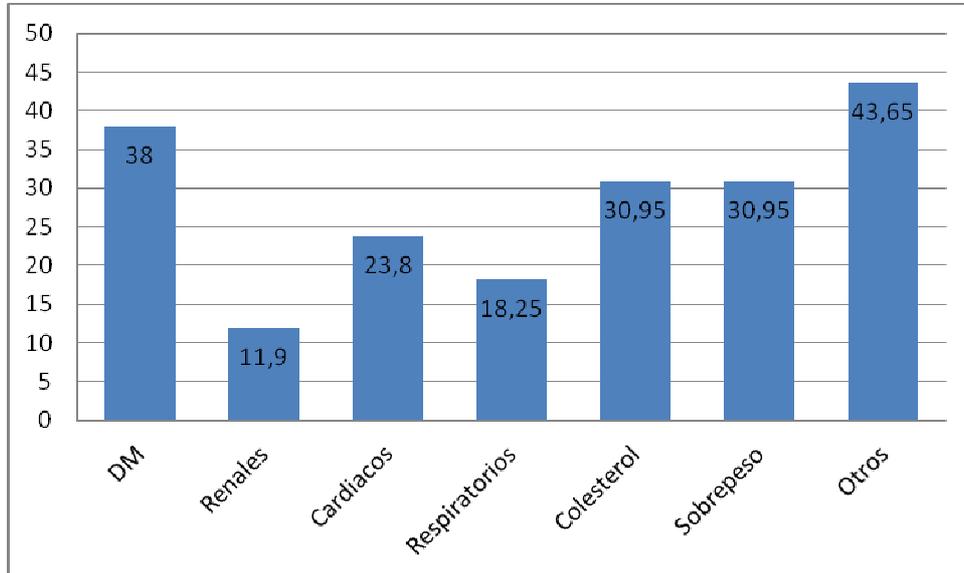


Elaboración propia con los resultados de las encuestas.

Según se puede observar en el gráfico, el 72 % de la población hipertensa es mayor de 65 años mientras que los menores de 56 años suponen, tan solo, el 5,6%, no existiendo ningún paciente menor de 40 años, a pesar de que va aumentando la prevalencia de hipertensión en edades cada vez más jóvenes.

Otros problemas de salud concomitantes

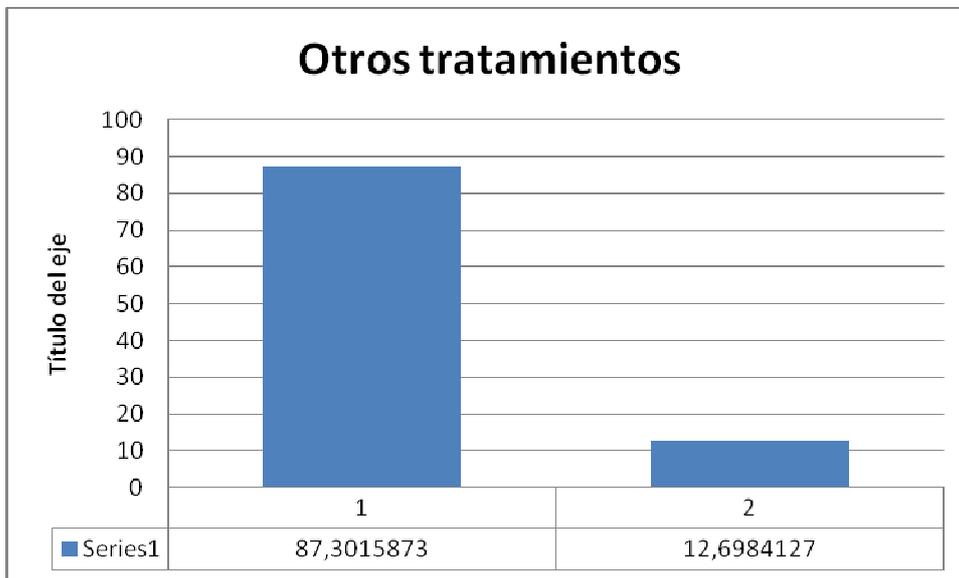
Gráfico 3: Otros problemas de salud, además de la hipertensión.



Elaboración propia con los resultados de las encuestas.

En relación al resto de patologías que presentaban los pacientes encuestados encontramos que un elevado porcentaje, 43,65%, estaba diagnosticado de, al menos, otro problema de salud, siendo el más frecuente (38%) la diabetes mellitus seguida de colesterol elevado y sobrepeso (30,95%), en tercer lugar se situaron los problemas cardíacos (23,8%) y con una frecuencia inferior, encontramos a las patologías renales (11,9%).

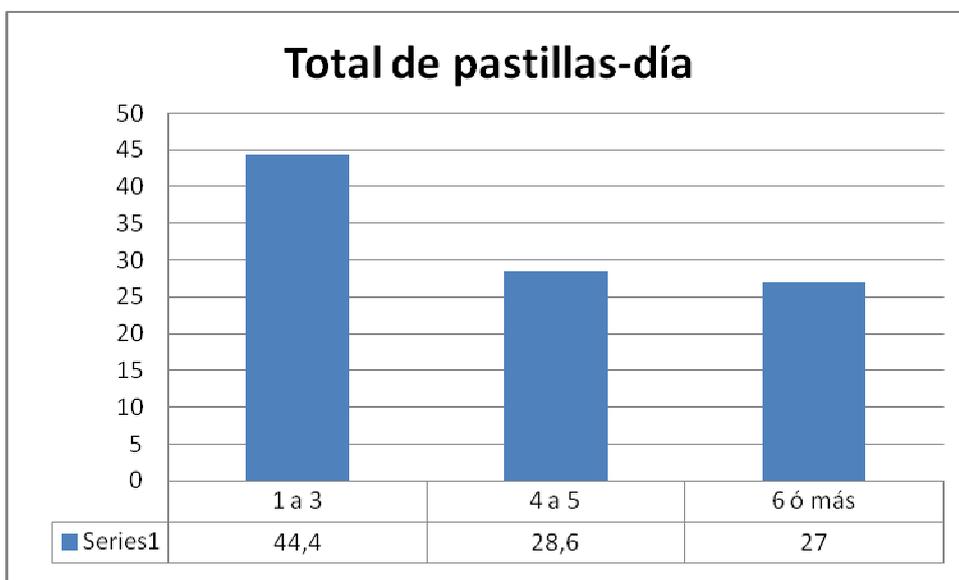
Gráfico 4: Toma de otros tratamientos.



Elaboración propia con los resultados de las encuestas.

El 87,3% de los pacientes encuestados, toman algún tratamiento por problemas de salud distintos a la hipertensión arterial, frente al 12,7% que sólo toma tratamiento para controlar su tensión arterial.

Gráfico 5: Total de pastillas día.

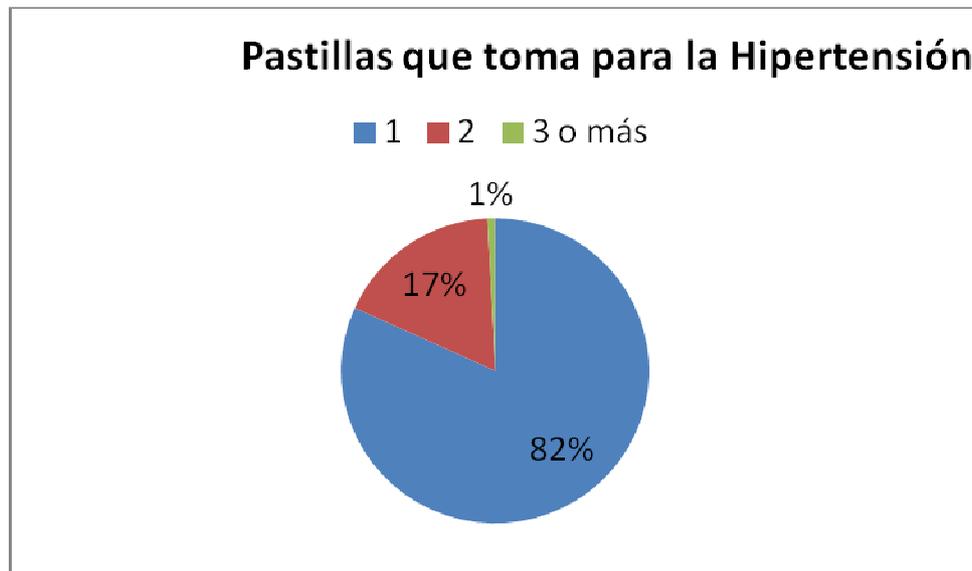


Elaboración propia con los resultados de las encuestas.

Coincidiendo con la edad media de los pacientes y con el número de ellos que afirma llevar algún tratamiento distinto; además del correspondiente a la hipertensión, podemos observar que el 55,6% de los pacientes toma más de 3 pastillas al día, destacando que el 27 % toma 6 ó más.

Tratamiento de la hipertensión

Gráfico 6: Número de Pastillas diarias para tratar la Hipertensión.



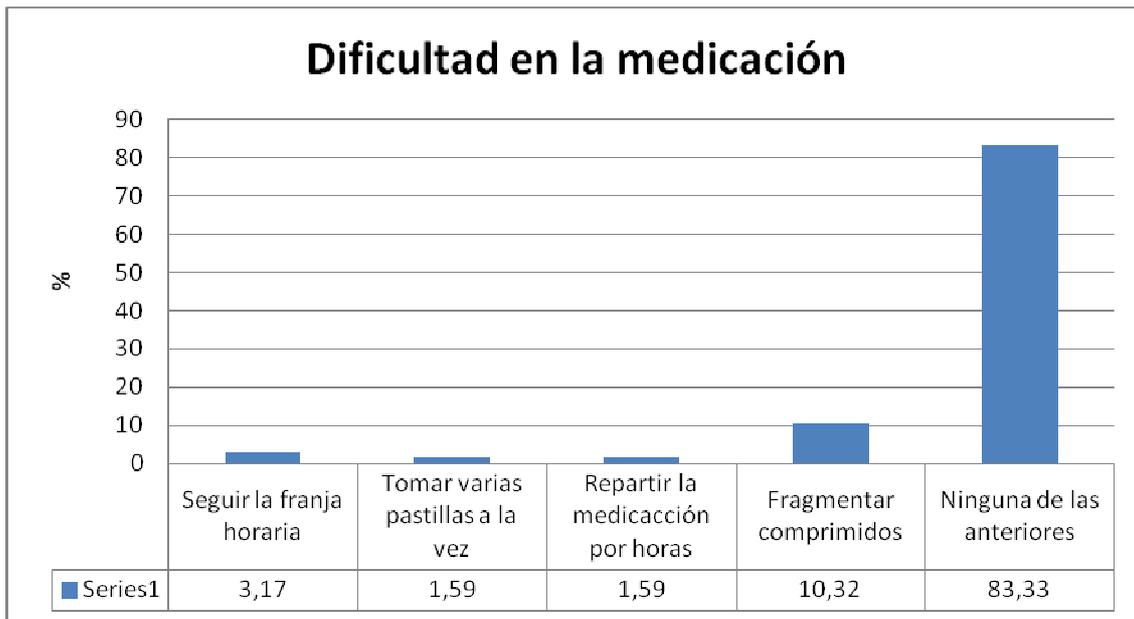
Elaboración propia con los resultados de las encuestas

Según se muestra en el gráfico, la mayor parte de los pacientes, 82%, toma una única pastilla para el control de la HTA. El 17% restante toma dos pastillas para controlar su tensión, frente a un 1% que toma 3 o más.

Dificultades para seguir el tratamiento

En relación a las dificultades que pueden encontrar a la hora de seguir correctamente la pauta señalada, hemos encontrado que:

Gráfico 7: Dificultad para seguir el tratamiento correctamente.

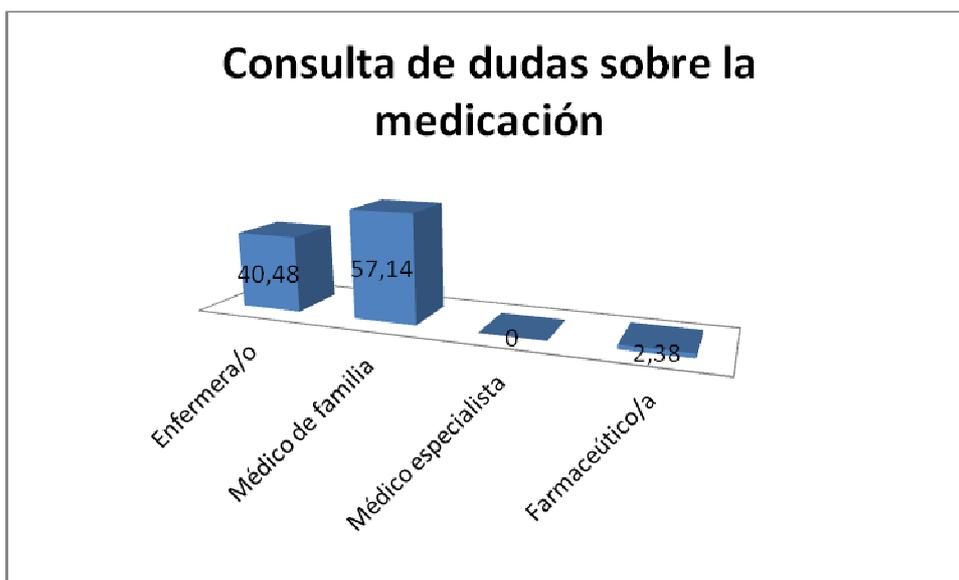


Elaboración propia con los resultados de las encuestas

La mayor parte de los pacientes (83,33%), afirman no tener ninguna dificultad en seguir el tratamiento tal como se les indicó. Únicamente el 16,67% encuentra algún tipo de dificultad para cumplir la pauta señalada, destacando que el 10,32% comentan dificultad para fragmentar los comprimidos, solamente el 1,59% afirma dificultad en tomar varias pastillas a la vez o realizar el reparto horario de las mismas.

Consulta de dudas sobre la medicación y calidad de la información recibida.

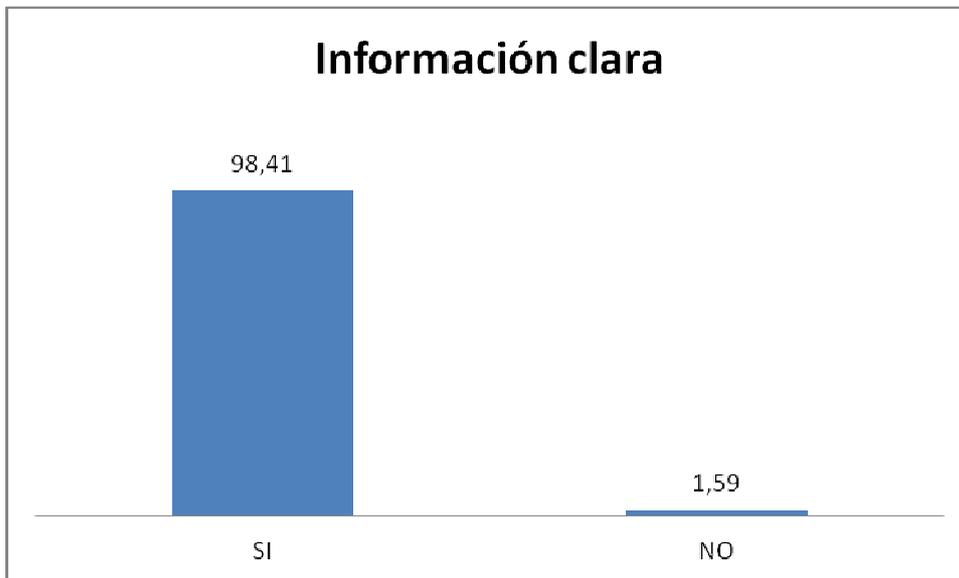
Gráfica 8: Consulta sobre las dudas de su medicación.



