



UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso 2014-2015

Convocatoria: Junio 2015

El mejor tratamiento;

Una buena adhesión

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor/a: Iranzu Martínez Pérez

Tutor/a: Gregorio Tiberio López

RESUMEN

La Hipertensión Arterial constituye un problema de Salud Pública en nuestro país por su gran prevalencia, siendo, además, un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Por su parte, los pacientes hipertensos presentan una alta tasa de incumplimiento al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico y un mal control, en general, de los niveles de tensión arterial.

El presente trabajo trata de abordar esta situación mediante el desarrollo de un plan de educación dirigido al personal de Enfermería debido al importante papel que desempeñan los profesionales de la salud en el diagnóstico, seguimiento y educación del paciente hipertenso. En él se proponen una serie de estrategias sencillas, económicas y fáciles de aplicar y se busca su incorporación en la práctica habitual de estos profesionales.

Con todo esto se pretende contribuir a un mejor cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y, por tanto, una mejora en sus cifras de tensión arterial, con todos los beneficios que ello conlleva.

PALABRAS CLAVE

Hipertensión arterial, Adhesión al tratamiento, Cumplimiento terapéutico, Tratamiento farmacológico y no farmacológico, Enfermería

KEY WORDS

High blood pressure, Treatment adherence, Therapeutic compliance, Pharmacological and non-pharmacological treatment, Nursing

ABSTRACT

High Blood Pressure represents a public health problem in our country due to its high prevalence, being also a risk factor for the development of cardiovascular disease.

Moreover, hypertensive patients show a high rate of non-compliance to both pharmacological and non-pharmacological treatment as well a poor control, in general, of blood pressure levels.

This project aims to address this situation through the development of an education plan directed at nursing staff considering the important role that health professionals play in the diagnosis, monitoring and education of hypertensive patients. It proposes a series of simple, economical and easy-to-apply strategies and seeks its incorporation into the usual practice of these professionals.

All this is intended to contribute to a better treatment compliance by patients and, in turn, an improvement in their blood pressure levels, with all the benefits that this entails.

Contenido

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1- Introducción y justificación.....	1
1.2- Prevalencia de la HTA y del incumplimiento terapéutico	1
1.3- Definición y clasificación de la Hipertensión Arterial	2
1.4- Etiología de la Hipertensión Arterial	3
1.5- Métodos de medida de la presión arterial	5
1.6- Tratamiento de la HTA.....	8
1.7- La adherencia terapéutica	11
1.8- Estrategias para mejorar la adhesión al tratamiento.....	14
2. HIPÓTESIS	18
3. OBJETIVOS	18
3.1- Objetivo principal	18
3.2- Objetivos secundarios	18
4. METODOLOGÍA	19
4.1- Búsqueda	19
4.2- Análisis estratégico	20
5. PLAN DE MEJORA/PLAN DE EDUCACIÓN	21
6. REFLEXIÓN ÉTICA	26
7. CONCLUSIONES.....	27
8. BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXO 1.....	30
ANEXO 2.....	32

1. MARCO TEÓRICO

1.1- Introducción y justificación ^(1, 2, 3, 4, 5)

La Hipertensión Arterial (HTA) es una de las principales enfermedades crónicas que afectan a la población actual. Constituye, además, un importante factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (ECV).

Su tratamiento consiste en una serie de medidas farmacológicas y no farmacológicas, pero el punto clave para un buen control de esta enfermedad es el cumplimiento por parte del paciente de todas ellas. El incumplimiento terapéutico conlleva una mayor morbi-mortalidad y, a medio plazo, un aumento de las consultas médicas, ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, despilfarro económico y medicación adquirida que no se consume. En resumen, se asocia a la ineficacia de las actividades sanitarias. ⁽⁵⁾ Por ello, es importante que el paciente conozca en qué consiste la enfermedad y tome conciencia de la importancia de mantener la TA dentro de los límites normales.

La enfermera de Atención Primaria juega un papel fundamental en el diagnóstico y seguimiento de la HTA, la medida de la presión arterial, ya sea en consulta o en otras modalidades como la automedida de la presión arterial (AMPA) y la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), así como el asesoramiento y seguimiento del paciente tanto en el tratamiento farmacológico como en el no farmacológico. Es importante que sepa transmitir de forma adecuada los conocimientos y tenga una serie de habilidades y capacidades para motivar e implicar al paciente en todo este proceso.

Con el fin de transmitir todos estos conocimientos a los pacientes, primero es necesario que se forme al personal de enfermería. Por ello, se hace necesario el desarrollo de este Plan de mejora en el que se profundiza en todos los aspectos que influyen en el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y en las capacidades y habilidades que el personal de Enfermería ha de poner en práctica para lograr una buena adhesión y cumplimiento del tratamiento.

1.2- Prevalencia de la HTA y del incumplimiento terapéutico ^(1,2,3,4,6,7,8,9)

La Hipertensión Arterial tiene una alta prevalencia en los países desarrollados, donde afecta a casi el 40% en la población adulta. Se prevé que para el 2025 aumente en un 24% en los países desarrollados y hasta un 80% en aquellos en vías de desarrollo. Por tanto, es un problema socio-sanitario de primera magnitud.

En España la HTA afecta al 35% de la población adulta, pero este porcentaje se eleva hasta un 68% en los mayores de 65 años, quienes tienen un menor grado de control de la enfermedad. Si nos centramos en la Comunidad Foral de Navarra, el estudio RIVANA (Estudio Riesgo Vascular en Navarra), indica que el 50,9% de los hombres y el 39,4% de las mujeres de 35 a 84 años están diagnosticados de HTA o presentan cifras superiores a 140/90 en dicho estudio. ⁽⁸⁾

Se calcula que el 60-70% de la HTA de una agrupación familiar se debe a factores genéticos, y el otro 30-40% restante se asocia con factores ambientales (dieta, estilo de vida...). Es importante resaltar la influencia de estos últimos. Se ha demostrado la relación entre el consumo de sal en la dieta y la elevación de los valores de la TA, así como los beneficios que aportan la "dieta mediterránea" rica en frutas y verduras y el ejercicio físico. El tabaquismo, el alcohol y el sedentarismo se asocian con un mayor riesgo cardiovascular, agravando los efectos de la HTA.

El aumento de la TA (especialmente del componente sistólico) está asociado, además, al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, también de gran prevalencia en nuestra sociedad. En España se estima que está relacionada con un 42% de las muertes coronarias y con un 46,4% de las muertes por enfermedades cerebrovasculares. Además, con frecuencia va unida a otros factores de riesgo cardiovascular, principalmente a alteraciones en el metabolismo de lípidos y de hidratos de carbono y a la obesidad, por lo que, en este tipo de pacientes, aumenta la repercusión de los valores elevados de PA.

Por otro lado, el bajo nivel de conocimiento y control de la enfermedad por parte de los pacientes hace que la mitad de ellos abandone el tratamiento a partir del primer año del diagnóstico y sólo el 50% de los pacientes restantes tome correctamente la medicación (al menos el 80% de los medicamentos prescritos). Esto explica que aproximadamente el 75% de los hipertensos no logre un control óptimo de la enfermedad.

“En los estudios PRESCAP realizados en los años 2002 y 2006 se incluyeron pacientes mayores de 18 años, diagnosticados de HTA y que recibían tratamiento antihipertensivo. El grado de control de la presión arterial (PA) que se ha encontrado en estas dos muestras, las más amplias de las realizadas hasta ahora en nuestro país, fue del 36,1% en 2002 y del 41,4% en 2006. Estos porcentajes fueron respectivamente del 33,5% y 38,2% en los hipertensos de 65 o más años de edad, y del 9,1% y 15,1% en pacientes diabéticos. El 51,9% de los hipertensos presentaba riesgo cardiovascular añadido alto o muy alto. El control de la PA disminuía conforme aumentaba el RCV.”⁽⁹⁾

Por todo ello, una buena adhesión y cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico (dieta y estilo de vida) son importantes para lograr un buen control de las cifras de la TA y se asocian con una reducción de las complicaciones asociadas, las tasas de mortalidad cardiovascular, los ictus y los eventos cardíacos y coronarios.

1.3- Definición y clasificación de la Hipertensión Arterial^(2,5,10,11)

La definición más consensuada de Hipertensión Arterial es la aquella que la define como la elevación crónica de la presión arterial por encima de los límites normales. Se considera HTA cuando, tras tres tomas separadas una semana entre sí, la TA sistólica (PAS) es igual o superior a 140mmHg y la TA diastólica (PAD) es igual o superior a 90mmHg, en personas no tratadas con fármacos antihipertensivos.

En la tabla 1 se muestra la clasificación de la HTA según la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) y la Sociedad Española de Cardiología (SEC) de 2013. Se muestra también la clasificación descrita en las guías del JNC-8 (Eight Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) que engloba las cifras normales y normales-altas dentro de la categoría de “Prehipertensión”, por la alta probabilidad de que estos pacientes desarrollen una hipertensión en el futuro.