Elaboración propia con los resultados de las encuestas

Podemos ver que el 97% de los pacientes confía en su equipo sanitario (UBA) Únicamente el 2% de los encuestados confiesan consultar sus dudas al farmacéutico. Estos datos, sin duda, resultan muy interesantes para nuestra propuesta de mejora.

Gráfica 9: Calidad de la información

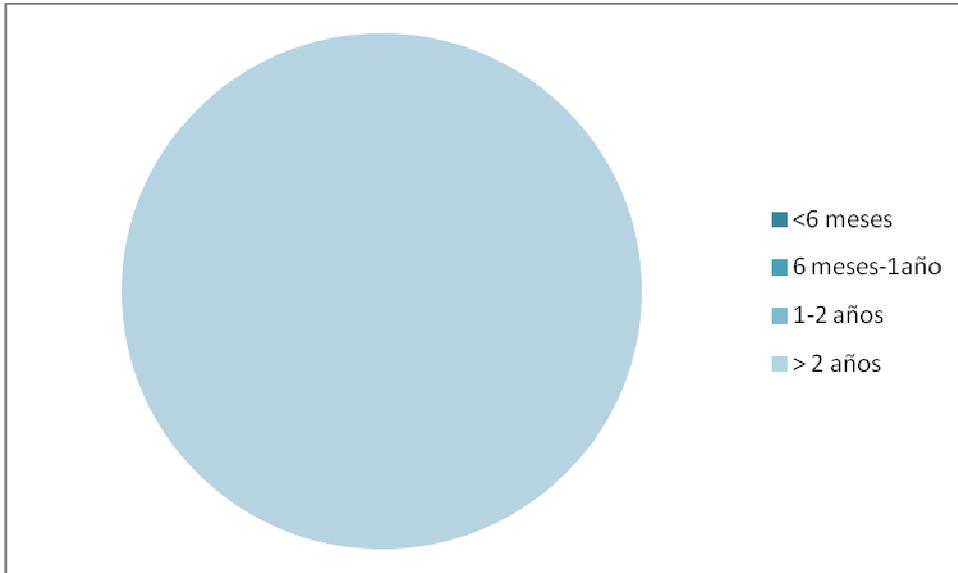


Elaboración propia con los resultados de las encuestas

Se preguntó a los encuestados, si consideraban que la información que habían recibido por parte de sus profesionales sanitarios sobre el tratamiento de su hipertensión había sido clara, el 98,41% de los pacientes contestaron afirmativamente, únicamente el 1,59% consideró que las indicaciones que le había recibido no fueron lo suficientemente claras.

Tiempo de toma de tratamiento.

Gráfico 10: ¿Cuánto tiempo hace que toma tratamiento para la tensión arterial?

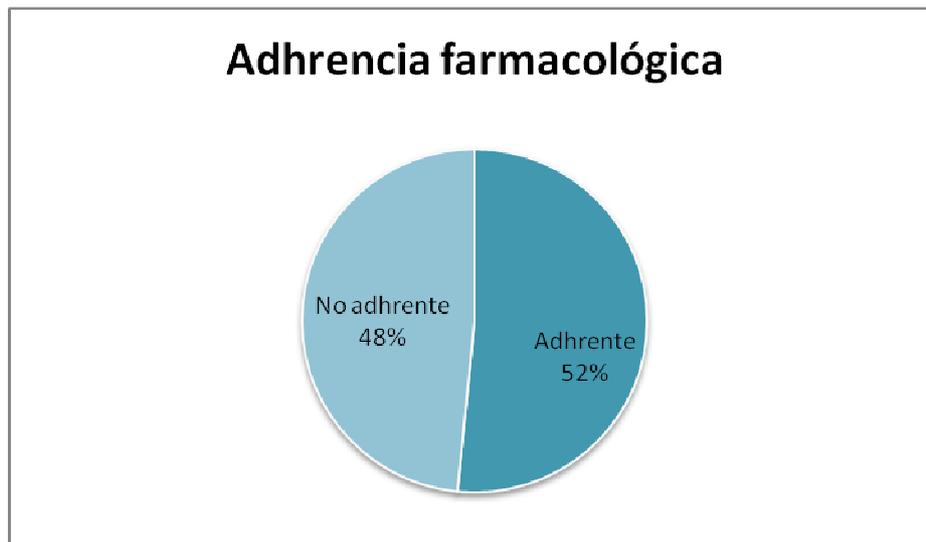


Elaboración propia con los resultados de las encuestas

En todos los casos los pacientes encuestados llevaban más de 2 años en tratamiento

Adherencia farmacológica.

Gráfico 11: Resultados del Test de Morisky-Green-Levine.

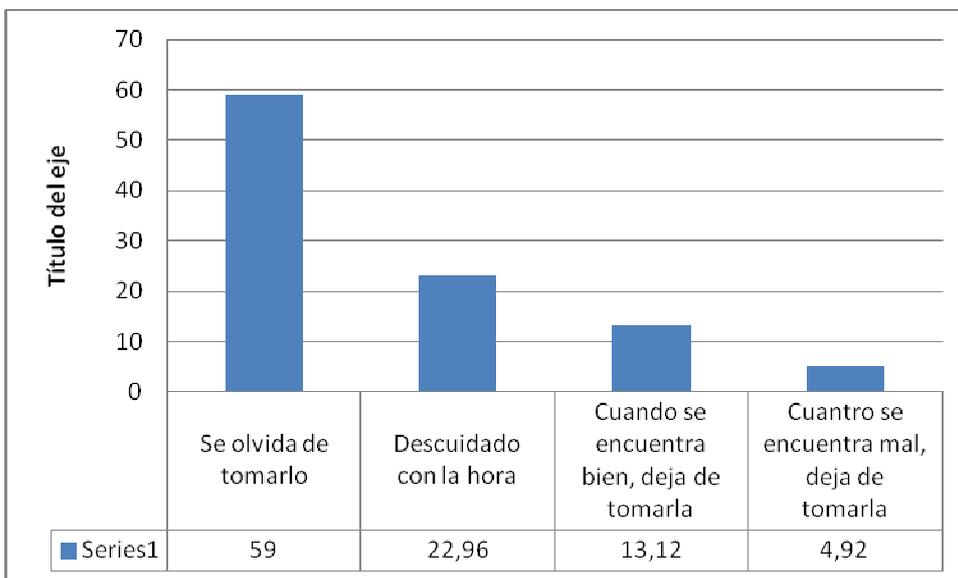


Elaboración propia con los resultados de las encuestas

En este gráfico se observa que el cumplimiento terapéutico en este cupo de hipertensos es alto (52%), frente a un incumplimiento del 48%.

Si nos referimos a los pacientes no cumplidores, en el análisis de las respuestas obtenidas a cada una de las preguntas del test de Morisky-Green-Levine, encontramos que el problema más frecuente (59%) es el olvido de la toma y un 22,96% son descuidados con la hora de la toma. Los pacientes son menos propensos a dejar de tomar la medicación cuando se encuentran bien (13,12%), o mal (4,92%).

Gráfico 12: Análisis de las respuestas del Test Morisky- Green-Levine.



Elaboración propia con los resultados de las encuestas

Relación entre distintas variables.

En los siguientes apartados, compararemos la adherencia con la edad, sexo y número de pastillas totales, para ver si existe algún tipo de relación entre ellas:

Relación género-adherencia

		Adherencia		Total
		SI	NO	
Género	Femenino	43	35	78
	Masculino	22	26	48
Total		65	61	126

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,028 ^a	1	,311		
Continuity Correction ^b	,689	1	,406		
Likelihood Ratio	1,029	1	,310		
Fisher's Exact Test				,361	,203
Linear-by-Linear Association	1,020	1	,313		
N of Valid Cases	126				

Tal y como se puede observar en la primera tabla, de las 78 mujeres que han participado en el estudio, 43 de ellas no son adherentes, mientras que 35 sí que lo son. En el caso de los hombres, 22 muestran adherencia mientras que 26 no.

Como p tiene un valor de 0,311 (superior a 0,05), la prueba chi-cuadrado no es significativa, y por lo tanto las variables género y adherencia son independientes, es decir; no existe relación entre ambas.

Relación edad-adherencia

		Adherencia		Total
		SI	NO	
Edad	40-55	5	2	7
	56-65	13	13	26
	66-75	22	19	41
	>75	25	27	52
Total		65	61	126

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,457 ^a	3	,692
Likelihood Ratio	1,498	3	,683
Linear-by-Linear Association	,665	1	,415
N of Valid Cases	126		

Los resultados indican que en la franja de edad 40-55 años hay una adherencia de 5 frente a 2 que no lo son. En el siguiente rango de edad (50-65) la tasa de adherencia y no adherentes se iguala al 50%, mientras que en personas comprendidas entre 66 y 75 años aumenta el número de adherentes (22) frente a los que no lo son (19). Finalmente, en el grupo de mayores de 75 años se invierten los resultados y los no adherentes superan ligeramente a los adherentes con valores de 27 frente a 25.

A simple vista no hay relación entre adherencia y edad, hipótesis que confirmamos a través del valor de p (superior a 0,05), por lo que estas variables son independientes una de la otra.

Relación toma de otros fármacos-adherencia

		Adherencia		Total
		SI	NO	
Pastillas.Totales	1 a 3	28	28	56
	4 a 5	21	15	36
	6 o más	16	18	34
Total		65	61	126

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,992 ^a	2	,609
Likelihood Ratio	,995	2	,608
Linear-by-Linear Association	,020	1	,889
N of Valid Cases	126		

Los pacientes que toman de 1 a 3 pastillas tienen un 50% de adherencia al tratamiento. En cambio, aquellos que toman de 4 a 5 pastillas muestran una mayor adherencia (21 frente a 15). Los resultados se invierte de nuevo en las personas que necesitan 6 pastillas o más, superando ligeramente el valor de los no adherentes (18) a los que sí los son (16).

La prueba de chi-cuadrado confirma con un valor de p superior a 0,05 que las variables adherencia y toma de otros fármacos son independientes una de la otra, y por lo tanto no hay relación.

7. Propuesta de intervención

La propuesta de mejora que se define a continuación tiene como finalidad el desarrollo de un programa de educación grupal a pacientes hipertensos, que permita minimizar el problema detectado en el Centro de Salud de Arnedo (48% de los pacientes no cumplen el tratamiento prescrito).

Basándonos en los resultados recogidos en la encuesta, podemos afirmar que de cara a la intervención que se propone, contamos, como característica destacable de la población, con una confianza muy importante en su equipo asistencial.

La propuesta de mejora que se propone se centra en dos aspectos importantes:

- Medidas de tipo organizativo:
 - i. Creación de una nueva pestaña dentro del programa informático Selene de Atención Primaria que ayudará al profesional sanitario a tener un control más cercano y constante de sus pacientes. El programa existente, cuenta con una pestaña titulada hipertensión arterial, pero únicamente se pueden registrar los datos asociados a las constantes vitales.
- Medidas de tipo educativo. Protocolo de educación grupal: Hipertensos.
 - i. Preparación de un taller de educación grupal con pacientes hipertensos pertenecientes al cupo, donde enseñaremos técnicas de mejorar de estilos de vida, y cumplimiento terapéutico.

7.1- Medidas de tipo organizativo:

El programa informático Selene, es el método de trabajo que los profesionales sanitarios utilizan en la comunidad de la Rioja desde hace varios años. Selene de Atención Primaria da respuesta a las solicitudes planteadas por médicos, enfermeras, fisioterapeutas, administrativos, matronas, trabajadoras sociales, etc. Desde que se implantó el programa en el año 2008, se ha mantenido un sistema constante de mejora, buscando la integración de los niveles asistenciales y la creación de la Historia Única de Salud.

Selene de Atención Primaria, cuenta con un subprograma de control al hipertenso. En esta pestaña que se titula "HTA", el enfermero responsable únicamente puede registrar las constantes vitales, y los parámetros antropométricos.

En este proyecto, se quiere plantear la elaboración de una nueva pestaña, con el título Control-HTA. Esta nueva pestaña además de permitir el registro de los parámetros anteriormente citados, dispondrá de una serie de recomendaciones higiénico-dietéticas que se entregaran al paciente recién diagnosticado de hipertensión arterial.

El objetivo de esta propuesta es fomentar el autocuidado del paciente hipertenso. De esta manera reduciríamos costes asociados a las consultas innecesarias y el riesgo de complicaciones.

La nueva pestaña estará compuesta por una serie de recomendaciones, que se descargarán en cada registro tensional (se marcará con una cruz la entrega, para no darlas varias veces), y el enfermero responsable deberá explicar al paciente, y ver que ha comprendido todo correctamente.

Se les entregará un tríptico a los pacientes, que contendrá el material más importante sobre su tensión arterial. Este tríptico corresponde al material elaborado en el taller grupal.

7.2- Medidas de tipo educativo. Protocolo de educación grupal: Hipertensos.

Población diana: Personas diagnosticadas de hipertensión arterial o familiar que ocupe el rol del cuidador de una persona diagnosticada de hipertensión arterial de un cupo de la zona básica de salud.

Objetivos educativos para los pacientes:

- Identificar las complicaciones de la Hipertensión Arterial (HTA).
- Enumerar los pilares fundamentales del tratamiento de la hipertensión arterial.
- Explicar los hábitos de vida saludables.

Contenidos educativos:

- Qué es la hipertensión.
- Cuidados en la persona hipertensa (pautas para seguir correctamente el tratamiento antihipertensivo).
- Cuidados higiénico-dietéticos.

Actividades:

- Sesión expositiva, con apoyo de material audiovisual en que se desarrollen los contenidos educativos.
- Tríptico que se entregará al finalizar el programa, donde recoja los puntos más importantes del mismo.

Sistema de evaluación:

- Encuesta de conocimientos pre y post intervención. (Anexo III).
- Control de seguimiento. (Control de firmas).

Indicadores:

- Índice de mejora de conocimientos: Nº personas que aumentan en conocimientos en la encuesta/ Nº personas incluidas en el grupo.
- Índice de asistencia: Nº de asistentes/ Nº de personas convocadas.
- A largo plazo, índice de mejora del control de la tensión arterial, pero no evaluable en este trabajo.

7.2.1-Las sesiones educativas (Sugerencias metodológicas generales).

Las pautas que deben seguir estas sesiones son las siguientes:

Como responsable de la realización de las sesiones educativas, se deberá favorecer el contacto y las relaciones interpersonales del grupo con el fin de reforzar los contenidos educativos de las sesiones y favorecer el soporte emocional individual. El programa irá dirigido a los 253 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial pertenecientes a nuestra UBA (Unidad Básica Asistencial). El programa estará formado por tres sesiones educativas, las cuales recogerán los contenidos más relevantes respecto a la hipertensión, las complicaciones, la adherencia farmacológica y los cuidados higiénico-dietéticos.

Cada sesión educativa se estructura de forma teórico-práctica, de manera que se garantice la exposición de los contenidos educativos, y se realizarán una serie de actividades para afianzar conocimientos. Ambos bloques estarán integrados, con el fin de fijar en la práctica, todo lo explicado en la teórica.

Desde el principio, las sesiones deben motivar a la participación y aclaración dudas, tendiendo a dinamizar el grupo. En la exposición de los contenidos educativos deberán evitarse descripciones exhaustivas y medicalizadas, procurando centrarse en conceptos básicos y de fácil comprensión. Por ello, se deberá tener en cuenta las características socio-culturales, el lenguaje y la forma de expresión del grupo y adaptarse a ello. Debemos favorecer la participación de los componentes, permitir la interrupción de las sesiones (contándonos sus propias experiencias y conocimientos), y respetar el papel que como docente puede adquirir cualquier miembro.

Las sesiones educativas que se estructuran en este programa, prevén una duración de dos horas aproximadamente y a una sesión por semana. Cada grupo estará formado por cuarenta personas aproximadamente, de esta manera se favorecerá el contacto con los miembros del equipo y el educador. Cada equipo adaptará su duración a las necesidades del grupo discente¹⁹.

Una vez finalizado el programa, se les entregará un tríptico que recoja los aspectos más importantes del mismo.

Los conocimientos que deben saber explicar el paciente hipertenso y su familiar al finalizar el programa educativo, están basados en el autocuidado de su salud:

- 1) El programa de control del hipertenso: citas, controles, educación para la salud en la consulta.
- 2) Qué es la hipertensión, sus consecuencias, complicaciones, relación con otras patologías (diabetes, obesidad...).
- 3) Manejo de la toma de fármacos (horario, tomas, controles), importancia de cumplir correctamente las indicaciones del personal a este respecto los efectos adversos e identificar situaciones de urgencias.
- 4) Reconocer los alimentos a incluir y excluir en su dieta, realizar dietas saludables.
- 5) Relación existente entre factores: sobrepeso, dieta, ejercicio, medicación y relajación.

El programa está formado por los siguientes contenidos:

Sesión 1: ¿Qué es la hipertensión arterial? Signos, síntomas y tratamiento de la Hipertensión arterial.

Sesión 2: Cuidados higiénico-dietéticos: La alimentación saludable para el hipertenso, ejercicio físico y relajación.

Sesión 3: La importancia de la adherencia farmacológica. Métodos de ayuda para no olvidar tomar sus pastillas.

Sesión 1: ¿Qué es la hipertensión arterial? Signos, síntomas y complicaciones de la Hipertensión arterial.

1.- *Resumen de la sesión:* Se explicarán los síntomas de la Hipertensión, de menor a mayor importancia, es decir, desde no notarse nada, hasta la crisis hipertensiva. Se les enseñará a autoobservarse y las medidas que deben tomar en las situaciones de emergencia. Se les enseñará el método correcto de automedida de la presión arterial en su domicilio. Se expondrán las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial mal controlada, y se realizarán actividades para afianzar conocimientos.

2.- *Objetivo:* Aumentar el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial del paciente y de los familiares que ocupan el rol del cuidador.

3.- *Contenidos: (Anexo IV).*

- 3.1.- Qué es la H.T.A, cómo se produce y cuáles son sus manifestaciones.
- 3.2.- Las complicaciones de una H.T.A. no controlada.
- 3.3.- Situaciones que hacen variar la T.A.

4.- *Metodología:*

4.1.- Formar grupos de hipertensos y familiares (rol del cuidador):

- Cada grupo estará formado por cuarenta personas aproximadamente.
- Incluidos en el programa de hipertensión de un cupo del Centro de Salud de Arnedo.

4.2.- Los grupos serán lo más homogéneos posible, teniendo en cuenta los problemas personales, la edad, el nivel de educación y las motivaciones.

4.3- Duración de 120 minutos aproximadamente. Se ajustará en función de las necesidades del grupo.

4.4- La sesión estará estructurada de la siguiente manera:

- Entrega de test para evaluación de conocimientos sobre la materia.
- Información empleando material de apoyo (transparencias, diapositivas, videos...).
- Comentar los síntomas que hayan presentado
- Coloquio sobre el tema tratado y aclaración de dudas.
 - El grupo realizará preguntas que se anotarán en la pizarra con letra grande y clara para que se puedan seguirse fácilmente por los discentes y se aclaren entre todos. Si algún paciente responde a una duda de otro correctamente el docente se limitará a confirmar la respuesta.

4.5- Las sesiones se realizarán en el Salón de Actos del Centro de Salud de Arnedo. Se favorecerá la comunicación, participación y las relaciones interpersonales del grupo.

5.- *Evaluación de la sesión:*

5.1- Hoja de control de asistencia.

Sesión 2: Cuidados higiénico-dietéticos-la alimentación saludable para el hipertenso, ejercicio físico y relajación.

1.- *Resumen de la sesión:* En esta sesión se explicará la importancia de una correcta dieta, realización de ejercicio y superación del estrés. Se aclararán dudas con respecto a la sesión anterior.

2.-*Objetivo:* Los pacientes y familiares que ocupen el rol del cuidador, deben conocer la importancia de los cuidados higiénico-dietéticos en el control de la hipertensión arterial.

3.- *Contenidos: (Anexo IV).*

3.1.- Los principales tratamientos no farmacológicos.

3.2.- Recomendaciones dietéticas.

3.3.- Ejercicio físico.

3.4.- Tríptico.

4.- *Metodología:*

4.1.- Formar grupos de hipertensos y familiares (rol del cuidador):

- Cada grupo estará formado por cuarenta pacientes aproximadamente.
- Incluidos en el programa de hipertensión de un cupo del Centro de Salud de Arnedo.

4.2.- Los grupos serán lo más homogéneos posible, teniendo en cuenta los problemas personales, la edad, el nivel de educación y las motivaciones.

4.3.- Duración de 120 minutos aproximadamente. El horario se ajustará en función de las necesidades del grupo.

4.4.- La sesión estará estructurada de la siguiente manera:

- Introducción general de la sesión anterior, para repasar conceptos y aclarar dudas.

- Información empleando material de apoyo (transparencias, diapositivas, videos...).
- Coloquio sobre el tema tratado y aclaración de dudas.
 - El grupo realizará preguntas que se anotarán en la pizarra con letra grande y clara para que se puedan seguirse fácilmente por los discentes y se aclaren entre todos. Si algún paciente responde a una duda de otro correctamente el docente se limitará a confirmar la respuesta.
- Entrega de recomendaciones que les ayude a seguir el tratamiento no farmacológico correctamente.

4.5- Las sesiones se realizarán en el Salón de Actos del Centro de Salud de Arnedo. Se favorecerá la comunicación, participación y las relaciones interpersonales del grupo.

5.- Evaluación de la sesión:

5.1- Hoja de control de asistencia.

Sesión 3: La importancia de la adherencia farmacológica. Métodos de ayuda para no olvidar tomar sus pastillas.

1.- *Resumen de la sesión:* Se explicarán los principales tratamientos existentes para tratar la hipertensión arterial, con los efectos adversos que pueden producirse. Se realizarán actividades didácticas que ayuden a mejorar la adherencia farmacológica.

Se hará entrega de un tríptico a los asistentes (resumen los conceptos más importantes de las sesiones). Al finalizar la sesión, se realizará el test pro-conocimientos, para valorar si estas sesiones han mejorado su conocimiento sobre el tema.

2.-*Objetivo:* Los pacientes y familiares que ocupen el rol del cuidador, deben manejar la toma de fármacos, conocer los tipos de medicación que existen para el control de la H.T.A. y su correcta cumplimentación.

3.- *Contenidos: (Anexo IV).*

3.1- Uso de fármacos. Tipos de medicamentos.

3.2.- Consejos prácticos para no olvidar tomar sus pastillas.

4.- *Metodología:*

4.1.- Formar grupos de hipertensos y familiares (rol del cuidador):

- Cada grupo estará formado por cuarenta personas aproximadamente
- Incluidos en el programa de hipertensión de un cupo del Centro de Salud de Arnedo.

4.2.- Los grupos serán lo más homogéneos posible, teniendo en cuenta los problemas personales, la edad, el nivel de educación y las motivaciones.

4.3- Duración de 120 minutos aproximadamente. El horario se ajustará en función de las necesidades del grupo.

4.4- La sesión estará estructurada de la siguiente manera:

- Introducción general de las sesiones anteriores, para repasar conceptos y aclarar dudas.
- Información empleando material de apoyo (transparencias, diapositivas, videos...).
- Coloquio sobre el tema tratado y aclaración de dudas.
 - El grupo realizará preguntas que se anotarán en la pizarra con letra grande y clara para que se puedan seguirse fácilmente por los discentes y se aclaren entre todos. Si algún paciente responde a una duda de otro correctamente el docente se limitará a confirmar la respuesta
- Entrega de recomendaciones que les ayude a seguir el tratamiento correctamente.
- Calendario mensual diseñado con el fin de que el paciente anote las pastillas que le tocan por día y hora, y de esta manera no olvide su toma.
- Entrega de tríptico.
- Realización de test pro-conocimientos.

4.5- Las sesiones se realizarán en el Salón de Actos del Centro de Salud de Arnedo. Se favorecerá la comunicación, participación y las relaciones interpersonales del grupo.

5.- Evaluación de la sesión:

5.1- Hoja de control de asistencia.

8. Cronograma.

En este apartado se expone la estructura de trabajo que se ha seguido para realizar este proyecto.



9. Bibliografía.

1. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Consultado el 23 de Mayo de 2013
Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>.
2. Hypertension. Consulta: 25 de enero de 2013. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006973>
3. Banegas JR; Rodríguez Artalejo F. El problema de la hipertensión arterial en España.
Rev Clin Esp. 2002; 202:12-5.
4. Joint National Committee VI. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med 1997; 157: 2413-2446.
5. Banegas JR; Jovell Ab et al. Hipertensión arterial y política de salud en España.
Publicado en Med Clin (Barc). 2009; 132:222-9. - Vol.132 núm 06
6. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2004. Página 13. Consulta: el 15 de enero de 2013. Disponible en
<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>.
7. INFAC. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Volumen 19. Nº1. 2011. Consulta: 2 de febrero de 2013. Disponible en
<http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es> Intranet Osakidetza ·
<http://www.osakidetza.net>
8. Kearney PM; Whelton M; Reynolds K; Muntner P; Whelton PK; He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005; 365:217-223. Consultada: 3 de marzo de 2013. Disponible en:
<http://hyper.ahajournals.org/content/49/1/19.full.pdf>

9. Roberto Nuño S. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Red de Innovadores de la Organización Mundial de la Salud. Universidad del País Vasco. Rev Adm Sanit. 2007;5(2):283-92. Disponible en: <https://extranet.unavarra.es/sites/default/files/elsevier/pdf/261/DanaInfo=www.elsevier.es+261v5n2a13107524pdf001.pdf> Consultado: 22 de Mayo de 2013.
10. Nuño R. Estudio de Caso: Kaiser Permanente. Agosto 2012. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. Disponible en: <http://oberri.org/wp-content/uploads/2012/10/Kaiser-permanente.pdf>. Consultado: 23 de Mayo de 2013.
11. Nuño Solís R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Publicado en Rev Adm Sanit. 2007;5:283-92. - vol.5 núm 2. Disponible: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261/buenas-practicas-gestion-sanitaria-caso-kaiser-permanente-13107524-originales-2007>. Consultado: 20 de mayo de 2013.
12. Hospital de Górliz. Plan estratégico 2008-2011. Osakidetza. Consultado: 15 de abril de 2013. Disponible: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkhgor01/eu/contenidos/informacion/hgor_plan_estrategico/eu_hgor/adjuntos/2008-2011PlanEstrategikoa.pdf
13. INE (Instituto Nacional de Estadística). Estimaciones de la población actual en España: Población por fecha de referencia, comunidad autónoma, sexo y edad. Consultado: 2 de Mayo de 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/>
14. Registro Centro de Salud Puerta de Arnedo.
15. Pedro Morales Vallejo. Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? Universidad Pontificia Comillas. Madrid. Facultad de Humanidades (Última revisión, 13 de Diciembre, 2012). Consultado: 2 de Marzo de 2013. Disponible en <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oMuestra.pdf>
16. Roberto A. Ingaramo. Estudio Nacional sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Revista federación argentina de cardiología 2005; 34: 104-111

17. De la Plaza Velasco S. Nure investigation: Revista científica de enfermería. Consulta de expertos. 2006. Consultado: 20 de abril de 2013. Disponible:

http://www.fuden.es/consulta_experto_detalle.cfm?id_consulta=75&id_menu=151

18. Castañeda M^ªB; Cabrera F; Alberto et al. Procesamiento de datos y análisis estadístico utilizando SPSS: Un libro práctico para investigadores y administradores educativos. EDIPUCRS, 2010. Consultado: 4 de Mayo de 2013. Disponible en:

<http://www.pucrs.br/edipucrs/spss.pdf>

19. Guirao Goris J.A. Los cuidados cotidianos enfermeros en la hipertensión. III Congreso Estatal de la Asociación de Enfermería Comunitaria. 2000. La Rioja.

20. Giuseppe Mancia G; De Backer G; Dominiczak A. Guía 2007 para el manejo de la hipertensión arterial. Journal of Hypertension 2007, 25:1105-1187. Consultado: 1 de Mayo de 2013. Disponible: <http://www.seh-lelha.org/pdf/ESHESC2007.pdf>

21. Fernández Fresnedo G; Gómez Alamillo C; Ruiz San Millán JC; Arias Rodríguez M. Hipertensión Arterial. Medicine, ISSN 0304-5412, Serie 9, N^º. 82, 2007 (Ejemplar dedicado a: Enfermedades nefrourinarias (IV)), págs. 5255-5265. Consultado: 1 de Mayo de 2013. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2315385>

22. González Paradela C; Moliner de la Puente JR; Ríos Rey M^ª T; Domínguez Sardiña M; et al. Grupo HTA AGAMFEC. AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (AMPA).2007. Servicio Gallego de Salud. Volumen 14. Pág. 288-291. Consultado: 3 de Mayo de 2013. Disponible en:

[http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL14/PDF%20WEB%20N14_4/05_Habilidades e Terapeutica 3 V14N4.pdf](http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL14/PDF%20WEB%20N14_4/05_Habilidades_e_Terapeutica_3_V14N4.pdf) Consultado: 2 de mayo de 2013.

23. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la lucha de la Hipertensión arterial. Club del Hipertenso 2011. Consultado: 4 de abril de 2013.

Disponible: <http://www.clubdelhipertenso.es/index.php/hipertension-arterial>

24. D Fuchs F; C Fuchs S; B Moreira L et al. Prevention of hypertension in patients with pre-hypertension: protocol for the PREVER-prevention trial. *BioMed Central. Trials*. 2011; 12: 65. Published online 2011 March 5. Consultado: 15 de Mayo de 2013.

Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3059277/>

25. Vademecum Internacional. Consultado: 16 de Mayo de 2013. Disponible:

<http://www.vademecum.es/>

26. Pérez-Alonso J; Ballesteros-Álvaro A; González- Esteban M et al. ¿Qué intervenciones no farmacológicas son efectivas en el control de la HTA esencial en el adulto en Atención Primaria? *Evidentia*. 2012 enero-marzo; 9(37). Consultado el 24 de abril de 2013. Disponible: <http://www.index-f.com/evidentia/n37/ev7694.php>

27. Chobanian AV; Bakris GL; Black HR; Cushman WC; Green LA; Izzo JL Jr et al. National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure and National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003;289:2560-72.

28. *Guía de práctica clínica sobre hipertensión arterial. Osakitexta: Servicio Vasco de Salud*. Consultado: 3 de marzo de 2013. Disponible en:

http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/guias/hipertensionResumen.pdf

29. Feng J He; Jiafu Li; Graham A. *BMJ*2013;346:f1325. Consultado: 14 de mayo de 2013. Disponible en:

[https://extranet.unavarra.es/content/346/,DanaInfo=www.bmj.com+bmj.f1325?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+bmj%2Fneurology+\(Latest+Neurology+articles+from+the+BMJ\)](https://extranet.unavarra.es/content/346/,DanaInfo=www.bmj.com+bmj.f1325?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+bmj%2Fneurology+(Latest+Neurology+articles+from+the+BMJ)).

30. Plan de reducción del consumo de sal. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Estrategia Naús, come sano. 2009. Consultado: 14 de mayo de 2013. Disponible en:

[http://www.naos.aesan.msps.es/naos/ficheros/estrategia/Memoria Plan de reduccion del consumo de sal - Jornadas de debate.pdf](http://www.naos.aesan.msps.es/naos/ficheros/estrategia/Memoria_Plan_de_reduccion_del_consumo_de_sal_-_Jornadas_de_debate.pdf).

31. Salleras Sanmartín L. Educación Sanitaria, principios, métodos, aplicaciones. Ed. Díaz de Santos SA. Año 1990, Pág.151.

32. Mínguez Arias J. Grado de adhesión a la dieta hiposódica de los pacientes hipertensos de una unidad básica asistencial de Atención Primaria de un Centro de Salud. 1990. Arnedo (La Rioja).