Tabla 1. Clasificación según niveles de presión arterial. ESH/SEC y JNC-8.⁽¹¹⁾

	NORMOTENSIÓN O HTA CONTROLADA			HTA		
CATEGORÍA (SEH/ESC)	ÓPTIMA	NORMAL	N-ALTA	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3
PAS (mmHg)	<120	120-129	130-139	140-159	160-179	≥180
PAD (mmHg)	<80	80-84	85-89	90-99	100-109	≥110
CATEGORÍA (JNC-8)	NORMAL	PREHIPERTENSIÓN		ESTADIO 1	ESTADIO 2	

Las cifras de TA son un importante indicador del riesgo cardiovascular de un paciente, pero no son el único. La mayoría de los pacientes presenta, además de la HTA, otros factores de riesgo cardiovascular, así como daños orgánicos o condiciones clínicas que potencian sus respectivos efectos negativos. Por ello, a la hora de determinar la necesidad y el tipo de tratamiento y control de un paciente es imprescindible realizar una evaluación integral, teniendo en cuenta sus características personales. Para valorar el riesgo cardiovascular de una persona se tienen en cuenta los factores señalados en la tabla 2. Así, en pacientes diabéticos o pacientes con riesgo alto o muy alto o con enfermedades clínicas acompañantes (ictus, IAM, disfunción renal, proteinuria) se recomienda mantener unas cifras de TA inferiores a 130/80 mmHg.

Tabla 2. Factores que influyen en el pronóstico. ⁽¹⁰⁾

Factores de riesgo cardiovascular	Daño en órganos vulnerables	Condiciones clínicas asociadas
Niveles de PAS y PAD (grado 1-3) Sexo: <ul style="list-style-type: none"> • Hombres > 55 años • Mujeres > 65 años Fumadores Dislipemia: <ul style="list-style-type: none"> • Colesterol Total > 240 mg/dl • LDL-c > 160 mg/dl • HDL-c < 45 mg/dl Historia de enfermedad cardiovascular en primer grado antes de los 50 años Obesidad e inactividad física	Hipertrofia ventricular izquierda Microalbuminuria (20–300 mg/día) Presencia de placas ateroscleróticas en Rx ó ultrasonidos (aorta, carótidas, coronarias, iliacas o femorales) Retinopatía Hipertensiva de grado III o IV	Diabetes Enfermedad Cerebrovascular extensa: <ul style="list-style-type: none"> • Ictus isquémico • Hemorragia cerebral • AIT Enfermedad cardiaca: <ul style="list-style-type: none"> • Infarto de Miocardio • Angina • Revasc. Coronaria • Insuficiencia cardiaca Enfermedad Renal: <ul style="list-style-type: none"> • Creatinina plasma > 1.5 mg/dl • Albuminuria > 300 mg/día Enfermedad Vascular Periférica

1.4- Etiología de la Hipertensión Arterial ^(10,12)

En función de su etiología, la HTA se clasifica en dos grandes grupos: la hipertensión arterial esencial, que engloba el 90-95% de todos los pacientes, y en la que no se encuentra una causa, y la hipertensión secundaria, que representa el 5-10% de los pacientes, en la que sí que podemos determinarla (normalmente asociada a las personas de menor edad).

$$\text{Presión arterial} = \text{Gasto cardíaco} \times \text{Resistencia vascular}$$

Teniendo en cuenta que la presión arterial depende del Gasto cardíaco y la resistencia vascular, los factores que contribuyen al desarrollo de la Hipertensión Arterial son fundamentalmente tres; el aumento de la contractibilidad miocárdica, el aumento del volumen circulante y el aumento de la resistencia vascular periférica.

El aumento de la actividad simpática y la disminución de la actividad parasimpática son los principales contribuyentes al aumento de la contractibilidad cardíaca. El aumento de la actividad simpática puede estar provocado por un aumento de la estimulación desde el centro vasomotor del sistema nervioso central, la estimulación hormonal (tiroxina, angiotensina II) o el aumento de la liberación de catecolaminas en las glándulas suprarrenales.

El volumen circulante del sistema arterial puede verse aumentado debido a una redistribución de la volemia, por un aumento del retorno venoso mediado por el aumento de la actividad alfa adrenérgica, que ocasiona venoconstricción aumentando, así, el volumen sanguíneo intratorácico. También puede deberse a un aumento real de la volemia debido a un desequilibrio entre los mecanismos de retención y excreción de agua y sodio a nivel renal. Puede existir una retención excesiva de sodio por aumento de Angiotensina II, aldosterona u otros mineralocorticoides, insulina, aumento de la actividad simpática renal o aumento de la actividad de los canales de sodio. Así mismo, puede haber una disminución de los mecanismos renales de excreción de sodio (por disminución del número de nefronas, disminución de la acción de los péptidos natriuréticos o de la acción del óxido nítrico renal). En la mayoría de los pacientes con hipertensión crónica la causa principal del mantenimiento de la HTA es una disfunción renal primaria o secundaria de origen genético o adquirido, que provoca un desequilibrio en la retención o excreción de agua y sodio.

En cuanto a la resistencia vascular se encuentra elevada en todos los pacientes hipertensos en la fase crónica. Los principales mecanismos reguladores son el sistema renina-angiotensina-aldosterona, el sistema parasimpático, los factores derivados del endotelio (endotelina y el óxido nítrico) y las alteraciones de la membrana de las células lisas musculares de las arterias. La disfunción endotelial puede estar provocada por una disminución de la síntesis de vasodilatadores como el óxido nítrico o un aumento de la síntesis de vasoconstrictores como la endotelina o la angiotensina II.

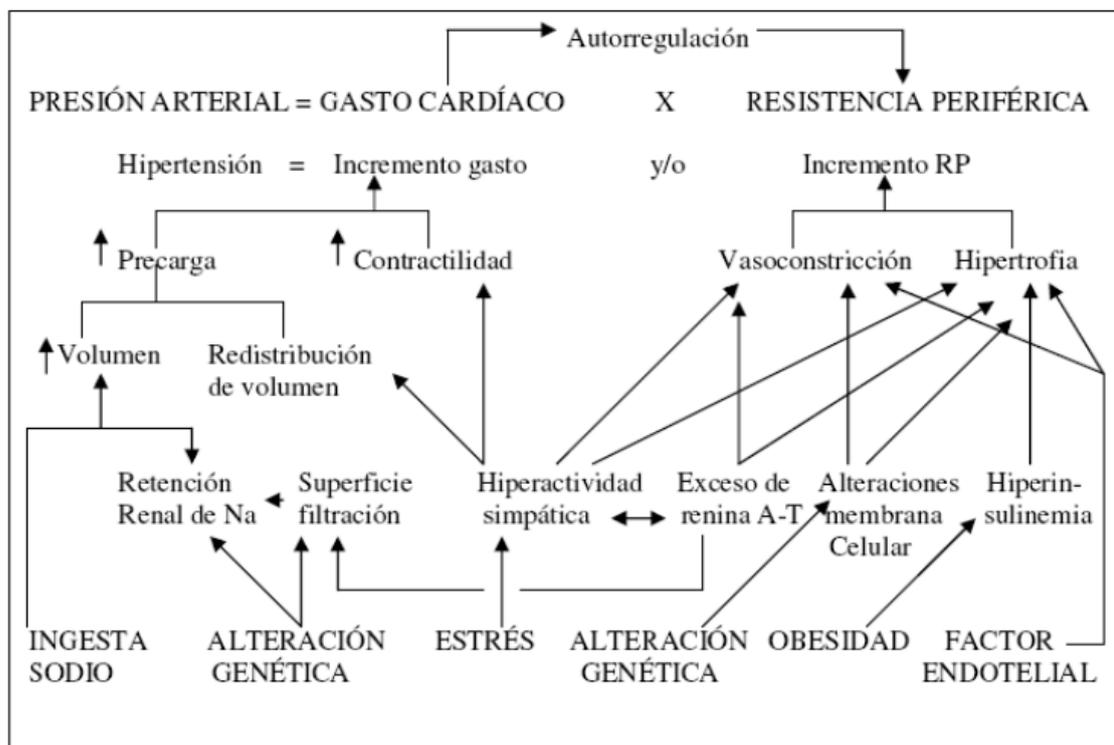


Figura 1. Etiología de la Hipertensión Arterial.⁽¹⁰⁾

1.5- Métodos de medida de la presión arterial ^(5,11,13)

Es fundamental realizar un diagnóstico temprano y certero de la HTA, por las siguientes razones:

- El aumento de la TA no tiene unas manifestaciones clínicas específicas hasta que causa un daño orgánico.
- Es un problema muy prevalente en la sociedad y constituye un riesgo importante de ECV, especialmente si va unida a otros factores de riesgo.
- Es reversible, al menos parcialmente, con el tratamiento adecuado.
- Existe una relación directa entre el grado de elevación de las cifras de TA y el beneficio que supone reducirlas a los límites adecuados.
- El método de medida y diagnóstico es sencillo y muy fiable si se realiza en las condiciones adecuadas.