ANEXOS

Anexo I: Cálculo de la muestra.

De estos 253 pacientes, se contabilizó la muestra necesaria para nuestro estudio, a través de la siguiente fórmula:¹⁵

$$n = \frac{N}{1 + \frac{e^2(N-1)}{z^2 * p * q}}$$

Donde:

n: es el número de la muestra a hallar

N: es el total de la muestra

e: error muestral. A través de la siguiente fórmula se sacó el erro:

$$e = 1/\sqrt{N} = 6,18\%.$$

Z: nivel de confianza. Un nivel de confianza del 95% (también lo expresamos así: $\alpha = .05$) corresponde a $z = 1.96$ sigmas o errores típicos; $z = 2$ (dos sigmas) corresponde a un 95.5% (aproximadamente, $\alpha = .045$).

Pq: Varianza de la población. Como la varianza de la población la desconocemos, ponemos la *varianza mayor posible* porque a mayor varianza hará falta una muestra mayor. La varianza es igual a pq y la varianza mayor (*la mayor diversidad de respuestas*) se da cuando $p = q = 50$ (la mitad de los sujetos responde *sí* y la otra mitad responde *no*) por lo que, pq es siempre igual a $(.50) \cdot (.50) = .25$ (es una constante).¹⁵

Anexo II: Encuesta para verificar la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Las siguientes preguntas tienen diferentes respuestas posibles y usted debe escoger únicamente aquella que le convenga más. Marque una sola respuesta a cada pregunta, a no ser que se le indique lo contrario.

1. Edad:

- Menor de 40 años
- 40-55 años
- 56-65 años.
- 66-75 años.
- Más de 75 años

2. Sexo:

- Hombre.
- Mujer.

3. Aparte de su hipertensión, ¿Presenta otros problemas de salud? Marque aquellos que su médico le ha diagnosticado:

- Sobrepeso
- Colesterol alto.
- Diabetes Mellitus.
- Problemas renales (Insuficiencia renal aguda, crónica, litiasis...).
- Problemas cardiacos (Infarto agudo de miocardio, Insuficiencia cardiaca aguda...).
- Problemas respiratorios (asma, bronquitis crónica, edema de pulmón...).
- Otros:

4. ¿Toma otros tratamientos?

- Sí.
- No.

5. ¿Cuántas pastillas toma en total al día?

- 1-3
- 4-5.
- 6 ó más.

6. ¿Qué le parece más difícil para seguir su tratamiento?

- Seguir la franja horaria.
- Tomar varias pastillas a la vez.
- Repartir la medicación por horas.
- Fragmentar comprimidos.
- Ninguna de las anteriores.

7. Cuando tiene alguna duda sobre su medicación, ¿a quién consulta, para que se la solucione?

- Su enfermero/a.
- Su médico/a de familia.
- Su médico especialista.
- Su farmacéutico.

En relación con su hipertensión arterial responda:

8. ¿Cuántas pastillas toma al día para su hipertensión?

- 1.
- 2.
- 3 o más.

9. ¿Cree que la información que ha recibido sobre el tratamiento de su tensión arterial ha sido suficientemente clara?

- Sí.
- No.

10. ¿ Cuánto tiempo hace que toma tratamiento para la tensión arterial?.

- Menos de 6 meses.
- Entre 6 meses -1 año.
- Entre 1-2años.
- Más de 2 años.

11. ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?

- Sí.
- No

12. ¿Es descuidado con la hora que debe tomar la medicación?

- Sí.
- No.

13. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?

- Sí.
- No.

14. Si alguna vez se sienta mal ¿deja de tomarla?

- Sí.
- No.

Gracias por su colaboración.

Anexo III: Encuesta conocimientos sobre la Hipertensión arterial.

A continuación ponga una cruz en la casilla que crea que es la correcta:

1. Las personas hipertensas que no se cuidan, viven más años.

€ Verdadero

€ Falso

€ No sé.

2. Las personas hipertensas no necesitan tomar la medicación todos los días.

€ Verdadero.

€ Falso.

€ No sé.

3. Pasear todos los días ayuda a controlar la tensión.

€ Verdadero.

€ Falso.

€ No sé.

4. El tabaco y el alcohol no influyen en la hipertensión.

€ Verdadero.

€ Falso.

€ No sé.

5. Las personas hipertensas deben comer todo tipo de fruta y verdura.

€ Verdadero.

€ Falso.

€ No sé.

6. Las personas hipertensas pueden comer con un poco de sal en las comidas.

€ Verdadero.

€ Falso.

€ No sé.

7. La única manera de que la tensión esté controlada es tomando pastillas.

€ Verdadero.

€ Falso.

€ No sé.

8. Cuando sube la tensión suele doler la cabeza y dar mareos.

€ Verdadero.

€ Falso.

€ No sé.

9. La dieta no es importante, para controlar la tensión arterial.

€ Verdadero.

€ Falso.

€ No sé.

10. Si la hipertensión no se controla podemos tener problemas en el riñón.

€ Verdadero.

€ Falso.

€ No sé.

Anexo IV: Contenidos educativos.

Sesión 1ª.

1.1- Qué es la H.T.A, cómo se produce y cuáles son sus manifestaciones.

- *¿Qué es la hipertensión arterial?*

La hipertensión arterial es la elevación persistente de la presión arterial por encima de los valores establecidos como normales por consenso. Se ha fijado en 140 mm Hg para la sistólica o máxima y 90 mm Hg para la diastólica o mínima.²⁰

Uno de sus mayores peligros es que se trata de un mal silencioso, ya que usted puede permanecer sin síntomas mucho tiempo, lo que hace que la enfermedad pase desapercibida hasta que casualmente o debido a sus complicaciones se descubren cifras altas de tensión arterial. Por ello es conveniente vigilar la presión arterial aunque no haya indicios de enfermedad.

Alrededor del 90 al 95 por ciento de todos los casos de presión arterial alta constituyen lo que se denomina hipertensión primaria o esencial. Esto significa que se desconoce la verdadera causa de la presión arterial alta, pero existen diversos factores relacionados con la enfermedad. El riesgo de sufrir de hipertensión es mayor si la persona:

- Tiene antecedentes familiares de hipertensión.
- Es afroamericana. Los afroamericanos tienen una mayor incidencia de hipertensión arterial que los blancos, y la enfermedad suele aparecer a menor edad y ser más grave.
- Es hombre. En las mujeres el riesgo es mayor después de los 55 años.
- Tiene más de 60 años. Los vasos sanguíneos se debilitan con los años y pierden su elasticidad.
- Se enfrenta a niveles altos de estrés.

- Sufre de sobrepeso u obesidad.
- Usa productos de tabaco. El cigarrillo daña los vasos sanguíneos.
- Usa anticonceptivos orales. Las mujeres que fuman y usan anticonceptivos orales aumentan considerablemente su riesgo.
- Lleva una alimentación alta en grasas saturadas.
- Lleva una alimentación alta en sodio (sal).
- Bebe más de una cantidad moderada de alcohol. Según los expertos, el consumo moderado es un promedio de una o dos bebidas por día para los hombres y de una bebida por día para las mujeres. Una bebida se define como 1,5 onzas líquidas (44 ml) de bebidas de una graduación alcohólica de 40° (80 proof) (p. ej. whisky americano o escocés, vodka, ginebra, etc.), 1 onza líquida (30 ml) de bebidas de una graduación alcohólica de 50° (100 proof), 4 onzas líquidas (118 ml) de vino o 12 onzas líquidas (355 ml) de cerveza.
- No realiza ningún tipo de ejercicio físico.
- Es diabética.

Los investigadores también han descubierto un gen que parece estar vinculado a la hipertensión. El hecho de tener el gen no significa que una persona o sus hijos definitivamente sufrirán de presión arterial alta. Pero significa que tendrán una mayor probabilidad de padecerla, por lo cual es importante que se controlen la presión arterial con regularidad.

El 5 a 10 por ciento restante de los pacientes con presión arterial alta sufren de lo que se denomina hipertensión secundaria. Esto significa que la presión arterial alta es causada por otra enfermedad o afección. Muchos casos de hipertensión secundaria son ocasionados por trastornos renales. Los siguientes son otros factores que pueden causar hipertensión secundaria:

- Alteraciones de las glándulas paratiroides.
- Acromegalia, que es cuando la glándula pituitaria produce un exceso de hormona del crecimiento.

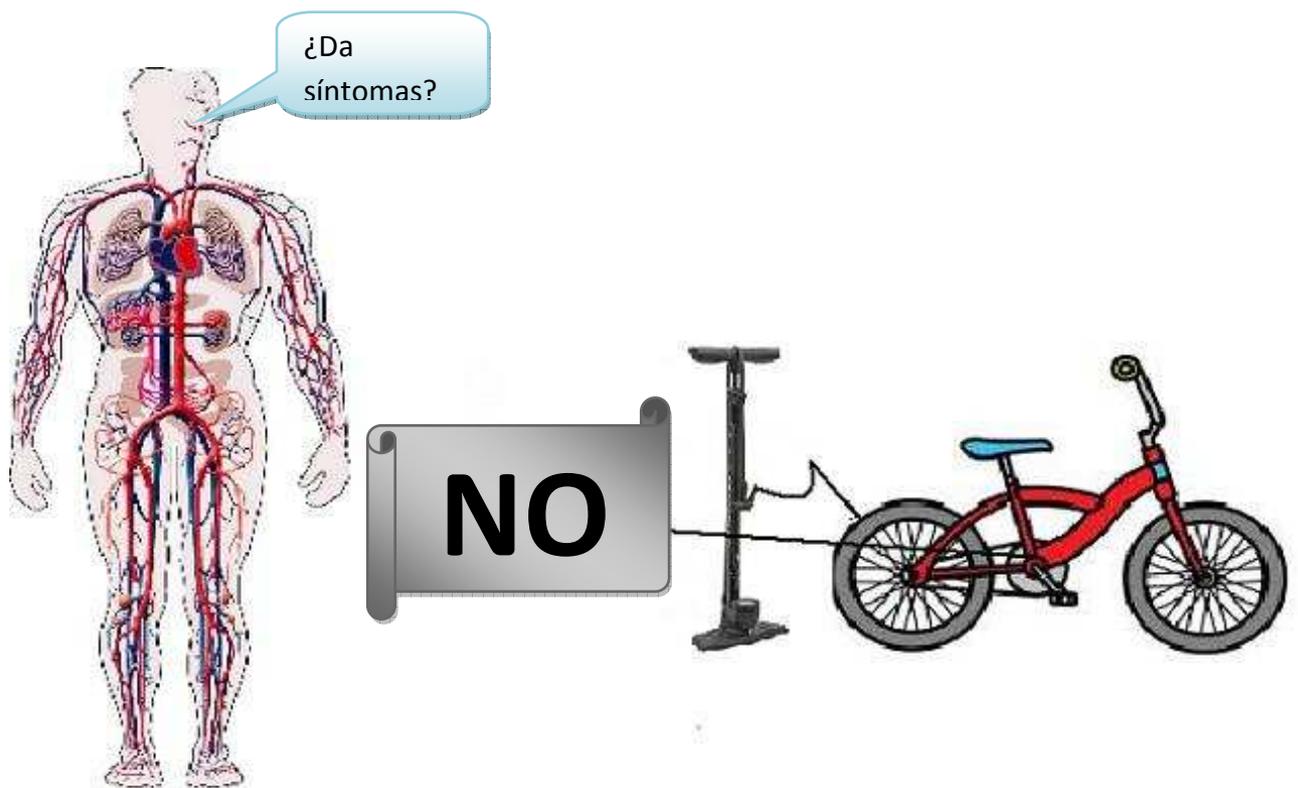
- Tumores en las glándulas suprarrenales o pituitarias.
- Reacciones a medicamentos recetados para otros problemas médicos.
- Embarazo.

Signos y síntomas que produce la hipertensión: La mayoría de las veces la hipertensión arterial es asintomática y su diagnóstico suele ser casual. La mayoría de los síntomas que presentan los pacientes hipertensos no son debidos propiamente a la hipertensión arterial, sino más bien debidos a la presencia de otras enfermedades asociadas, a la presencia de afectación de órganos diana o a la presencia de hipertensión arterial secundaria.²¹ En algunos casos pueden presentar síntomas inespecíficos como palpitaciones en la cabeza o el pecho, mareos, visión doble, náuseas, vómitos, falta de aire, etc. (Sociedad española de Hipertensión arterial).

Diapositiva.1: Descripción de los conceptos más importantes como parte introductoria.

¿Qué es la hipertensión?

Es una enfermedad producida por el aumento de la presión de la sangre dentro de las arterias.



- *¿Qué consecuencias tiene la hipertensión si no se controla?*¹⁹

El sistema circulatorio, debido al efecto de las presiones altas, se va endureciendo y estrechando (arteriosclerosis), y la sangre encuentra mucha dificultad en llegar a los órganos del cuerpo. Esta mala circulación sanguínea afecta a todo el cuerpo y el paciente hipertenso no controlado (cifras altas de tensión arterial) corre mayor riesgo de sufrir las siguientes complicaciones:

En el hipertenso, el corazón debe realizar un mayor trabajo, provocando que las paredes del mismo aumenten de tamaño, por lo que necesitan más sangre para alimentarse, cuando las arterias no son capaces de aportársela por la arterioesclerosis, se produce angina o infarto de miocardio.

El exceso de trabajo del corazón termina por agotarlo, ocasionando insuficiencia cardíaca.

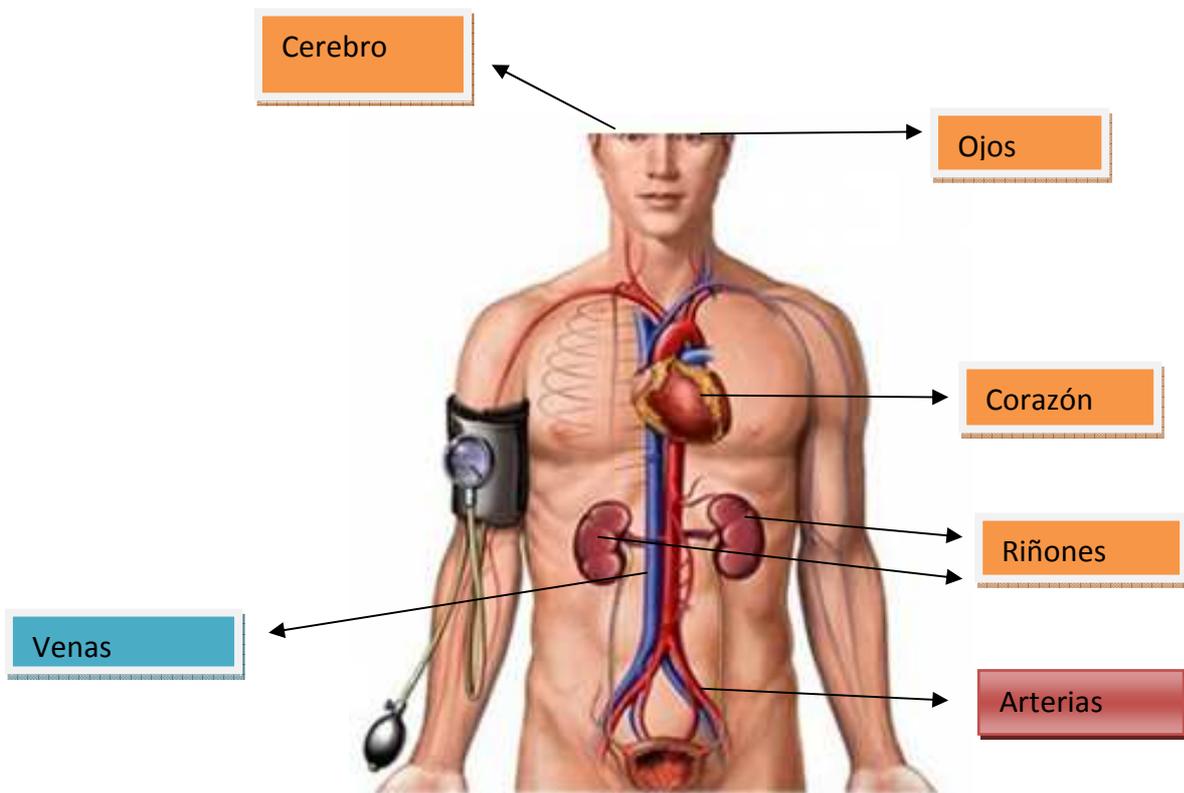
El riñón puede acabar desarrollando una insuficiencia renal.