La medida de la TA es una de las exploraciones médicas más realizadas (generalmente es el personal de Enfermería quien asume el papel principal en su medición), pero su fiabilidad depende de muchos aspectos, ya que la TA se puede ver modificada por diferentes situaciones externas e internas del paciente como son la actividad física, el dolor, la ansiedad, la hora del día, el síndrome de la bata blanca etc.

Por ello, es importante conocer las diferentes técnicas de medida de la TA y cuál es el modo correcto de llevarlas a cabo (Anexo I). Existen tres tipos de medida de la TA:

- Medida de la presión arterial en consulta.
- AMPA: automedida domiciliaria de la presión arterial.
- MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial.

La medida de la PA en consulta ofrece una estimación puntual de la TA que puede no ser real ya que a veces esta se eleva en presencia de personal sanitario o las condiciones del paciente en consulta no son la ideales. Como complemento a esta técnica surgen la AMPA y MAPA que nos permiten tener una idea más exacta de la variabilidad de la PA de un paciente durante un mismo día o a lo largo del tiempo. Son técnicas adicionales y complementarias a la medida de la PA en consulta y nunca sustitutivas al seguimiento del paciente en la consulta.

1.5.1- Medida de la presión arterial en consulta

Es la más común de las tres y la que más se utiliza. La medida de la TA debe llevarse a cabo cuidadosamente para evitar errores en el diagnóstico o la evaluación del grado de control de la TA del paciente. Se ha de realizar según las recomendaciones de la ESH. La TA se mide de manera indirecta, con ayuda de un esfigmomanómetro que ocluye la arteria braquial con un manguito. Auscultando la fosa antecubital se pueden distinguir los sonidos arteriales de Korotkoff. El primer sonido coincide con la PA sistólica, y el último ruido con la diastólica.

Los mejores dispositivos de medida son los esfigmomanómetros de mercurio, pero debido a su toxicidad la Unión Europea promueve un mayor uso de los esfigmomanómetros aneroides y de los aparatos automáticos.

1.5.2- Automedida de la presión arterial (AMPA)

Se define AMPA como la medida de la PA realizada por el paciente o sus familiares fuera del consultorio, normalmente en el domicilio.

Según el SEH-LELHA la AMPA está indicada para la detección del fenómeno de la bata blanca, la identificación de HTA aislada en consulta, el diagnóstico de HTA leve sin lesión de órgano diana, la evaluación de la HTA episódica o con variabilidad, la detección de episodios de hipotensión, la valoración de la respuesta al tratamiento, la hipertensión no controlada, en pacientes que precisan de un mayor control de la TA y en pacientes con menor acceso a los servicios sanitarios.

Se desaconseja su uso en pacientes incapaces de desarrollar una técnica correcta, en pacientes con arritmias cardíacas, con ansiedad por el resultado de la medida, hipocondría o trastornos obsesivos, en pacientes no colaboradores o cuando hay sospecha de manipulación de los resultados y en pacientes que se automedican en función de los valores de las medidas.

La principal ventaja de la AMPA es que, gracias al gran número de lecturas de la PA durante un periodo de tiempo y en diferentes momentos, se obtiene una gran precisión de la PA que nos permite realizar un diagnóstico certero de la HTA mantenida y de la HTA clínica o síndrome de la bata blanca, así como conocer el efecto de los fármacos hipertensivos. También aumenta la implicación del paciente en el control de la HTA y reduce el número de visitas al centro sanitario así como el coste farmacéutico.

Para que los valores de la AMPA sean fiables es imprescindible que el paciente conozca la técnica, realice correctamente las mediciones y también que utilice equipos válidos y fiables.

Los valores obtenidos mediante la AMPA suelen ser menores que los obtenidos en consulta y se consideran como límites superiores de normalidad cifras de 130-135mmHg para la PAS y de 85mmHg para la PAD.

1.5.3- Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA)

Es la medición de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca durante 24 horas a intervalos programados, utilizando un dispositivo automático no invasivo que lleva incorporado el paciente durante todo el día mientras realiza sus actividades cotidianas. Se realizan, así un gran número de medidas que se pueden procesar estadísticamente.

Tiene una gran utilidad clínica adicional a la medición de la TA en consulta ya que presenta una relación más estrecha con la TA en la vida diaria del paciente.

La MAPA está indicada para el diagnóstico de HTA aislada en consulta (fenómeno de la bata blanca), la confirmación de HTA en pacientes recién diagnosticados sin afectación de órgano diana, para evaluar la TA resistente al tratamiento, ante sospecha de una posible TA enmascarada o aislada etc. Se desaconseja su uso en pacientes que presentan fibrilación auricular, extrasístoles u otras taquiarritmias, pacientes con una circunferencia de brazo mayor de 42cm y ante negativa o cooperación insuficiente del paciente.

Esta técnica presenta múltiples ventajas; permite realizar múltiples medidas de la TA a un paciente en su ambiente normal y durante sus actividades habituales, realizar mediciones durante el sueño, estimar el ritmo circadiano, presenta una mayor correlación con posibles lesiones en órganos diana y mejor pronóstico cardiovascular, permite

comprobar la eficacia de un tratamiento farmacológico a lo largo de 24 horas y por tanto poder realizar un mejor ajuste de dosis y saber el momento óptimo de administración.

Entre sus desventajas se encuentran la posible pérdida de datos en caso de fallo del equipo o falta de cooperación, posible interferencia con el trabajo o sueño, posible intolerancia por molestias, alergias o síntomas de isquemia, elevado coste de la técnica y la necesidad de mantenimiento del equipo y entrenamiento del personal para su manejo.

En cuanto a la técnica de medida de la MAPA el equipamiento estándar incluye un manguito, un monitor que lleva el paciente en la cintura y un tubo que conecta el manguito al monitor. Durante 24 horas la TA se mide cada 15-30 minutos incluyendo periodos de vigilia y sueño. El monitor registra y almacena los datos que, posteriormente, son descargados y analizados en el ordenador gracias a un programa informático específico.

A continuación se muestran los valores aceptados como límite de normalidad para los valores medios de PA diurna, nocturna y de 24 horas obtenidos mediante AMPA según la guía de Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología 2007. ⁽⁵⁾

Tabla 3. Umbrales de presión arterial (mmHg) para definir la HTA mediante MAPA. ⁽⁵⁾

VALORES MEDIOS DE REFERENCIA PARA LA PRESIÓN ARTERIAL POR MAPA (mmHg)		
Periodo	Límite superior de normalidad	
	PAS	PAD
24 horas	<125-130	<80
Vigilia	<130-135	<85
Sueño	<120	<70

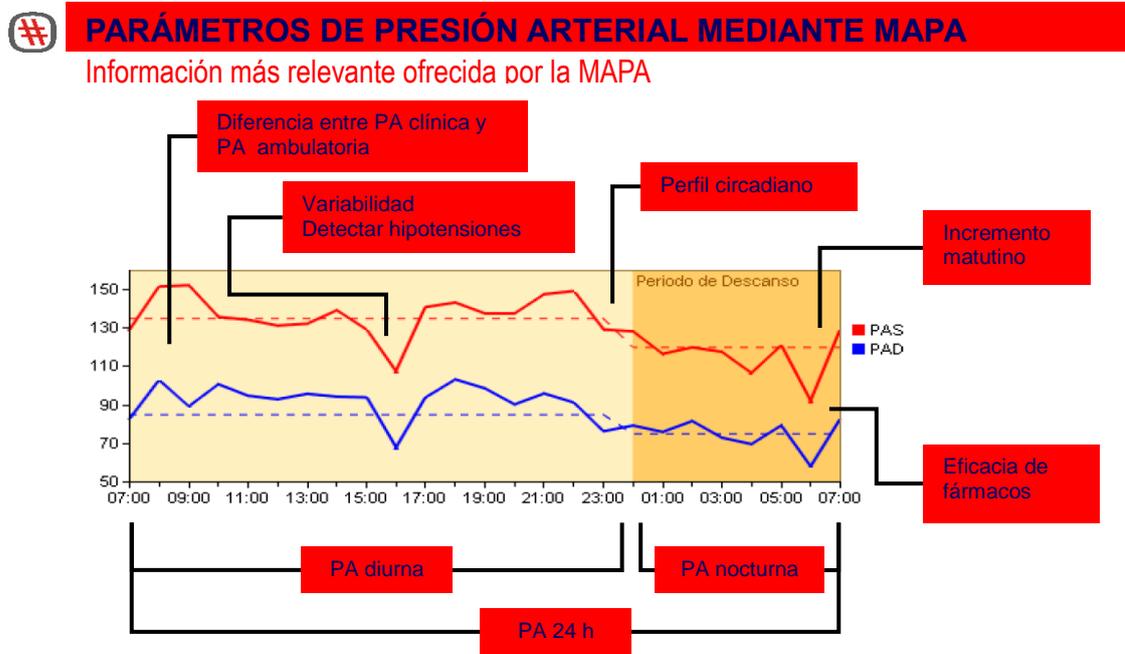


Figura 2. Parámetros de PA obtenidos mediante MAPA. Fuente: SEH-LELHA.