La afectación de las arterias del cerebro produce infartos cerebrales o hemorragias (derrame cerebral).

La vista resulta dañada por la afectación de los pequeños vasos de la retina (hemorragias internas o trombosis vasculares).

Por el mismo motivo, la alteración de la circulación arterial a nivel de los miembros inferiores puede producir claudicación.

Diapositiva 2: La siguiente imagen se utilizará en la exposición de las complicaciones, para que nuestro grupo de pacientes identifique las partes del cuerpo que estamos mencionando, y aprendan a situarlas.



Elaboración propia.

- *¿Cómo se debe medir la presión arterial en el domicilio?*²²

La medición correcta de la presión arterial (PA) es fundamental para el diagnóstico y el seguimiento del paciente hipertenso y exige una técnica adecuada que evite al máximo los factores que la puedan modificar. La automedida de la PA (AMPA), es una técnica sencilla, segura, de bajo coste, que puede ser muy útil en el manejo clínico del hipertenso en atención primaria (AP) con el objetivo de mejorar su clasificación, control y tratamiento.

Para que nuestros pacientes se tomen adecuadamente la tensión arterial, es necesario que el profesional sanitario les entrene en el tema.

¿Qué se necesita para realizar AMPA?

- 1- Instrumento de medida adecuado.
- 2- Paciente informado, entrenado y adiestrado en la técnica.
- 3- Seguir un protocolo de medida estandarizado y controlado por el personal sanitario.
- 4- Interpretar de forma adecuada los resultados.
- 5- Conocer las indicaciones de la técnica.

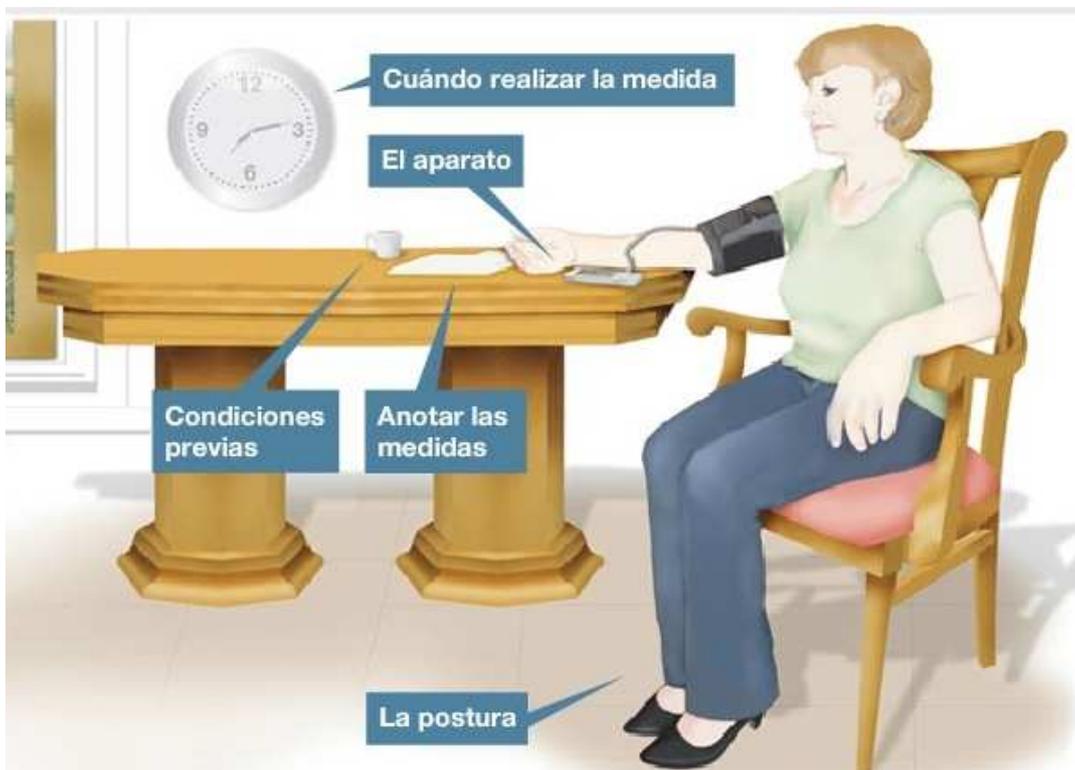
Para realizar esta técnica es necesario disponer de un aparato de medida. El más recomendado es el electrónico, automático de brazo, por ser un instrumento fácil de utilizar por nuestros pacientes, y exacto.



Diapositiva 3: *Recomendaciones para hacer la automedida de la presión arterial (AMPA).*

El personal docente a través de la siguiente ficha, explicará las recomendaciones que debe de seguir la persona hipertensa, antes de realizar la toma de presión arterial en su domicilio. La frecuencia de las medidas se las indicará el personal sanitario en la consulta.

La siguiente imagen, representa la forma correcta de tomarse la tensión. De esta manera se aclararan las dudas con respecto a las recomendaciones citadas en el siguiente apartado. Esta imagen aparecerá en el tríptico que se entregará al paciente al finalizar el programa. Las recomendaciones se entregarán en el momento de la exposición para que puedan ser seguidas de forma más sencilla.



Fuente: SEH-LELHA (Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial).

Elija un ambiente tranquilo, sin ruidos y con temperatura agradable. Debe estar tranquilo.

Evite el consumo de café, alcohol, tabaco, comida y ejercicio físico 30 minutos antes de la toma.

Vacíe la vejiga.

Siéntese cómodo en una silla con respaldo, apoyando la espalda y no cruce las piernas (igual a la figura).

Repose 5 minutos con el manguito puesto.

Tómese la presión en el brazo que le hayan indicado en su centro de salud.

Use un manguito de tamaño adecuado al grosor de su brazo (el personal sanitario le indicará cuál debe usar).

Ponga el brazo en el que va a tomar la presión arterial en extensión, sin ropa que oprima, a la altura del corazón y apoyado sobre una mesa.

Coloque el manguito en posición adecuada, 2-3 centímetros por encima de la flexura del codo.

No hable ni mueva el brazo mientras realice la medición.

Realice tres medidas por la mañana (antes de tomar la medicación) y tres por la noche (antes de tomar la medicación), dejando pasar 2 ó 3 minutos entre cada una de ellas.

Anote las cifras que corresponden a la presión sistólica y presión diastólica, (el personal sanitario le indicará cuáles son), anote también la fecha y hora de medición. Lleve las mediciones cuando acuda a los controles. No se obsesione con la medición continua de la presión arterial.

Use siempre un aparato automático de brazo que esté validado clínicamente; es decir, que esté recomendado por expertos. Consulte al personal sanitario, ellos le recomendarán el aparato más apropiado. No use aparatos de muñeca ni de dedo, a no ser que se lo indique su médico o enfermera.

Probablemente obtenga resultados diferentes en cada una de las tomas, no se preocupe, eso es un fenómeno normal.

Sesión 2ª.

2.1- Tratamiento no farmacológico para controlar la tensión.

Las principales medidas para controlar las cifras de tensión arterial, y que por lo tanto las recomendaciones, que toda persona hipertensa debe cumplir son las siguientes²³:

- € Controlar el peso y adelgazar en los casos que se lo indique el profesional sanitario.
- € Tomar la medicación prescrita por el médico (día y hora correcta). No olvidarse nunca de tomar su medicación.
- € Disminuir el consumo de sal (sustituirla) y grasas en las comidas.
- € Hacer ejercicio físico de forma habitual.
- € Dejar de fumar y beber alcohol.
- € Evitar el estrés y las situaciones que puedan producirlo.
- € Comer de forma variada y saludable.

Es importante reforzar el conocimiento en estas recomendaciones, ya que es el pilar básico fundamental del control tensional, en la persona diagnosticada de hipertensión.

Diapositiva 1: La siguiente diapositiva nos muestra de una manera más visual, las recomendaciones anteriormente citadas. Se procurará que el paciente enfoque e identifique las recomendaciones más importantes en su control tensional, antes de comenzar a explicar los diferentes tratamientos.

¿Cómo se trata la hipertensión?

Controlar el peso



Reduciendo el consumo de sal



Reducir el consumo de grasas



Realizar ejercicio físico



Evitar el consumo de alcohol y tabaco



Tomarse la medicación



2.2- Recomendaciones dietéticas.

a) *Consumo de Dietary Approachers to Stop Hypertension (DASH)*: Esta dieta (Enfoques Dietéticos para reducir la hipertensión) está recomendada a todos los pacientes hipertensos y normotensos en mayor riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial.

Incluye alimentos ricos en vitaminas y minerales como el calcio, potasio y magnesio, incluye también proteínas, fibras y cantidades reducidas de grasas saturadas, colesterol, carnes rojas y dulces. La mayor parte del régimen está compuesto por cereales integrales, frutas y vegetales frescos, frutos secos, productos lácteos desnatados, carnes de ave y pescado.

Excluye las denominadas comidas rápidas y todas las conservas, embutidos y platos preparados o precocinados que no sean bajos en sodio (sal).

La dieta DASH reduce la presión sistólica (alta) entre 8 y 14 mm Hg consiguiendo mayores beneficios²⁶.

Se evidencia que un plan alimentario de DASH, tiene efectos similares a la utilización de un fármaco antihipertensivo, y realizados dos o más modificaciones de estilos de vida, los resultados son aún mejores.²⁷

En la siguiente imagen se expondrán las medidas que aseguran la reducción del riesgo cardiovascular²⁷:

- Debemos explicarles qué es la TAS (Tensión Arterial Sistólica) y TAD (Tensión Arterial Diastólica), para que entiendan la información que se ofrece a continuación. Por ello, antes de explicarle las recomendaciones dietéticas deberemos exponer la siguiente imagen a modo de repaso.



Tensión arterial Sistólica (TAS). Esta tensión es cuando nos referimos a la "alta". No puede ser mayor de

Tensión Arterial Diastólica (TAD). Esta tensión es cuando nos referimos a la "baja". No puede ser igual o mayor a 90.

Esta imagen nos ayudará a entender la siguientes recomendaciones del JNC7 (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure).

Diapositiva 2: En esta diapositiva se explicarán las medidas que disminuyen el riesgo cardiovascular. Realizando estas medidas, podemos reducir y controlar nuestras cifras tensionales.

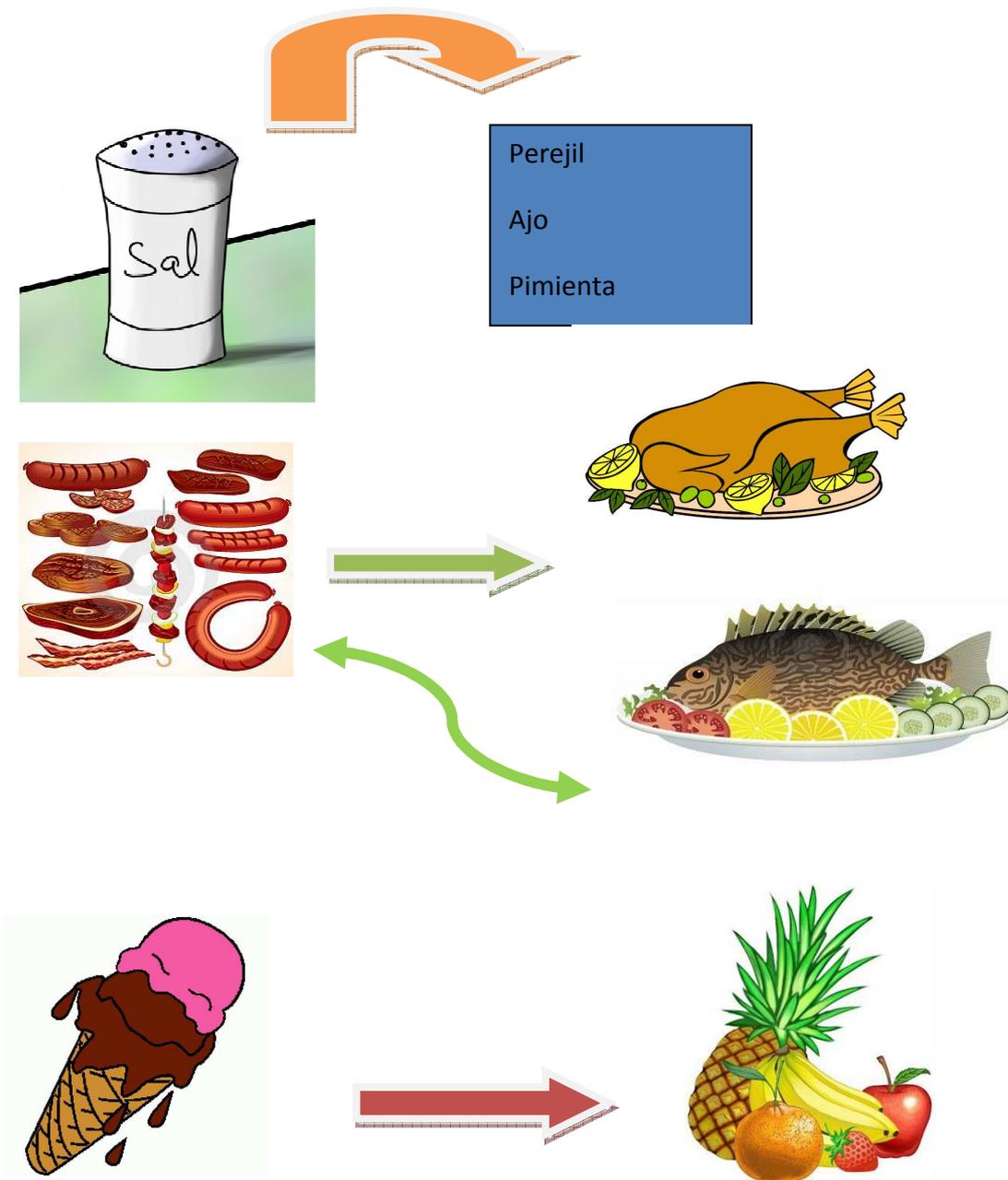
MEDIDAS QUE DISMINUYEN EL RIESGO CARDIOVASCULAR TOTAL (según el JNC7)	
Reducción de peso	Se busca un IMC entre 18.5 – 24.9. Con esta medida la reducción estimada de la TA sistólica (TAS) es de aproximadamente 5 – 20 mm Hg por cada 10 Kg de peso perdidos.
Dieta rica en frutas, verduras y alimentos bajos en grasa, con bajo nivel de grasas saturadas	Reducción aprox. TAS 8 – 14 mm Hg.
Reducción de sodio en la dieta a no más de 100 mEq/L (2.4 gr de sodio o 6 gr de cloruro sódico)	Reducción aprox. de TAS 2 – 8 mm Hg.
Actividad física: realizar regularmente ejercicio aeróbico como caminar rápidamente (al menos 30 minutos al día, varios días a la semana).	Reducción aprox. TAS 4 – 9 mm Hg.
Moderación en el consumo de alcohol: limitar el consumo a no más de 20 -30 gr etanol/día en hombres, 10 - 20 gr/día en mujeres y personas delgadas.	Reducción aprox. TAS 2 – 4 mm Hg.
Medidas para reducir el riesgo cardiovascular (BHS IV)	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono del tabaco. - Reducir consumo total de grasas y de grasas saturadas. - Cambio de grasas saturadas por monoinsaturadas.

b) Disminución de la ingesta de sal: La reducción del consumo de sal, es necesario para disminuir las cifras tensionales. Los pacientes con HTA deben recibir consejo profesional para disminuir el contenido de sodio en la dieta; este consejo debe mantenerse incluso en aquellos pacientes que siguen una dieta cardiosaludable²⁸. Hay estudios que aseguran que una reducción de 6 g de sal / día, se asocia con una disminución de la presión arterial sistólica de 5,8 mm Hg (alta), y 2.82 mm Hg para la presión arterial diastólica (baja).²⁹ La OMS ha recomendado que la ingesta máxima de sal diaria sea de 5 gramos, de esta manera evitaremos que aparezca hipertensión arterial, y controlaremos las cifras tensionales si ya presentas hipertensión. *La sal puede sustituirse por perejil, ajo, albahaca, cominos o pimienta.* Los alimentos que mayor sodio aporta a su dieta, y por lo tanto son los que debe controlar, son los siguientes³⁰:

	% de sodio total
Embutidos	26,16
Pan y panes especiales	19,06
Leche y lácteos	15,60
Pescados y derivados	7,23
Platos preparados	4,85
Carnes frescas	4,01
Sopas y cremas	4,01
Salsas	3,24
Verduras y hortalizas	3,01
Bollería	2,20
Otros cereales	1,99
Huevos y derivados	1,69
Azúcares y dulces	1,60
Aceitunas y variantes	1,46
Galletas	1,25
Aperitivos salados	1,03
Bebidas	0,85
Frutas y derivados	0,27
Mantequilla	0,23
Legumbres y derivados	0,16
Cereales	0,11

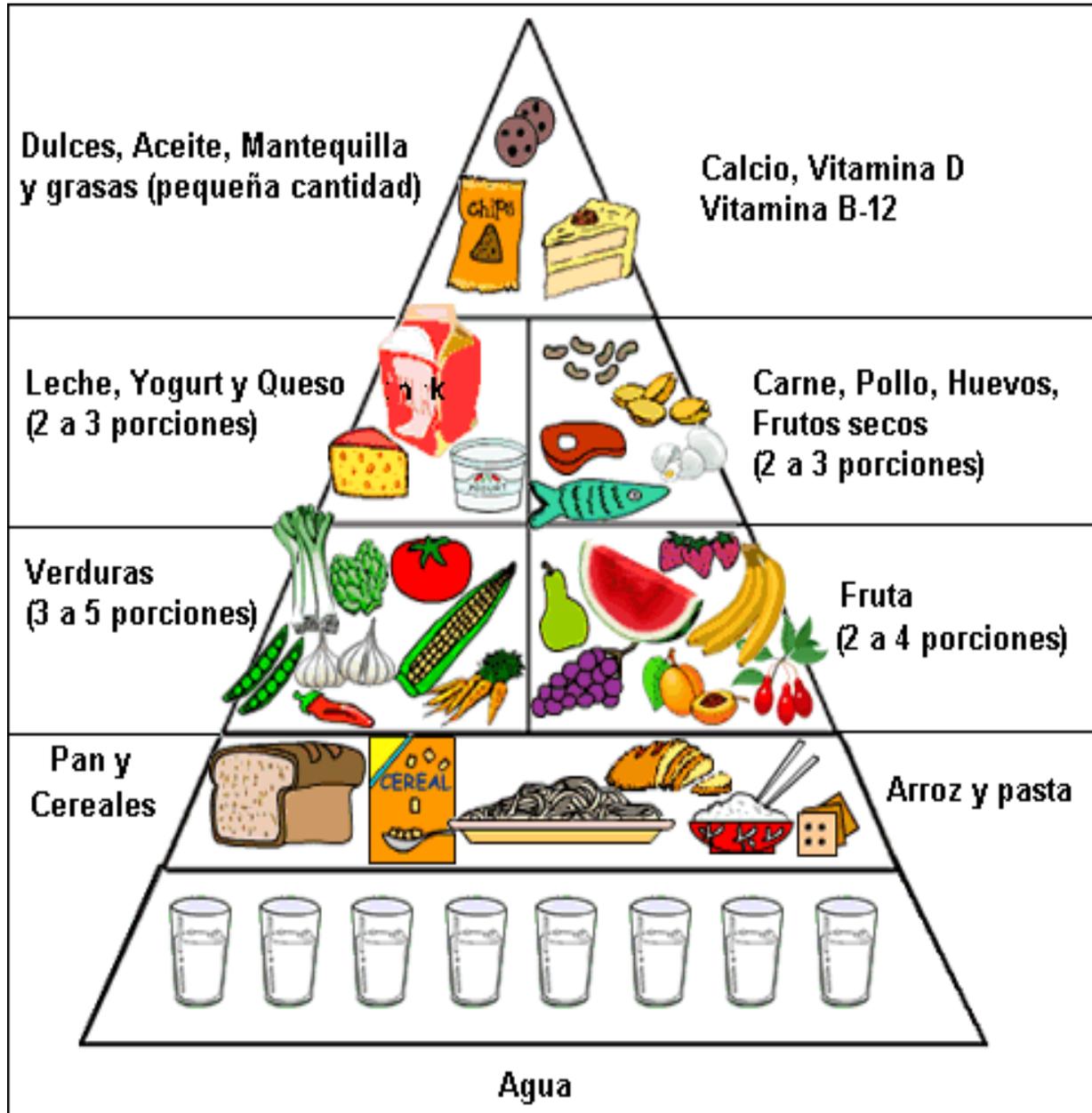
Diapositiva 3: ¿Qué puede comer la persona hipertensa?

Esta diapositiva hará referencia a los alimentos que la persona hipertensa tiene que sustituir para tener una dieta saludable, y un buen control tensional.



Diapositiva 4: La pirámide de los alimentos.

En esta diapositiva se explica la pirámide de los alimentos, es decir, los alimentos que se deben tomar en su dieta normal, en proporción semanal, para tener una dieta saludable y combatir con la obesidad y la hipertensión.



2.3- Ejercicio físico

Las enfermeras debemos recomendar a los pacientes la realización de ejercicio físico moderado para reducir las cifras de tensión arterial, y de esta manera disminuir el riesgo cardiovascular.

La duración y frecuencia del ejercicio es variable: entre 30-60 minutos y de 3 a 7 días en semana. Se aconseja caminar a paso ligero, ciclismo ó natación. Así se puede conseguir reducir la PAS y PAD en un promedio de cerca de 2-3mm Hg, y en alrededor del 30% de los pacientes se estima que logra una reducción de la PAS de 10 mm Hg en el plazo de un año.²⁶

*Condiciones para que el ejercicio sea productivo*²³.

Las condiciones que debe cumplir el ejercicio físico para que sea efectivo son:

- Que se muevan grandes masas musculares.
- Que sea continuado en el tiempo.
- Es conveniente hacerlo 20-30 minutos al día, tres días a la semana como mínimo.
- El plan de ejercicio debe ser individualizado, considerando: la edad, si ha practicado ejercicio anteriormente, si padece enfermedades que lo contraindiquen, el estado de salud actual.

¿Cómo conseguir hacer más actividad física?

- Use la escalera para subir y bajar en vez del ascensor.
- No utilice el coche mientras le sea posible, es más saludable ir andando o en bicicleta.
- Si utiliza transporte público, bájese una o dos paradas antes y camine deprisa.

- En vez de tomar un aperitivo extra en el bar de la esquina, dé un paseo a un ritmo acelerado por la vecindad.

¿Qué beneficios aporta el ejercicio físico?

- Le da más energía y capacidad de trabajo.
- Aumenta la vitalidad.
- Ayuda a combatir el estrés.
- Mejora la imagen que usted tiene de sí mismo.
- Incrementa la resistencia a la fatiga.
- Ayuda a combatir la ansiedad y la depresión.
- Mejora el tono de sus músculos.
- Ayuda a relajarse y a encontrarse menos tenso.
- Consume calorías, ayudándole a perder su peso de más o a mantenerse en su peso ideal.
- Mejora el sueño.

Sesión 3ª.

3.1.- Uso de fármacos

La hipertensión es una enfermedad denominada crónica (no se cura). Afortunadamente hoy en día con la ayuda de los medicamentos y realizando unos adecuados cuidados dietéticos, se pueden reducir las cifras de tensión altas y mantenerlas en cifras no peligrosas para la salud.

Por ello toda persona hipertensa ha de seguir un tratamiento, de esta manera se disminuirá la posibilidad de desarrollar otras enfermedades.

Los medicamentos deben tomarse cuando las medidas higiénico-dietéticas no han sido suficientes para controlar la tensión arterial. Por ello si la tensión arterial continúa alta, el médico indicará el inicio del tratamiento con medicamentos y que en la mayoría de los casos, tendrán que tomarse durante toda la vida (porque como hemos dicho antes la hipertensión arterial, es una enfermedad crónica).

En cuanto a los medicamentos que pueden ser utilizados contra la hipertensión, algunos de ellos pueden producir algún tipo de molestia (efectos secundarios), pero poco a poco el cuerpo se va adaptando a ellos, y el médico va ajustando la dosis adecuada. Por ello, es de gran importancia que siga correctamente las indicaciones que le mandan y si tiene alguna duda debe consultársela a su médico para que pueda ayudarle.

Los diferentes medicamentos que existen para el control de la tensión son los siguientes:

- a) Diuréticos: estos fármacos son los más recomendados para el control de la tensión arterial según múltiples estudios.²⁴

Los diuréticos se utilizan para eliminar el exceso de sodio en orina (excretan entre el 20-25% de Na), por lo que eliminarán mayores cantidades de líquidos en la orina, por lo que aumenta la frecuencia de visitas al baño. Para evitar

molestias, se les recomienda tomar estos medicamentos por las mañanas, para evitar tener que levantarse por la noche.

Debido a la importante excreción de orina que va a realizar, es necesario que tenga una aportación de líquidos suficientes (litro y medio al día), de esta manera se evitará el riesgo de deshidratación.

Se debe tomar con el estómago vacío (por lo que se aconseja su toma a primera hora de la mañana), sin masticar, y tomando cantidades suficientes de líquidos.

Los diuréticos pueden presentar los siguientes efectos adversos: Puede provocar mareos, disminución de los reflejos (porque disminuye las cifras de tensión arterial), además de deshidratación (porque se eliminan grandes concentraciones de líquidos por la orina). Se aconseja evitar conducir y el manejo de máquinas peligrosas si presenta mareos.²⁵

- b) Vasodilatadores: Su uso no está tan extendido como los diuréticos, pero se suelen utilizar cuando se utiliza el tratamiento combinado (dos o más fármacos). Los vasodilatadores sirven para ensanchar los vasos sanguíneos, de esta manera se permitirá el paso de la sangre de una forma más fácil y se disminuirán los niveles de hipertensión arterial.

Puede tomarlos cuando quiera, pero es aconsejable que se tomen a la primera hora de la mañana para que no se olvide de ello.

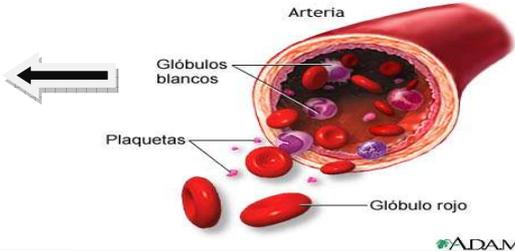
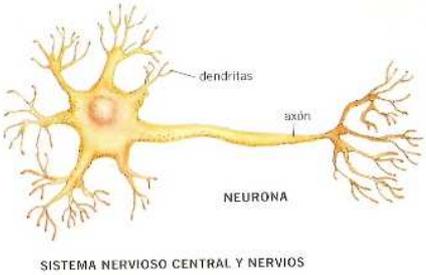
Al principio de tomarlos puede sentir: dolor de cabeza, sofocos, taquicardia, náuseas, vómitos y diarrea.²⁵

- c) Otros tratamientos: Existen otros medicamentos que actúan sobre centros nerviosos, por ello pueden provocar mareos, mareos al levantarse, cansancio, dolor de cabeza, temblores, disminución de los reflejos. Por ello se debe evitar conducir y el manejo de máquinas peligrosas, si se presenta algún síntoma.²⁵

Diapositiva 1: Tipos de fármacos.

Esta diapositiva contiene los elementos más importantes de cada grupo farmacológico anteriormente citado, y cuenta con una serie de ejemplos.

<i>Tipos de fármacos</i>			
<i>Fármaco</i>	<i>Uso</i>	<i>Cómo se debe tomar</i>	<i>Efectos adversos</i>
Diuréticos	Elimina el exceso de líquidos	<i>Nada más despertarse con el estómago vacío. Recuerde tomar gran cantidad de líquidos.</i>	<i>Mareos. Deshidratación. Disminución de los reflejos.</i>
			<i>Si siente estos síntomas evite conducir y el manejo de máquinas peligrosas.</i>
Ejemplo	<i>Furosemida</i>		

Vasodilatadores	Ensanchan los vasos sanguíneos	No hay recomendación específica	Dolor de cabeza. Sofocos. Taquicardia. Nauseas. Vómitos.
			<i>Si presenta alguno de estos síntomas acuda a su médico.</i>
Ejemplo:			
Otros tratamientos	<p>Actúan sobre centros nerviosos.</p> 	No hay recomendaciones específicas	Mareos al levantarse de la cama Cansancio Dolor de cabeza Temblores Disminución de los reflejos.

<p>Ejemplo:</p> <p>Labetalol</p>	 A photograph of a white and blue box of Labetalol Hydrochloride 100 mg tablets. The box features the brand name 'IVAX' in large blue letters at the top. Below it, the text reads 'Labetalol Hydrochloride 100 mg TABLETS'. The box is shown at a slight angle, revealing its three-dimensional shape.	<p><i>Si siente estos síntomas evite conducir y el manejo de máquinas peligrosas</i></p>
----------------------------------	--	---

Elaboración propia.

3.2.- Consejos prácticos para no olvidar tomar sus pastillas.²³

<p><i>Ponga la alarma de su reloj a la hora de la toma del medicamento.</i></p>	
<p><i>Coloque las pastillas en un lugar visible.</i></p>	
<p><i>Acostúmbrese a tomar su medicación al oír el despertador, tomar el café o al cepillarse los dientes.</i></p>	
<p><i>Pida ayuda a sus familiares para que se lo recuerde.</i></p>	

<p><i>Controle cada mes, si se le ha olvidado alguna toma contando los medicamentos</i></p>	
<p><i>Si cree que el tratamiento le produce efectos molestos, que es inútil o tiene alguna duda, consulte con su médico.</i></p>	
<p><i>Procure tener las pastillas en casa antes de que se acaben.</i></p>	
<p><i>Si se da cuenta de algún olvido, tómela antes de finalizar el día.</i></p>	

3.3- Calendario recordatorio

Este calendario es un instrumento que le ayudará a recordar la pastilla que debe tomarse por día y hora. Esta hoja le resultará fácil y práctica, ya que la podrá llevar siempre encima o ponerla en algún lugar visible (ejemplo: encima frigorífico), para no olvidar tomar sus pastillas.

Fecha: cada semana anote la fecha correspondiente.	Tipo de medicamento: Anote el/los medicamentos que debe tomar ese día.	Mañana: marque con una cruz si se ha tomado el medicamento.	Tarde: marque con una cruz si se ha tomado el medicamento	Noche: marque con una cruz si se ha tomado el medicamento
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Elaboración propia.

Anexo V: Detalle de los motores de búsqueda utilizados en la revisión bibliográfica.

Se ha realizado una revisión de búsqueda diferente para cada base de datos. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda: Hipertensión arterial, Adherencia, Tratamiento, Cuidado.

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Pubmed, Wok, Scielo, Evidentia, Dialnet, Cuiden. Todas ellas son bases electrónicas.

La selección fue limitada artículos en inglés y español, donde no he utilizado ningún criterio de exclusión más. Sólo se excluyeron aquellos artículos que por su título o abstract no se ajustaban a mi búsqueda.