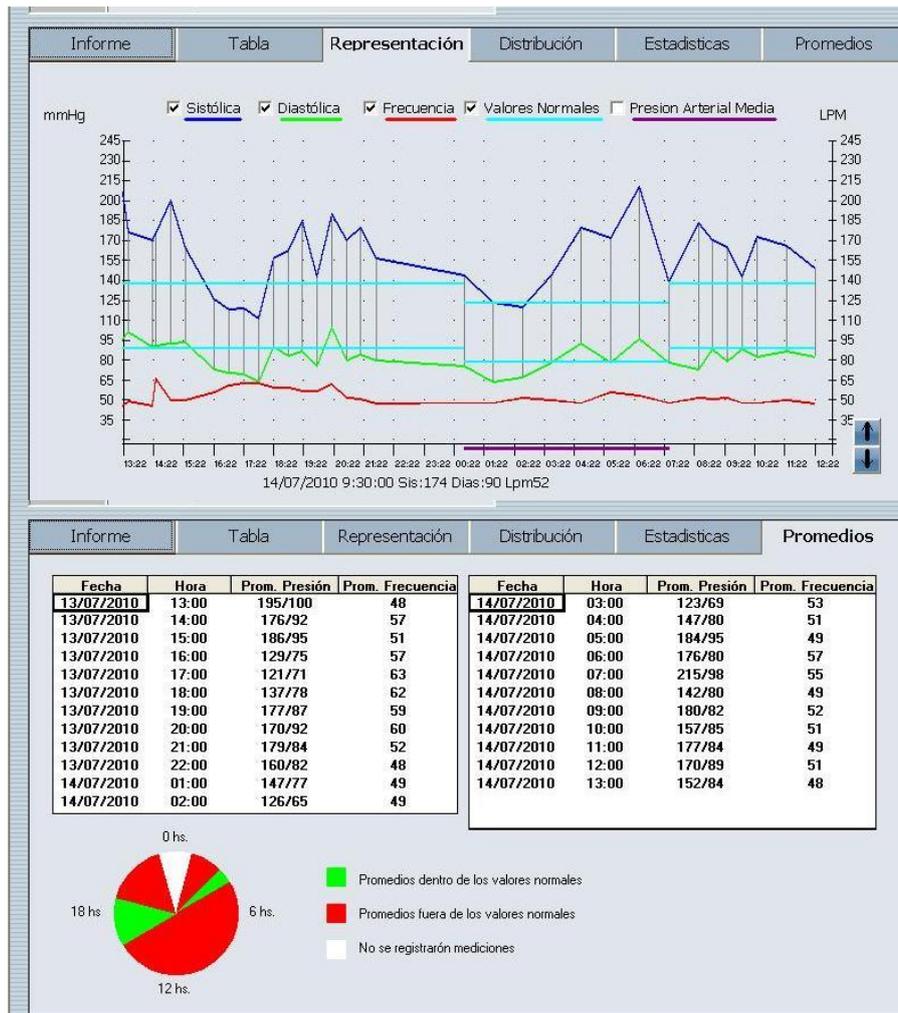


Figura 3. Ejemplo de un registro MAPA o holter durante 24h. Fuente: Cardioimagenes. Disponible en: http://cardioimagenes.com.ar/studies_%5Bm%5D.html

1.6- Tratamiento de la HTA (1,5,11,13,14)

El abordaje terapéutico de los pacientes hipertensos se realiza de forma tanto farmacológica como no farmacológica, siendo de gran importancia una buena adhesión y seguimiento de ambas modalidades.

1.6.1- Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico de la HTA tiene gran importancia ya que tiene como objetivo disminuir la TA y el riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos gracias a medidas dirigidas a cambiar el estilo de vida y los hábitos no saludables. Estos cambios deben ser instaurados en todos los pacientes hipertensos o con PA normal/alta como tratamiento inicial o bien complementando el tratamiento farmacológico.

El papel de Enfermería cobra gran importancia ya que estas recomendaciones de estilo de vida no han de darse como una simple información, sino que han de instaurarse e implantarse en la vida diaria del paciente con un apoyo adecuado y deben reforzarse. Además, dado que el cumplimiento es escaso y la respuesta de la PA es muy variable, el control por parte de enfermería, sobretodo de los pacientes que no reciben tratamiento farmacológico, resulta fundamental.

Los cambios del estilo de vida que ayudan a reducir la PA son:

Reducción de peso: se recomienda mantenerse en el peso ideal (IMC: 20-25kg/m²). También se utilizan los índices de obesidad central o abdominal ya que presentan una mejor correlación con el desarrollo de ECV. La reducción de 1kg de peso reduce aproximadamente 1mmHg la TA y disminuye la necesidad de medicación antihipertensiva en pacientes con tratamiento antihipertensivo. También tiene un efecto beneficioso sobre algunos factores de riesgo cardiovascular como la insulinoresistencia, la diabetes, la hiperlipidemia y la hipertrofia ventricular izquierda.

Los beneficios de la pérdida de peso sobre la TA aumentan cuando se combina simultáneamente con otras medidas como el aumento de la actividad física, la reducción del consumo de alcohol y la restricción en el consumo de sal.

Para perder peso se recomienda seguir una dieta sana; reducir la comida rica en grasas y aceites (especialmente las grasas saturadas y los fritos), aumentar la ingesta de verduras, frutas, legumbres y pescados, reducir las comidas y bebidas ricas en azúcares etc.

Restricción del consumo de sal: la ingesta de sal está en relación directa con el aumento de la TA y el riesgo cardiovascular. Por ello se recomienda disminuir su consumo a 5g/día o eliminarla de la dieta. Se han de evitar alimentos con alto contenido en sal, disminuir la cantidad de sal utilizada para cocinar los alimentos, evitar el consumo de alimentos envasados y precocinados así como la comida rápida. Desde la Sociedad Española de Cardiología y la Liga contra la Hipertensión Arterial (SELELHA) se procedió a mantener con las industrias un acuerdo para reducir la cantidad de sal de los alimentos. “MENOS ES MÁS” (menos sal implica una mejor salud).⁽¹⁴⁾

Limitación del consumo de alcohol: el consumo de alcohol se relaciona con un aumento de las cifras de PA y prevalencia de hipertensión. Además el consumo compulsivo está asociado con la mortalidad por ictus. Se recomienda a los pacientes hipertensos que no consuman alcohol, en caso de ser abstemios, o que lo hagan de forma moderada (menos de 30g/día en varones y 20g/día en mujeres).

Aumento de la actividad física: el ejercicio físico aeróbico tiene un efecto antihipertensivo moderado, que aumenta cuando va acompañado de una disminución de la ingesta de calorías. Se recomienda realizar cualquier tipo de actividad física aeróbica (la actividad física ha de ser fundamentalmente de resistencia; caminar, correr, nadar). Como mínimo se exige caminar durante 30-45min diarios al menos 5 días a la semana. En cualquier caso la cantidad y el tipo de ejercicio ha de ser personalizada para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, la forma física, las preferencias de la práctica deportiva etc. No se recomiendan los ejercicios isométricos intensos (como el levantamiento de pesas) ya que pueden tener un efecto vasopresor.

Abandono del tabaco: es una de las medidas más eficaces en la prevención de enfermedades cardiovasculares y no cardiovasculares en pacientes con hipertensión. Es quizá, una de las medidas más difíciles de cumplir debido a la adicción que provoca el tabaco y a la gran fuerza de voluntad necesaria para dejarlo.

Modificación de los hábitos dietéticos: se recomienda aumentar el consumo de frutas (2-3 piezas de fruta al día), verduras (2 o más raciones al día de verdura y hortalizas), legumbres (al menos 3 veces por semana) y productos lácteos desnatados y sustituir gran parte de la carne por pescado. También se aconseja consumir con mayor frecuencia

carnes blancas (aves sin piel y/o conejo) que rojas, embutidos u otras carnes procesadas (hamburguesas, salchichas etc.) y aumentar el consumo de pescados o mariscos a 3 veces por semana como mínimo. Se ha de limitar el consumo de nata, mantequilla y margarina, las bebidas azucaradas, la bollería y la repostería y alimentos o platos precocinados.

1.6.2- Tratamiento farmacológico

Numerosos estudios han demostrado la eficacia del tratamiento farmacológico en la reducción de la tensión arterial y la morbimortalidad cardiovascular en los pacientes hipertensos. Por ello, es ampliamente utilizado para el control de sus cifras de PA.

Esta situación hace que resulte fundamental para los profesionales de Enfermería un conocimiento en profundidad de los fármacos antihipertensivos, sus recomendaciones de uso, dosis y efectos adversos para poder informar y educar al paciente hipertenso, así como para poder realizar una correcta valoración y seguimiento del cumplimiento en consulta.

Existen fundamentalmente 6 grandes grupos de fármacos empleados para el tratamiento de la HTA:

1. Diuréticos tiazídicos
2. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)
3. Antagonistas del calcio
4. Betabloqueantes
5. Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II)
6. Fármacos de acción central: Moxonidina.

Para iniciar el tratamiento se deben tener en cuenta el grado de hipertensión arterial, la presencia de lesión en órganos diana, la presencia de enfermedad cardiovascular y los factores de riesgo cardiovascular. El tratamiento debe comenzar con una dosis baja del fármaco(s) elegido. Esta elección ha de ser individualizada para cada paciente teniendo en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de los distintos grupos de fármacos. Se recomienda utilizar un fármaco de acción prolongada (que dure 24h) y que sólo requiera una toma diaria. La eficacia del fármaco se comprobará en un plazo de 4 a 6 semanas.

El objetivo principal suele ser reducir la TA por debajo de 140/90mmHg (o valores inferiores si es tolerado) en pacientes hipertensos y por debajo de 130/80 en diabéticos y pacientes de alto riesgo cardiovascular.

No suele lograrse el control de la PA mediante la monoterapia, por lo que muchos de los pacientes necesitarán que se asocien varios fármacos. Para la elección de un determinado fármaco o combinación de fármacos ha de tenerse en cuenta:

- La experiencia previa del paciente favorable o desfavorable con un determinado tipo de fármaco.
- El perfil de riesgo cardiovascular del paciente y el efecto de los fármacos sobre éste.
- La presencia de daño orgánico, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal o diabetes. (Se ha de evitar utilizar betabloqueantes junto con diuréticos en pacientes con síndrome metabólico o riesgo de Diabetes de nueva aparición).
- Presencia de otros procesos que limiten el uso de algunos grupos de fármacos.
- Posibles interacciones con otros fármacos.

- El coste del fármaco tanto para el paciente como para el servicio de salud.

Tabla 4: Instauración de cambios en el estilo de vida y tratamiento antihipertensivo farmacológico y objetivos del tratamiento en cada caso ⁽¹¹⁾

Otros factores de riesgo, daño orgánico asintomático o enfermedad	Presión arterial (mmHg)			
	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA de grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HTA de grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA de grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros FR	• No intervenir sobre la PA	• Cambios en el estilo de vida durante varios meses • Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de < 140/90	• Cambios en el estilo de vida durante varias semanas • Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de < 140/90	• Cambios en el estilo de vida • Tratamiento inmediato para la PA con un objetivo de < 140/90
1-2 FR	• Cambios en el estilo de vida • No intervenir sobre la PA	• Cambios en el estilo de vida durante varias semanas • Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de < 140/90	• Cambios en el estilo de vida durante varias semanas • Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de < 140/90	• Cambios en el estilo de vida • Tratamiento inmediato para la PA con un objetivo de < 140/90
≥ 3 FR	• Cambios en el estilo de vida • No intervenir sobre la PA	• Cambios en el estilo de vida durante varias semanas • Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de < 140/90	• Cambios en el estilo de vida • Tratamiento para la PA con un objetivo de < 140/90	• Cambios en el estilo de vida • Tratamiento inmediato para la PA con un objetivo de < 140/90
Daño orgánico, ERC de grado 3 o diabetes mellitus	• Cambios en el estilo de vida • No intervenir sobre la PA	• Cambios en el estilo de vida • Tratamiento para la PA con un objetivo de < 140/90	• Cambios en el estilo de vida • Tratamiento para la PA con un objetivo de < 140/90	• Cambios en el estilo de vida • Tratamiento para la PA con un objetivo de < 140/90
ECV sintomática, ERC de grado ≥ 4 o daño orgánico/FR	• Cambios en el estilo de vida • No intervenir sobre la PA	• Cambios en el estilo de vida • Tratamiento para la PA con un objetivo de < 140/90	• Cambios en el estilo de vida • Tratamiento para la PA con un objetivo de < 140/90	• Cambios en el estilo de vida • Tratamiento para la PA con un objetivo de < 140/90

(*) El riesgo cardiovascular viene indicado por colores. Verde: riesgo bajo/ amarillo: riesgo moderado/ naranja: riesgo alto/ rojo: riesgo muy alto.

1.7- La adherencia terapéutica

La adherencia al tratamiento se define, según Sackett y Haynes, como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden. ⁽¹⁵⁾

Es, por tanto, un término que hace referencia a una gran diversidad de conductas, que incluyen desde formar parte de un programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, visitar regularmente a los profesionales de la salud, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico. ⁽¹⁶⁾

Si hablamos de hipertensión, el 65% de los pacientes en tratamiento no controla adecuadamente sus cifras tensionales. Y este porcentaje de falta de control es mayor en pacientes de mayor riesgo como los diabéticos, ancianos y pacientes con insuficiencia renal. ⁽⁵⁾

1.7.1- Factores que influyen en la adherencia ^(6,15,17)

Los factores que influyen en la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico se pueden agrupar en cuatro grandes dimensiones:

Factores relacionados con el paciente y su entorno: sexo, edad, nivel de instrucción, nivel de apoyo familiar y social, conocimiento sobre la enfermedad, creencias sobre la enfermedad o mitos de la salud etc. Entre los principales factores que dificultan el cumplimiento del tratamiento se encuentran el deterioro cognitivo o sensorial del paciente, pérdida de visión o audición o estados alterados de ánimo que pueden hacer que el paciente no procese bien la información, que no aprenda correctamente o no recuerde toda la información y, como consecuencia, no siga de forma adecuada las instrucciones.

En el caso de la hipertensión arterial los principales factores que dificultan la adhesión son:

- Conocimientos y habilidades inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento.
- Desconocimiento de los costos y beneficios del tratamiento.
- No aceptación del monitoreo.

Factores relacionados con la patología: la hipertensión, al tratarse de una patología crónica genera mayores problemas de adherencia que las patologías agudas. La ausencia de síntomas percibidos por el paciente hace que disminuya la tasa de adhesión. El grado de aceptación de la enfermedad juega un papel muy importante, siendo mayor la adherencia en los pacientes que tienen la tienen más asumida.

Factores relacionados con el tratamiento: el tratamiento de la hipertensión generalmente es complejo, siendo necesaria la toma de varios fármacos en diferentes momentos del día, lo que dificulta su cumplimiento. La mala tolerancia a los fármacos y la presencia o temor a reacciones adversas también afecta negativamente a la adhesión por parte de los pacientes. Por último, también hay que tener en cuenta que el tratamiento de la hipertensión arterial requiere realizar algunas modificaciones en el estilo de vida del paciente que pueden resultar difíciles de introducir y mantener debido a sus costumbres y hábitos previos.

Factores relacionados con el equipo asistencial: se ha demostrado la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y la relación terapéutica entre el profesional sanitario y el paciente. Otros factores influyentes son la continuidad asistencial y una adecuada accesibilidad al centro. La implicación del personal de enfermería juega un papel importante en la detección de problemas en adherencia y refuerzo del plan terapéutico, en la supervisión del seguimiento del parte paciente. La falta de adiestramiento y conocimiento por parte del personal sanitario hace que disminuya la adhesión.

1.7.2- Tipos de no adherencia ^(15,17)

La no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones.

En función del periodo de seguimiento encontramos:

- Incumplimiento parcial: el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.

- Incumplimiento esporádico: el paciente incumple de forma ocasional (por ejemplo olvidar tomar una dosis o tomar una dosis menor).
- Incumplimiento secuencial: el paciente abandona el tratamiento por periodos de tiempo en los que se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.
- Incumplimiento completo: el paciente abandona el tratamiento de forma indefinida. Es más frecuente en los jóvenes.
- Cumplimiento de bata blanca: el paciente sólo se adhiere al tratamiento cuando está cercana la visita médica.

Otra forma de clasificar la no adherencia es:

- Primaria: el paciente no se lleva la prescripción de la consulta o se la lleva pero no la retira de la farmacia.
- Secundaria: el paciente se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvida el número de dosis, aumenta la frecuencia de la dosis o deja el tratamiento antes de lo indicado por el médico.

1.7.3- Métodos de medida de la no adhesión ^(17,18,19,20)

Actualmente no existe un único método para medir el grado de adhesión al tratamiento por parte de un paciente, sino que se utilizan diversos métodos, para compensar las insuficiencias de la medición de la adhesión.

Debemos destacar que la identificación en la práctica clínica del paciente no cumplidor es de gran importancia y se debe realizar diariamente, por lo que precisa emplear métodos sencillos sin consumir grandes esfuerzos y tiempo.