La búsqueda bibliográfica se realizó utilizando los siguientes descriptores:

Castellano	Inglés
Hipertensión	Hypertension
Tratamiento	Treatment
Adherencia	Adherence
Cuidados	Care

En la base de datos Web of Knowdge (Wok), se realizó la siguiente estrategia de búsqueda:

Web of Knowdge (Wok):

1. Hipertension + adherencia + tratamiento—topic /Últimos cinco años: 977 resultados.

He elegido un estudio que habla sobre la utilización de la tele-asistencia como método de mejora de adherencia, porque me ha parecido una solución novedosa e interesante, para aplicar en mi población de estudio.

2. Con estos mismos datos seleccioné como idioma castellano, con 34 artículos.

- He seleccionado tres artículos que pueden resultar interesantes en mi memoria.

3. Hipertensión + Educación + grupos = 1142 artículos (últimos cinco años).

Refine castellanos: 34 artículos. 1 que se adapta a mis intereses.

4. Hipertensión + dieta= últimos cinco años = 8177 artículos.

Refine: Nutricion dietetics: 2935 artículos.

- Un artículo consultado: da ideas novedosas para mi propuesta de mejora.
 - o Añado la palabra tips (consejos): encontré un artículo que se adapta a mis intereses.

5. Hipertensión + sal + recomendaciones= 103 artículos (búsqueda últimos cinco años).

En Pubmed:

1. Hipertensión (elijo la primera del tesoro). + Complicaciones + diuréticos (acción farmacológica)= Advanced: AND= 2100 Artículos.

Acoto la búsqueda en los últimos cinco años: 249 artículos.

Sólo quiero aquellos que dispongan del texto completo: 60 artículos. Elijo un estudio que me sirve para la propuesta de mejora.

2. Hipertensión—Tesoro: Extraigo la definición.

Anexo VI: Artículo para la revista TELESA.

HEMEROTECA CANTARIDA

Plantilla para la composición de artículos científicos

Ref.:		Envíe el documento debidamente cumplimentado a Secretaria Editorial de Hemeroteca Cantárida secretaria@ciberindex.com indicando la revista donde desea publicar su artículo con preferencia
--------------	--	--

Título del Artículo	Estudio de la adherencia al tratamiento antihipertensivo de un cupo del C. S Puerta de Arnedo. Propuesta de mejora.
Revista elegida con preferencia	Telesa
Sección de la revista	Originales
Motivos de su elección	Por estar especializada en gestión de enfermería
Otras revistas de la Hemeroteca Cantárida donde podría publicarlo	Index de enfermería
Observaciones que desee realizar a los editores	

Datos del autor o autora responsable del artículo	
Nombre	Lorena
Apellidos	Merino Garrido
Centro de trabajo	Centro de salud Puerta de Arnedo
Dirección postal	26580
Ciudad/País	Arnedo (La Rioja), España
Teléfono	617579828
Correo electrónico	Lorena.merino.garrido@gmail.com

Declaro (hacer doble clic sobre la casilla y señalar "activada", la no activación de algún punto dará lugar al rechazo del artículo sin ser evaluado)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Que es un trabajo original.
<input type="checkbox"/>	Que no ha sido previamente publicado en otro medio.
<input type="checkbox"/>	Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
<input type="checkbox"/>	Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.
<input type="checkbox"/>	Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido, y por tanto no hay ninguna razón para

Datos preliminares	
Atención: no utilice TODO MAYÚSCULAS ni negrita en ninguna parte del documento	
Título	Estudio de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en un cupo del C. S. de Arnedo. Propuesta de mejora
Autores por orden de aparición	Lorena Merino Garrido. M ^a Dolores Redín Areta.
Centro/institución	Centro de Salud Puerta de Arnedo.
Dirección para correspondencia <small>(solo del autor principal)</small>	C/ Huertas, n°28 1 ^o izquierda Arnedo (La Rioja).
Dirección e-mail <small>(solo del autor principal)</small>	lorena.merino.garrido@gmail.com

introducir cambios en los mismos una vez iniciado el proceso de evaluación.

Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicadosmismo.

Abstract <small>La traducción del resumen al inglés debe realizarse con arreglo a las reglas gramaticales y sintácticas de este idioma, debiendo evitarse la utilización de traductores electrónicos</small>	
Traducción del título	Study of adherence to antihypertensive treatment in a quota of patients in the C.S Arnedo.
<p>Objective: Studying the degree of adherence in a quota of patients on hypertension in Arnedo Health Center.</p> <p>Methods:</p> <p><i>Design:</i> Observational descriptive study.</p> <p><i>Location.</i> Hypertensive population assigned to a doctor and nurse at the Health Center Arnedo.</p> <p><i>Measurements and main results.</i> Data collection was conducted during the months of March, April and May 2013, through a survey, for completed anonymously and voluntarily. As a type of survey is delivered Morisky-Green-Levin, validated, to which</p>	

is added a series of questions. This test is a method of measuring compliance.

Results: Adherence of 52%, against a default of 48%.

Conclusions: The majority of patients don't adequately antihypertensive treatment, so it is advisable to group education sessions to promote self care our quota of patients and reduce healthcare costs.

Keywords: Hypertension, Adherence, Treatment, Care.

Cuerpo del Artículo

1. INTRODUCCIÓN:

En el presente trabajo se desarrolla un estudio sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo, en un cupo de pacientes del Centro de Salud Puerta de Arnedo. Con ello, se planteará una propuesta de mejora basada en una serie de sesiones educativas, con el fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes y reducir costes sanitarios.

Las enfermedades crónicas afectan a uno de cada seis adultos, y alguno de estos trastornos presenta una evolución ascendente: Desde 1993, la hipertensión ha pasado del 11,2% al 18,5%, la diabetes del 4,1% al 7,0% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,4%.¹

Centrándonos en la Hipertensión (elevación de la presión sistólica por encima de 140 mm Hg y presión diastólica igual o superior a 90 mm de Hg)², en España su prevalencia en adultos jóvenes es del 35%, afectando a unos 10 millones de sujetos adultos³, y sólo entre el 3% y 34% de esa población controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo⁴.

La Hipertensión produce 7,5 millones de muertos al año en los países desarrollados.⁵ Según datos publicados por la OMS (Organización Mundial de la Salud), la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados se sitúa en torno al 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aun menores. Es innegable que para muchos pacientes

es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento⁶. Algunos estudios aseguran que el porcentaje de incumplimiento puede variar dependiendo del tipo de tratamiento y de la patología⁷. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico de base, es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que afecta especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas.

2. JUSTIFICACIÓN:

Se estima que en el año 2025 la hipertensión habrá aumentado un 24% en los países desarrollados y hasta un 80% en los países en vía de desarrollo⁸. En este contexto, planteo este trabajo, como una propuesta de mejora dirigida a los pacientes, y familiares que ocupan el rol del cuidador, pertenecientes a un cupo del Centro de Salud de Arnedo (La Rioja).

Las actividades desarrolladas en esta propuesta de mejora, pretenden fomentar el autocuidado de los pacientes hipertensos. Se realizarán una serie de sesiones teórico-prácticas siguiendo las líneas del modelo Kaiser (empezando en la promoción de la salud). El Programa de Gestión de Enfermedades Crónicas es un programa específico de Kaiser Permanente que implica la segmentación de las personas con enfermedades crónicas en tres grupos con diferentes necesidades de atención sanitaria.

Las necesidades de cada grupo se corresponden con cuatro niveles de atención (**Promoción y Prevención**, Soporte de la Autogestión, Gestión de la enfermedad y Gestión de Casos). A medida que el estado de salud del paciente varía (mejora o empeora), se puede cambiar al paciente de nivel. El objetivo en cada nivel es implementar intervenciones proactivas y planificadas para maximizar la salud y satisfacción del paciente y fomentar el uso racional de los recursos.⁹ Se centró este estudio en la prevención y promoción de la salud, de esta manera mejoraremos el autocuidado de nuestro cupo de pacientes e intentaremos reducir el riesgo de desarrollar complicaciones.

3. OBJETIVOS.

Para realizar el estudio se plantearon una serie de objetivos:

Objetivo general: En un cupo de pacientes hipertensos del Centro de Salud de Arnedo, conocer el grado de cumplimiento terapéutico.

Objetivos específicos:

Describir los datos demográficos de la muestra, así como los datos referentes a otros diagnósticos y tratamientos que presentan.

Valorar el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Plantear áreas de mejora.

4. ANÁLISIS ESTRATÉGICO.

Es necesaria la realización de un análisis estratégico de la situación actual del Centro, con el fin de recoger aspectos positivos y negativos para elaborar nuestra propuesta de mejora. Para realizar este análisis se utiliza la Matriz DAFO (Identificación de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), de esta manera extraeremos el diagnóstico que representa nuestro marco de estudio.

El análisis interno pretende extraer resultados a través del análisis de los puntos fuertes (Fortalezas) y débiles (Debilidades), para llegar a unas conclusiones generales que definan la situación interna y que sean relevantes para una futura propuesta de mejora de nuestro Centro de Salud.

En análisis externo identifican las fuerzas que inciden en la organización y el grado de amenaza y oportunidad que su existencia y evolución pueden tener en el futuro del Centro. Debemos acotar las amenazas y debilidades, y incrementarlas hasta convertirlas en fortalezas y oportunidades.

Debilidades (Análisis interno)	Amenazas (Análisis externo)
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Alto porcentaje de pacientes hipertensos pertenecientes al cupo (18%). ✚ Población con déficits de conocimientos. ✚ Edad media avanzada (71 años). ✚ Costumbres arraigadas. ✚ Pluripatología de la población diana, lo que dificulta la adherencia terapéutica. ✚ Falta de compromiso en los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Recortes presupuestarios. ✚ Falta de tiempo de los profesionales de atención primaria. Consultas limitadas. ✚ Cupo alto de pacientes (1450). ✚ No priorización de actividades informativas-educativas y preventivas por personal sanitario
Fortalezas (Análisis interno)	Oportunidades (Análisis externo).
<ul style="list-style-type: none"> ✚ . Confianza de los pacientes en su equipo asistencial. ✚ Receptivos a propuestas programadas por parte de su equipo sanitario. ✚ Acuden siempre a la cita programada. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Trabajo en equipo (Médico y Enfermero). ✚ Motivación del equipo asistencial. ✚ Equipo de trabajo fijo (poca rotación del personal). ✚ Personal con gran experiencia. ✚ Nuevas infraestructuras.

5. MATERIAL Y MÉTODO.

Para la realización del trabajo se diseñó un estudio descriptivo-observacional.

5-1 Población.

La población estará delimitada por los habitantes de Arnedo. Arnedo es un municipio de la comunidad de La Rioja que está compuesto por un total de 14558 personas.¹⁰

En el centro de Salud de Arnedo se atiende a una población de 17931 pacientes. La población asignada a nuestra Unidad Básica Asistencia (UBA), unidad compuesta por un médico y una enfermera, es de 1430 pacientes.

5.2- Muestra:

La muestra que utilizaremos corresponde a los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial, pertenecientes a un cupo de la zona 4 de Salud, del Centro de Arnedo (La Rioja). Mediante el listado de patologías por cupo de salud, se contabilizaron 253 pacientes incluidos en el programa de hipertensión. Se obtuvo un tamaño muestra de 126 personas.

La recogida de datos se realizó durante marzo, abril y mayo de 2013, a través de una encuesta (anexo I), para realizar de forma anónima y voluntaria.

5.3-VARIABLES.

Se incorporaron como variables sociodemográficas (edad y sexo), presencia de otros procesos patológicos y si llevaba tratamiento para ellos, otros

tratamientos y tratamiento para la hipertensión. Además se les preguntó si consideraban que la información que les habían entregado es clara, y a quién preferían consultarle las dudas sobre su medicación.

5.4- Test de Morisky- Green-Levine¹¹

Este test es un método de medida del cumplimiento terapéutico validado, en español, para el estudio de la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Este test es un método de medida del cumplimiento terapéutico. El test de Morisky-Green-Levin consta de cuatro preguntas:

- ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?
- ¿Es descuidado con la hora que debe tomar la medicación?
- Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
- Si alguna vez la medicación le sienta mal ¿deja de tomarla?

En todos los casos se debe responder "SI" o "NO". Se considera cumplidor a quien contesta de forma correcta a las cuatro preguntas realizadas, entremezcladas durante una conversación sobre su enfermedad de forma cordial

5.5-Criterios de inclusión/exclusión.

Criterios de inclusión para participar en el estudio:

- Los pacientes debían estar recibiendo tratamiento antihipertensivo en el momento del estudio.
- Acudir a una revisión rutinaria a la consulta de enfermería.
- Pertenecer al cupo de pacientes.
- Confirmar de forma oral, la aceptación de participar en el estudio.

Criterios de exclusión para participar en el estudio:

- Pacientes que voluntariamente no acepten participar en la investigación.
- Pacientes que acuden a la consulta, diagnosticados de hipertensión, pero que actualmente no están tomando tratamiento farmacológico para ello.
- Pacientes que acuden a la consulta, pero no pertenecen al cupo de salud.

5.6-Metodología empleada para realizar el análisis de las encuestas.

La información proporcionada por la encuesta fue codificada con los programas Microsoft Office Excel 2007 y SPSS 17.0.

Se analizaron los parámetros descriptivos para las diferentes variables (como son frecuencias y porcentajes).

Finalmente, se utilizó la prueba del “Chi-cuadrado” que permite comprobar

el grado de independencia entre dos variables

5.7- Resultados.

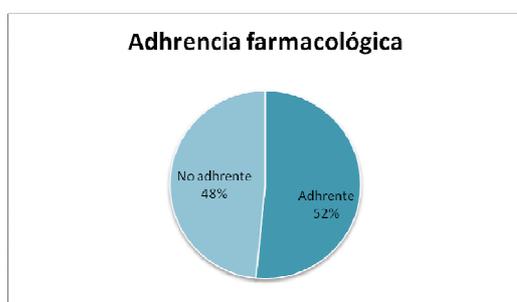
La muestra de este estudio fue de 126 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial con tratamiento farmacológico, atendidos en un cupo del Centro de Salud de Arnedo (La Rioja) entre marzo, abril y mayo de 2013.

Obtuvimos un porcentaje de participación del 58% de mujeres y del 42% de hombres. La edad media de nuestra muestra fue de 71 años. Según los datos obtenidos, el 72 % de la población hipertensa es mayor de 65 años mientras que los menores de 56 años suponen, tan solo, el 5,6%, no existiendo ningún paciente menor de 40 años, a pesar de que va aumentando la prevalencia de hipertensión en edades cada vez más jóvenes. En relación al resto de patologías que presentaban los pacientes encuestados, encontramos que un elevado porcentaje, 43,65%, estaba diagnosticado de, al menos, otro problema de salud, siendo el más frecuente (38%) la diabetes mellitus seguida de colesterol elevado y sobrepeso (30,95%), en tercer lugar se situaron los problemas cardíacos (23,8%) y con una frecuencia inferior encontramos a las patologías renales (11,9%).

El 87,3% de los pacientes encuestados, toman algún tratamiento por problemas de salud distintos a la hipertensión arterial, frente al 12,7% que sólo toma tratamiento para controlar su tensión

arterial. Coincidiendo con la edad media de los pacientes y con el número de ellos que afirma llevar algún tratamiento distinto; además del correspondiente a la hipertensión, podemos observar que el 55,6% de los pacientes toma más de 3 pastillas al día, destacando que el 27 % toma 6 ó más. Para controlar su tensión arterial la mayor parte de los pacientes, 82%, toma una única pastilla para el control de la HTA. El 17% restante toma dos pastillas para controlar su tensión, frente a un 1% que toma 3 o más.

En el siguiente gráfico se puede observar el resultado más relevante de nuestro estudio, mostrando que el cumplimiento terapéutico en este cupo de hipertensos es alto (52%), frente a un incumplimiento del 48%.