Las actuaciones de control de la adhesión al tratamiento han de ir dirigidas a todos los pacientes, ya que un buen control de la enfermedad no implica un buen cumplimiento del tratamiento. Sin embargo, son los pacientes ancianos polimedcados la principal diana de actuación sobre los que se han de aplicar periódicamente estos métodos, para detectar errores en la prescripción y reforzar actitudes correctas que mejoren el cumplimiento.

Los métodos utilizados para medir la adherencia al tratamiento son:

Métodos objetivos directos: se utilizan técnicas de laboratorio para medir los niveles de fármaco o metabolitos, normalmente en sangre o en orina. Se trata de métodos objetivos y específicos, pero pueden dar falsos positivos ya que sólo expresan que el fármaco ha sido ingerido (puede tratarse de un cumplidor de bata blanca, por ejemplo). Estos métodos obtienen índices de incumplimiento más elevados y no tienen mucha utilidad debido a que resultan costosos y se requiere infraestructura.

Métodos objetivos indirectos: gracias a ellos se valora y detecta la no adherencia en función de las circunstancias relacionadas con el grado de control de la enfermedad. Los más utilizados son:

- Recuento de comprimidos: se basa en el recuento de la medicación que queda en el envase que se ha prescrito al paciente y que debe llevar a las visitas programadas. También puede hacerse por sorpresa en el domicilio. Los inconvenientes son que no tiene en cuenta si los comprimidos que faltan han sido tomados por el paciente, desechados o entregados a otra persona. Sobretudo en ancianos puede infraestimar la adherencia ya que tienden a retirar las recetas de

la farmacia antes de que se les acabe la medicación y acumulan en el domicilio más comprimidos de los que necesitan.

- Asistencia a citas programadas: la ausencia a las citas programadas es una de las formas más frecuentes y graves de incumplimiento. Sin embargo esto no implica que los pacientes que acuden a las citas sean cumplidores ni tampoco que los que no acuden sean incumplidores. Es un método sencillo de realizar.
- Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada: es importante detectar el grupo de pacientes con fracaso terapéutico para analizar el porcentaje que es debido al incumplimiento. Sin embargo existen otros factores que pueden influir en los resultados y que, por tanto, disminuyen su eficacia.
- Valoración de los efectos adversos de los medicamentos: comprobar la presencia de los efectos esperados de la medicación (por ejemplo bradicardia cuando se trata a un paciente con betabloqueantes). Su principal limitación es que muchos de los medicamentos utilizados no producen efectos secundarios susceptibles de ser valorados y utilizados como indicadores.

Métodos subjetivos: Para facilitar la valoración del cumplimiento se dispone de una serie de métodos apoyados en la entrevista clínica, en los que, de forma directa, se le pregunta al enfermo sobre su cumplimiento. Valoran las conductas y los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento. Se ha demostrado que a mayor conocimiento de la enfermedad, mayor adherencia al tratamiento. Son métodos sencillos y económicos y los más adecuados cuando se quiere estudiar la adhesión de una amplia población, pero son poco objetivos ya que la información que utilizan suele provenir del médico, del paciente o de algún familiar lo que hace que, en general, sobreestimen la adherencia al tratamiento. Los más utilizados se recogen en el Anexo II.

1.8- Estrategias para mejorar la adhesión al tratamiento

Es fundamental el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico en el control y mantenimiento de los valores de TA. Por ello, es necesario y muy importante desarrollar programas de educación sanitaria encaminados a mejorar la adhesión terapéutica. Esto permitirá disminuir la morbi-mortalidad y, a su vez, reducir los costes sanitarios derivados. ⁽²¹⁾

En los últimos años el concepto tradicional de cumplimiento ha evolucionado hacia un concepto de adherencia asociado a la toma de decisiones compartida entre el paciente y el profesional sanitario, siendo el individuo quien adopta voluntariamente la conducta más beneficiosa para su salud. ⁽²¹⁾

La educación sanitaria del paciente es responsabilidad tanto del médico como del personal de Enfermería y se considera un pilar básico de la adherencia. Sin embargo, el número de visitas de seguimiento por parte de Enfermería es mayor, por lo que la educación sanitaria constituye una de sus labores primordiales. La función específica de las enfermeras es incentivar la actitud del paciente mediante la educación sanitaria y establecer las etapas del cambio en que se encuentran. Es necesario crear un clima de confianza con el paciente que permita la expresión de sentimientos y la aclaración de dudas. ⁽¹⁾

El profesional de Enfermería realiza una importante labor de educación sanitaria con el paciente, informándole de forma clara y sencilla sobre su proceso, qué factores influyen en su salud y la importancia que tiene el control de los mismos, aportando medidas para

prevenir o disminuir en lo posible su riesgo cardiovascular. Estas medidas llevan implícitas una serie de enseñanzas de técnicas de autocontrol como la AMPA o el control de la glucemia en pacientes con diabetes, además de otros cuidados en función de los problemas individuales detectados. Por todo ello, la consulta de enfermería puede y debe contribuir a la mejora en el grado de control de la enfermedad hipertensiva y sus complicaciones. ⁽¹⁾

1.8.1- Consideraciones generales ^(22,23,24)

Antes de realizar cualquier intervención educativa es necesario tener en cuenta una serie de medidas, independientemente de la intervención que se realice:

- Implicar a diferentes profesionales de la salud y abordar el incumplimiento desde distintos niveles y por distintos profesionales, obteniéndose mejores resultados. ⁽²²⁾
- Integrar las actuaciones en la práctica clínica diaria ya que, de este modo, no sólo se mejora la adherencia sino que la hace extensible a un grupo mayor de pacientes, mejorando su efectividad y actuando como actividad preventiva del incumplimiento. ⁽²²⁾
- Individualizar la intervención: dado que el incumplimiento tiene un origen multifactorial y que, en general, las actividades van dirigidas a personas concretas, es necesario individualizar las estrategias utilizadas en función de los factores implicados en cada caso y a las características individuales del incumplidor. ⁽²³⁾
- Fortalecer la relación: al establecer una adecuada relación entre el profesional y el paciente creándose un vínculo que les permite entenderse y establecer conjuntamente una estrategia terapéutica que el paciente acepta como propia, con el fin de reducir las tasas de abandono. Así mismo, al existir una relación de confianza, el paciente reconoce abiertamente al profesional sus problemas con el tratamiento y responde mejor a las intervenciones que se le propongan para solucionarlos. ⁽²³⁾
- No culpabilizar al paciente, ya que él es sólo uno de los factores implicados en el incumplimiento. ⁽²³⁾
- Actuar no solamente en el paciente que no cumple el tratamiento, sino también en el resto de pacientes. ⁽²²⁾
- Aceptar los principios de autonomía del paciente y la toma de decisiones compartida, que supone que el paciente, una vez informado de manera adecuada, tiene derecho a decidir si quiere tomar o no la medicación. ⁽²⁴⁾

1.8.2- Estrategias para mejorar la adherencia ^(22,23,24)

Las estrategias utilizadas para mejorar la adhesión pueden ser clasificadas en cinco grandes grupos:

1. Estrategias simplificadoras del tratamiento. Toda estrategia encaminada a simplificar el tratamiento contribuirá a mejorar la adherencia terapéutica.
2. Intervenciones informativas/educativas. Las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo la mejora del cumplimiento a través del aumento del conocimiento sobre su enfermedad, las posibles complicaciones, el tratamiento prescrito etc.

3. Intervenciones de apoyo familiar/social. Buscan aumentar la adherencia implicando en el proceso a la familia y el entorno social, ya que se ha demostrado que las personas que viven solas presentan mayores tasas de incumplimiento.
4. Intervenciones conductistas. La concienciación de los beneficios potenciales del tratamiento y la responsabilización por parte del paciente inciden de forma positiva en la adherencia terapéutica.
5. Combinación de intervenciones, debido al origen multifactorial del incumplimiento para aumentar el beneficio del tratamiento.

Las recomendaciones para mejorar la adhesión al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial son:

Tabla 5. Principales recomendaciones para la mejora de la adhesión al tratamiento en pacientes con HTA. Fuente: elaboración propia

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO
Relacionadas con el paciente
<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el nivel de apoyo familiar y social del paciente e involucrar a la familia ⁽²³⁾ - Valorar al paciente desde un punto de vista global ⁽¹⁷⁾ - Establecer una buena relación terapéutica ⁽⁶⁾ - Fomentar el uso de recordatorios y registros de la medicación ^(6,23,24) - Dar información escrita ⁽²³⁾ - Fijar metas periódicas ⁽²³⁾ - Utilizar pastilleros, sistemas personalizados de dosificación etc. ⁽²⁴⁾
Relacionadas con el tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> - Simplificación del tratamiento; pocos medicamentos, pocas tomas al día, con buena tolerancia y fáciles de administrar, cambios en el estilo de vida fáciles de adoptar ⁽²¹⁾ - Analizar las creencias, preocupaciones y preferencias del paciente sobre su medicación ⁽²⁴⁾ - Selección racional de los medicamentos ⁽⁶⁾ - Hacer partícipe al paciente del plan terapéutico ⁽²³⁾ - Atender a los hábitos del paciente y asociar la toma de medicación y las medidas no farmacológicas con actividades diarias ⁽¹⁷⁾
Relacionadas con la educación
<ul style="list-style-type: none"> - Educar en el uso de medicamentos y medidas no farmacológicas (5)6 así como en el manejo de material que permitan al paciente su autocontrol ⁽²⁰⁾ - Informar al paciente sobre la enfermedad ⁽²³⁾ - Informar al paciente sobre las causas, la forma del tratamiento, las implicaciones en la vida diaria, cambios en los hábitos y estilos de vida, la importancia de seguir el tratamiento y los riesgos de una mala adherencia. ^(17,21) - Tener en cuenta el nivel de educación del paciente al realizar explicaciones ⁽¹⁷⁾ - Fomentar el autocuidado y la motivación del paciente ⁽⁶⁾ - Diseñar un plan educativo con objetivos claros ⁽¹⁷⁾
Relacionadas con el equipo
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar aptitudes de comunicación y educación de los pacientes ⁽⁶⁾ - Abordaje multidisciplinar, implicar a todos los profesionales de la salud ⁽²¹⁾ - Monitoreo y revaloración continuos del tratamiento ^(6,23) - Buena disponibilidad de los profesionales sanitarios ⁽⁶⁾

La forma en que se transmiten los conocimientos al paciente es de gran importancia, ya que de ello va a depender su nivel de comprensión de la información y, por tanto, el posterior cumplimiento de las indicaciones del profesional. Es decir, las habilidades comunicativas del profesional sanitario están directamente relacionadas con el grado de adhesión al tratamiento del paciente. Algunas habilidades o estrategias para favorecer una buena comprensión y el recuerdo de la información por parte del paciente son: ⁽¹⁶⁾

- Utilizar frases sencillas y cortas.
- Presentar la información agrupada y ordenada.
- Repetir varias veces la información.
- Enfatizar lo más importante.
- Emplear material tanto oral como escrito.
- Ilustrar la información.
- Presentar la información más importante al principio y repetirla al final.
- Evitar tecnicismos.
- Poner ejemplos.
- Pedir al paciente que nos repita la información.
- Formular preguntas.
- Dar la oportunidad de aclarar las dudas.
- Corregir errores o falsas creencias al paciente.
- Hacer un resumen final de la información aportada.

Para lograr establecer una buena relación terapéutica con el paciente y que la comunicación entre ambos (profesional sanitario y paciente) sea adecuada hay que tener en cuenta varios aspectos durante el desarrollo de la consulta: ⁽¹⁶⁾

- Presentarse.
- Establecer contacto ocular.
- Explorar las preocupaciones, expectativas y metas del paciente.
- Atender tanto a la comunicación verbal como no verbal.
- Responder correctamente a las preguntas que plantee.
- No emitir juicios.
- Reforzar aquellos comportamientos que sean adecuados.
- Dar ánimos.
- Generar sugerencias y preferencias del paciente y negociar cualquier desacuerdo.
- Asegurar la continuidad de la atención.

2. HIPÓTESIS

En mis prácticas en el área de Atención Primaria observé las enormes dificultades que presentan algunos pacientes para tomar correctamente la medicación y seguir las recomendaciones del personal de Enfermería en cuanto al tratamiento no farmacológico. Este hecho me resultó especialmente destacable en los pacientes con Hipertensión Arterial, ya que son muchas las modificaciones que tienen que hacer en su estilo de vida y son variados los medicamentos que se les prescriben.

Así pues, la realización de un plan de educación dirigido hacia el personal de Enfermería mejorará su cualificación para valorar el cumplimiento del tratamiento y sus capacidades de información, formación y comunicación, aumentando, así, el nivel de adhesión de los pacientes con HTA. Además, gracias a esta intervención dirigida a los profesionales de Enfermería podremos abarcar y mejorar la adhesión de un mayor número de pacientes, ya que serán ellas quienes se encarguen de aplicar estos conocimientos en la práctica habitual.

3. OBJETIVOS

3.1- Objetivo principal

Realizar un plan de educación/formativo dirigido al personal de Enfermería en el ámbito de Atención Primaria con el fin de mejorar la adhesión al tratamiento de los pacientes con HTA.

3.2- Objetivos secundarios

1. Mostrar la importancia de la adhesión al tratamiento en los pacientes con HTA.
2. Desarrollar las habilidades comunicativas y educativas en relación con el cumplimiento del tratamiento de las enfermeras de Atención Primaria.
3. Mejorar los sistemas de seguimiento y evaluación de la adhesión al tratamiento.
4. Conseguir que los profesionales sanitarios realicen actividades encaminadas a mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes.

4. METODOLOGÍA

4.1- Búsqueda

Este trabajo se ha realizado en base a múltiples recursos, fundamentalmente bibliográficos. En primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica, consultando las principales bases de datos disponibles en la web: Medline, Pubmed, Bases de datos del CSIC, Biblioteca Cochrane plus, Redalyc, Web of Science, Dialnet, etc. También se revisaron las bases de datos específicas de Enfermería; CUIDEN, ENFISPO y CUIDATGE. Además se llevaron a cabo búsquedas en el navegador Google en aquellos casos en los que fuera necesario obtener más información. Las palabras clave utilizadas fueron: hipertensión arterial, adhesión al tratamiento, enfermería, cumplimiento terapéutico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, educación para la HTA, plan de educación de HTA. De esta forma se obtuvieron alrededor de 40 fuentes bibliográficas, de las cuales se seleccionaron 25 para la realización del trabajo, en función de su contenido y adecuación al tema a desarrollar. La mayoría fueron artículos de revistas (se seleccionaron diez). Se escogieron, además, cuatro guías prácticas sobre Hipertensión y un Plan de Educación para el paciente hipertenso, entre otras publicaciones.

A continuación se procedió a consultar la bibliografía citada en estas fuentes y, de esta forma, se accedió a numerosas páginas web de las que se obtuvieron nuevos recursos:

- ♦ SEH-LELHA (Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial), disponible en: <http://www.seh-lelha.org/>
- ♦ EHRICA (Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular), de la que se obtuvieron una guía de intervención para el paciente hipertenso y un tríptico con la información básica para el paciente hipertenso así como varios enlaces a otras páginas de interés. Disponible en: <http://www.ehrica.org/>
- ♦ SEC (Sociedad Europea de Cardiología), disponible en: <http://www.secardiologia.es/>
- ♦ ESH (European Society of Hypertension), disponible en: <http://www.eshonline.org/resources/hypertension-resources/>
- ♦ American Heart Association, disponible en: <http://www.heart.org/HEARTORG/>

También se realizó una revisión de los trabajos disponibles en el repositorio de la Universidad Pública de Navarra y se seleccionaron dos, debido a su relación con el tema a tratar. También se revisaron los recursos utilizados en asignaturas de años anteriores como Patología I y II y Bioética.

Por último, tras comenzar a desarrollar los principales apartados del marco teórico, se realizó una nueva búsqueda para ampliar la información de algunos campos en los buscadores y sitios web citados anteriormente utilizando las palabras clave: fisiopatología de la Hipertensión Arterial y epidemiología de la Hipertensión Arterial. Se obtuvieron nuevos artículos con los que se completó la información.

4.2- Análisis estratégico

Tabla 6: Matriz DAFO de las Amenazas, Oportunidades, Debilidades y Fortalezas del personal de Enfermería sobre la adhesión al tratamiento de los pacientes con HTA. Fuente: Elaboración propia.

	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
EXTERNO	<p><u>Paciente</u> Edad Deterioro cognitivo y sensorial Estados de ánimo alterados. Falta de conocimientos y habilidades Falta de motivación Falta de recursos económicos Desconocimiento de los beneficios de una buena adhesión</p> <p><u>Patología</u> Ausencia de síntomas Grado de aceptación del paciente Corta duración de la visita</p>	<p>Modificaciones del estilo de vida sencillas y de bajo coste económico</p> <p>Amplia variedad de recursos educativos disponibles</p> <p>Métodos de valoración y seguimiento de la adhesión sencillos y sin coste económico = Uso de escalas sencillas (tests)</p>
	DEBILIDADES	FORTALEZAS
INTERNO	<p>Falta de comunicación entre profesionales Escaso adiestramiento y desconocimiento de los recursos disponibles</p>	<p>Conocimiento del paciente y su entorno Buena relación terapéutica Continuidad asistencial Implicación del personal de enfermería Accesibilidad</p>

5. PLAN DE MEJORA/PLAN DE EDUCACIÓN

5.1- Grupo diana

Este plan de educación va dirigido a las enfermeras del área de Atención Primaria, más concretamente a las enfermeras del Centro de Salud de San Juan.

5.2- Objetivos del plan de educación

Objetivo principal: Desarrollar las habilidades del personal de Enfermería en el seguimiento y la educación de los pacientes con una mala adhesión al tratamiento.