Elaboración propia con los resultados de las encuestas

Si nos referimos a los pacientes no cumplidores, el análisis de las respuestas obtenidas en cada una de las preguntas del test de Morisky-Green-Levine, encontramos que el problema más frecuente (59%) es el olvido de la toma y un 22,96% son descuidados con la hora de la toma. Los pacientes son

menos propensos a dejar de tomar la medicación cuando se encuentran bien (13,12%), o mal (4,92%). En la encuesta se realizó una serie de preguntas para valorar si la falta de adherencia puede estar asociada a otras fuentes. En relación a las dificultades que pueden encontrar a la hora de seguir correctamente la pauta señalada, hemos encontrado que la mayor parte de los pacientes (83,33%), afirman no tener ninguna dificultad en seguir el tratamiento tal como se les indicó. Únicamente el 16,67% encuentra algún tipo de dificultad para cumplir la pauta señalada, destacando que el 10,32% comentan dificultad para fragmentar los comprimidos, solamente el 1,59% afirma dificultad en tomar varias pastillas a la vez o realizar el reparto horario de las mismas.

Se preguntó a quién consultaban las dudas sobre su medicación, pudiendo ver que el 97% de los pacientes confía en su equipo sanitario (UBA Únicamente el 2% de los encuestados confiesan consultar sus dudas al farmacéutico. Estos datos, sin duda, resultan muy interesantes para nuestra propuesta de mejora.

Se preguntó a los encuestados, si consideraban que la información que habían recibido por parte de sus profesionales sanitarios sobre el tratamiento de su hipertensión había sido clara, el 98,41% de los pacientes contestaron afirmativamente, únicamente el 1,59% consideró que las indicaciones que le había recibido no fueron lo suficientemente claras.

Se comparó la adherencia con la edad, sexo y número de pastillas totales, donde no se encontró ningún tipo de relación entre ellos ($p > 0,05$).

6.- PROPUESTA DE MEJORA.

La propuesta de mejora que se define a continuación tiene como finalidad el desarrollo de un programa de educación grupal a pacientes hipertensos, que permita minimizar el problema detectado en el Centro de Salud de Arnedo (48% de los pacientes no cumplen el tratamiento prescrito). A través de un protocolo de educación grupal, se realizarán unas sesiones teórico-prácticas donde se enseñarán técnicas para mejorar los estilos de vida y cumplimiento terapéutico de nuestro cupo de pacientes.

Las sesiones se desarrollarán en función del siguiente protocolo:

Protocolo de educación grupal: Hipertensos.

Población diana: Persona diagnóstica de hipertensión arterial o familiar que ocupe el rol del cuidador de una persona diagnóstica de hipertensión arterial de un cupo de la zona básica de salud.

Objetivos educativos:

- Identificar las complicaciones de la Hipertensión Arterial (HTA).
- Enumerar los pilares fundamentales del tratamiento de la hipertensión arterial.
- Explicar los hábitos de vida saludables.

Contenidos educativos:

- Qué es la hipertensión.
- Cuidados en la persona hipertensa (pautas para seguir correctamente el tratamiento antihipertensivo).
- Cuidados higiénico-dietéticos.

Actividades:

- Sesión expositiva con apoyo de material audiovisual en que se desarrollen los contenidos educativos.
- Tríptico que se entregará al finalizar el programa, donde recoja los puntos más importantes del mismo.

Sistema de evaluación:

- Encuesta de conocimientos pre y post intervención. (Anexo I).
- Control de seguimiento. (Control de firmas).

Indicadores

- Índice de mejora de conocimientos: N° personas que aumentan en conocimientos en la encuesta/ N° personas incluidas en el grupo.
- Índice de asistencia: N° de asistentes/ N° de personas convocadas.
- A largo plazo, índice de control tensional, pero no evaluable en este trabajo.

Estas sesiones deberán seguir una serie de pautas como son:

Como responsable de la realización de las sesiones educativas, se deberá favorecer el contacto y las relaciones

interpersonales del grupo con el fin de reforzar los contenidos educativos de las sesiones y favorecer el soporte emocional individual. El programa irá dirigido a los 253 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial pertenecientes a nuestra UBA (Unidad Básica Asistencial). El programa estará formado por tres sesiones educativas, las cuales recogerán los contenidos más relevantes respecto a la hipertensión, las complicaciones, la adherencia farmacológica y los cuidados higiénico-dietéticos.

Cada sesión educativa se estructura de forma teórico-práctica, de manera que se garantice la exposición de los contenidos educativos, y se realicen una serie de actividades para afianzar conocimientos. Ambos bloques estarán integrados, con el fin de fijar en la práctica, todo lo explicado en la teórica.

Desde el principio, las sesiones deben motivar a la participación y la aclaración de dudas, tendiendo a dinamizar el grupo. En la exposición de los contenidos educativos deberán evitarse descripciones exhaustivas y medicalizadas, procurando centrarse en conceptos básicos y de fácil comprensión. Por ello, se deberá tener en cuenta las características socio-culturales, el lenguaje y la forma de expresión del grupo y adaptarse a ello. Debemos favorecer la participación de los componentes, permitir la interrupción de las sesiones (contándonos sus propias experiencias y conocimientos), y respetar el papel que

como docente puede adquirir cualquier miembro.

Las sesiones educativas que se estructuran en este programa, prevén una duración de dos horas aproximadamente y a una sesión por semana. Se repartirá a los pacientes en grupos de cuarenta personas aproximadamente, de esta manera se reducirá el número de participantes y se favorecerá el contacto con los miembros del equipo y el educador. Cada equipo adaptará su duración a las necesidades del grupo discente¹¹.

Una vez finalizado el programa, se les entregará un tríptico que recoja los aspectos más importantes del mismo.

Los objetivos que deben saber explicar el paciente hipertenso y su familiar al finalizar el programa educativo, están basados en el autocuidado de su salud:

1. El programa de control del hipertenso: citas, controles, educación para la salud en la consulta.
2. Qué es la hipertensión, sus consecuencias, complicaciones, relación con otras patologías (diabetes, obesidad...).
3. Manejar la toma de fármacos (horario, tomas, controles), los efectos adversos e identificar situaciones de urgencias.
4. Saber los alimentos a incluir y excluir en su dieta, realizar dietas saludables.
5. Relación entre factores: sobrepeso, dieta, ejercicio, medicación y relajación.

Las sesiones se estructurarán de la siguiente manera:

Sesión 1: ¿Qué es la hipertensión arterial? Signos, síntomas y tratamiento de la Hipertensión arterial.

Sesión 2: Cuidados higiénico-dietéticos: La alimentación saludable para el hipertenso, ejercicio físico y relajación.

Sesión 3: La importancia de la adherencia farmacológica. Métodos de ayuda para no olvidar tomar sus pastillas.

7. CONCLUSIONES.

Al analizar los resultados, nos damos cuenta, que un alto número de los pacientes en programa de hipertensión, no son cumplidores del tratamiento antihipertensivo (48%). Esto es más acusado en los pacientes que son mayores de 65 años. Esperamos que su inclusión en un programa de educación sanitaria, pueda mejorar su adherencia y fomentar hábitos de vida saludables.

Otro dato llamativo, es la confianza que presentan los pacientes en su equipo asistencial (médico y enfermera). Durante la entrevista, el 97% de los pacientes mostraron confianza absoluta en las personas que componen su Unidad Básica Asistencial para consultar las dudas. Por lo tanto debemos de considerar esta situación a la hora de dirigir la educación sanitaria,

ya que este dato nos puede ayudar a fomentar los autocuidados.

Podemos plantearnos a futuro, el estudio de los efectos del modelo de trabajo que constituye la propuesta de mejora. También podemos, en este punto preguntarnos, si el mayor porcentaje de pacientes no cumplidores, es por no tener completa la actividad educativa, dado que únicamente estamos haciendo educación individual y no la completamos con educación grupal, que es según algunos expertos el método didáctico mejor para cambiar conductas,¹³ objetivo fundamental de nuestro trabajo diario.

Por todo ello, con este trabajo se planteará un programa de educación grupal para el paciente hipertenso, donde fomentemos el autocuidado, y con este fin se intentará mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y reducir costes sanitarios.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>. Consultado el 23 de Mayo de 2013.
2. Hypertension. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006973>. Consulta: 25 de enero de 2013
3. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F. El problema de la hipertensión arterial en España. Rev Clin Esp. 2002; 202:12-5.
4. Joint National Committee VI. Arch Intern Med 1997; 157: 2413-2446.
5. OMS (Organización Mundial de la Salud). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. 2010. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf Consultado: 5 de marzo de 2013.
6. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2004. Página 13. Consulta: el 15 de enero de 2013. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>.
7. INFAC. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Volumen 19. Nº1. 2011. Consulta: 2 de febrero de 2013. Disponible en <http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es> Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.net>
8. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005; 365:217-223. Consultada: 3 de marzo de 2013. Disponible en: <http://hyper.ahajournals.org/content/49/1/19.full.pdf>
9. Nuño, Roberto. Estudio de Caso: Kaiser Permanente. Agosto 2012. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. Consultado: 23 de Mayo de 2013. Disponible en: <http://oberri.org/wp-content/uploads/2012/10/Kaiser-permanente.pdf>.
10. INE (Instituto Nacional de Estadística). Estimaciones de la población actual en España: Población por fecha de referencia, comunidad autónoma, sexo y edad. Consultado: 2 de Mayo de 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/>
11. Roberto A. Ingaramo. Estudio Nacional sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Revista federación argentina de cardiología 2005; 34: 104-111
12. Guirao Goris, Josep Adolf. Los cuidados cotidianos enfermeros en la hipertensión. III Congreso Estatal de la Asociación de Enfermería Comunitaria. 2000.
13. Salleras Sanmartin L. Educación Sanitaria, principios, métodos, aplicaciones. Ed. Díaz de Santos SA. Año 1990, Pág.151.

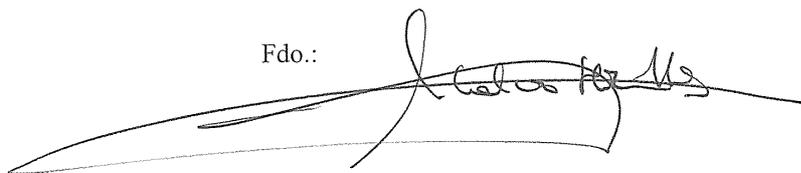
Anexo VII: Permiso del Centro.

Arnedo 28 de marzo de 2013

D^a Mercedes Calvo Hornillos como directora del Centro de Salud Puerta de Arnedo, autoriza a D^a Lorena Merino Garrido a realizar el Trabajo fin de Master, sobre **“La adherencia al tratamiento anti-hipertensivo”** en la población adscrita a un cupo médico.

Para que surtan los efectos oportunos

Fdo.:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mercedes Calvo Hornillos', written over a horizontal line.

D^a Mercedes Calvo Hornillos

Directora del Centro de Salud Puerta de Arnedo

Consejos prácticos para no olvidar tomar sus pastillas

- ❖ *Ponga la alarma de su reloj a la hora de la toma de la medicación.*
- ❖ *Coloque las pastillas en un lugar visible.*
- ❖ *Acostúmbrese a tomar la medicación al oír el despertador, tomar el café o cepillarse los dientes.*
- ❖ *Pida ayuda a sus familiares para que se lo recuerden.*
- ❖ *Controle cada mes, si se ha olvidado alguna toma, contando los medicamentos.*
- ❖ *Si tiene dudas sobre su medicación consulte con su médico.*
- ❖ *Procure tener las pastillas en casa antes de que se acaben.*
- ❖ *Si se da cuenta de algún olvido, tómasela antes de finalizar el día.*

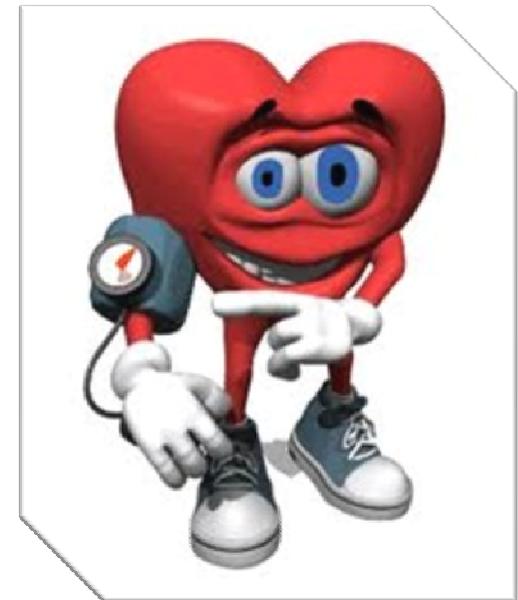


¿Sabías que...?

- *La reducción de peso lleva consigo la disminución de la tensión arterial entre 5-20 mm Hg por cada 10 kilos perdidos.*
- *Una dieta rica en frutas, verduras y baja en grasas saturadas, reduce la tensión entre 8-14 mm Hg.*
- *Tomar menos de dos gramos de sal en la dieta disminuye la tensión 5 mm Hg.*
- *Disminuir el consumo de alcohol reduce la tensión entre 2-4 mm de Hg.*
- *Realizar ejercicio físico ayuda a reducir las cifras de tensión entre 4-9 mm Hg.*

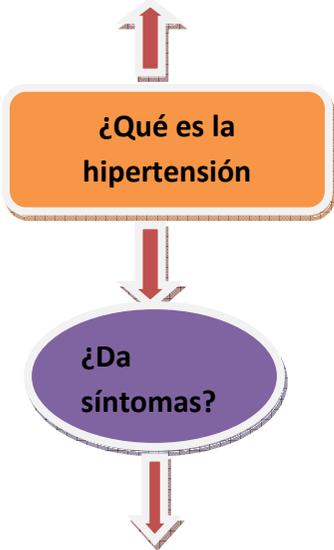
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Porque tomarse la tensión, no baja la tensión.





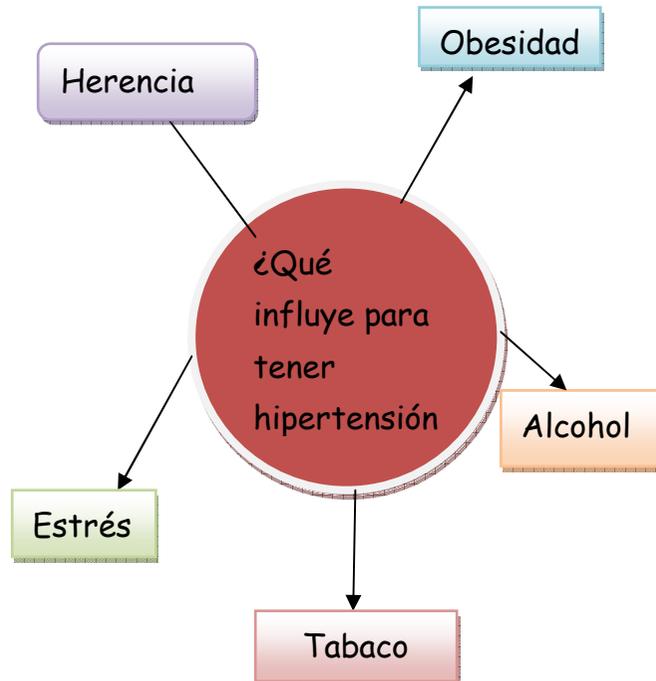
Es una enfermedad producida por el aumento de la presión de sangre en las arterias. Se dice que una persona es hipertensa cuando sus valores de tensión son mayores de 140-90 mm Hg



NO. Por eso se le denomina como "mal silencioso".

Complicaciones de la Hipertensión

- ❖ Cerebro: Hemorragia o trombosis.
- ❖ Corazón: Infarto.
- ❖ Riñón: Insuficiencia renal.
- ❖ Ojos: Hemorragias.
- ❖ Mala circulación de las piernas.



¿Cómo se trata la hipertensión?

Controlar el peso	
Reducir el consumo de sal	
Reducir el consumo de grasas	
Realizar ejercicio físico	
Evitar el consumo de alcohol y tabaco.	
Tomarse la medicación	