Objetivos secundarios:

1. Profundizar en la enfermedad hipertensiva, haciendo hincapié en los métodos de medida y diagnóstico y su tratamiento farmacológico y no farmacológico.
2. Conocer la adherencia terapéutica y los métodos de medida del incumplimiento, así como las estrategias de mejora.
3. Implicar al personal de Enfermería en el seguimiento y valoración de la adhesión.
4. Mostrar las principales habilidades de educación y comunicación con el paciente que permiten mejorar la adhesión al tratamiento.

5.3- Contenidos

1. Hipertensión arterial: definición, epidemiología, tipos, métodos de medida de la HTA y tratamiento farmacológico y no farmacológico.
2. Adhesión al tratamiento: definición, factores que influyen en la adhesión, tipos de incumplimiento y métodos de medida de la no adhesión.
3. Estrategias para mejorar la adhesión al tratamiento y papel de Enfermería.
4. La comunicación y la relación terapéutica.

5.4- Metodología

La metodología elegida será grupal, facilitando la comunicación bidireccional o directa entre nosotros y las profesionales de Enfermería. De esta forma se facilita la comunicación interpersonal y se refuerzan los aspectos que se desean mejorar, así como el nivel de motivación del grupo diana.

A la hora de desarrollar las sesiones se emplearán variedad de técnicas. En cuanto a las técnicas de investigación en el aula, se emplearán para conocer el nivel de conocimientos de las enfermeras (el cuál, se supone que es elevado), cuáles son aquellos aspectos que conviene reforzar, cuáles son sus creencias en cuanto a la adhesión al tratamiento antihipertensivo etc. Utilizaremos las técnicas expositivas para reflexionar y exponer un tema determinado, junto con la participación del grupo diana en dichas técnicas.

Las **técnicas de investigación en el aula** que emplearemos serán:

- **Cuestionario:** pediremos a las enfermeras que, de forma individual, rellenen un cuestionario sobre sus conocimientos y creencias en relación con la adhesión al tratamiento. Cuando acaben se pondrán en común en forma de reflexión grupal de los resultados obtenidos.
- **Tormenta de ideas:** plantearemos un tema a tratar y pediremos a las enfermeras que expresen en una o dos palabras lo que les sugiere.

De las **técnicas de exposición** utilizaremos:

- **Exposición participativa:** expondremos un tema, en función del nivel de conocimientos, necesidades y situación evaluados con las técnicas anteriores. Realizaremos la exposición con un power point que incluirá los contenidos correspondientes. Después participarán preguntando dudas, dando su opinión etc. de forma libre y abierta.
- **Vídeo con discusión:** les proyectaremos un vídeo breve sobre el tema a tratar y a continuación se planteará un diálogo sobre el mismo, favoreciendo la expresión de sus opiniones.

CONTENIDO	METODOLOGIA
Sesión 1. La hipertensión	1. Acogida (10 min) 2. Cuestionario (10 min) 3. Explicación participativa (40 min)
Sesión 2. Adhesión al tratamiento	1. Tormenta de ideas (10 min) 2. Explicación participativa (50 min)
Sesión 3. Adhesión al tratamiento (continuación)	1. Tormenta de ideas (10 min) 2. Explicación participativa (50 min)
Sesión 4. Estrategias para mejorar la adhesión	1. Tormenta de ideas (10 min) 2. Explicación participativa (50 min)
Sesión 5. Estrategias para mejorar la adhesión (continuación)	1. Explicación participativa (30 min) 2. Vídeo (30 min)
Sesión 6. La comunicación con el paciente	1. Exposición participativa (45 min) 2. Realizar la evaluación y el cuestionario (15 min)

5.5- Cronograma y lugar

Se desarrollarán cuatro sesiones durante el mes de Julio, una por semana. Tendrán lugar los Jueves a las 14h, coincidiendo con las horas que tienen reservadas para realizar las sesiones/reuniones de enfermería en el centro de salud, favoreciendo así la asistencia del mayor número posible de enfermeras.

DÍA	TEMA	LUGAR	HORA
3 de Septiembre de 2015	Tema 1	Sala polivalente, en la planta baja del Centro de Salud de San Juan	14h-15h
10 de Septiembre de 2015	Tema 2		
17 de Septiembre de 2015	Tema 2		
24 de Septiembre de 2015	Tema 3		
1 de Octubre de 2015	Tema 3		
8 de Octubre de 2015	Tema 4		

5.6- Agentes de salud

En todas las sesiones estará presente la enfermera, que será quien explique los contenidos, en algunos casos ayudada por otros profesionales. La primera sesión será impartida conjuntamente con un médico de Atención Primaria, que profundizará más sobre el tema del tratamiento de la hipertensión y la importancia de una buena adhesión farmacológica y no farmacológica. También se contará con la ayuda de un experto en comunicación en la sexta sesión, donde se tratará el tema de las habilidades comunicativas y cómo transmitir correctamente los conocimientos al paciente.

5.7- Recursos

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 4
MATERIAL	- Cuestionario - Power point - Proyector - Ordenador - Folios y bolígrafos	- Power point - Proyector - Ordenador	- Power point - Proyector - Ordenador	- Power point - Proyector - Ordenador - Fotocopia con test de valoración	- Power point - Proyector - Ordenador - Vídeo	- Power point - Proyector - Ordenador - Preguntas evaluación - Cuestionario - Bolígrafos

5.8- Desarrollo de las sesiones

Primera sesión: En esta sesión se profundizará sobre la Hipertensión Arterial. Los objetivos de esta sesión son:

1. Recordar los principales aspectos teóricos (definición, tipos, causas, complicaciones, etiología).
2. Conocer su tratamiento, haciendo especial hincapié en las medidas no farmacológicas y cuáles son las principales recomendaciones para el paciente hipertenso.
3. Explicar los principales métodos de medida de la TA utilizados en Atención Primaria (en consulta, AMPA y MAPA) y cuáles son las condiciones adecuadas para llevarlos a cabo.

Segunda y tercera sesión: en estas sesiones se abordará el tema de la adhesión al tratamiento, tema principal de nuestro plan de educación. Los objetivos planteados son:

1. Conocer qué se entiende por adhesión al tratamiento e incumplimiento terapéutico, los factores que influyen en la adhesión y cuáles son los tipos de incumplimiento.
2. Concienciar sobre la importancia de la adhesión al tratamiento en patologías como la Hipertensión Arterial.
3. Explicar los principales métodos de medida de la adhesión y fomentar su incorporación a la práctica diaria.

Cuarta y quinta sesión: las estrategias de mejora de la adhesión serán el tema a tratar en estas dos sesiones. También se han dedicado dos sesiones completas a este tema por su importancia y relevancia dentro de nuestro plan educativo. Estas sesiones tendrán como finalidad:

1. Dar a conocer al personal de Enfermería las principales estrategias encaminadas a mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes.
2. Conocer la importancia y efectividad de las actividades propuestas.
3. Animar a los profesionales de la salud a ponerlas en práctica.

Sexta sesión: como continuación de las sesiones anteriores, en esta última sesión trataremos el tema de la relación terapéutica y la comunicación profesional-paciente, por su relación directa con el cumplimiento terapéutico. Los objetivos de esta última sesión son:

1. Explicar los beneficios de una buena relación enfermera-paciente y la importancia de la comunicación en la mejora de la adhesión.
2. Mostrar cuáles son las pautas generales a seguir para lograr establecer una relación de confianza con el paciente, así como las habilidades comunicativas necesarias para ello.
3. Realizar una valoración general del plan de educación y conocer la opinión de las enfermeras que en él han participado.

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
Contenido	La hipertensión	La adhesión al tratamiento	La adhesión al tratamiento	Estrategias para mejorar la adhesión	Estrategias para mejorar la adhesión	Habilidades de comunicación
Metodología	1. Acogida 2. Cuestionario 3. Lección participativa	1. Tormenta de ideas 2. Explicación participativa	1. Tormenta de ideas 2. Explicación participativa	1. Tormenta de ideas 2. Explicación participativa	1. Tormenta de ideas 2. Vídeo	1. Exposición participativa 2. Debate 3. Realizar la evaluación y despedida
Cronograma	3 de Septiembre	10 Septiembre	17 Septiembre	24 Septiembre	1 de Octubre	8 de Octubre
Lugar	Sala polivalente. Planta baja del Centro de Salud de San Juan 14h-15h					
Agentes de salud	Enfermera Médico	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera Experto en comunicación
Recursos	- Cuestionario - Power point - Páginas web - Proyector - Ordenador - Folios y bolígrafos	- Power point - Proyector - Ordenador	- Power point - Proyector - Ordenador	- Power point - Proyector - Ordenador - Fotocopia con test de valoración	- Power point - Proyector - Ordenador - Fotocopia con caso - Folios y bolígrafos	- Power point - Proyector - Ordenador - Preguntas evaluación -Cuestionario

5.10- Evaluación

Tanto en la primera sesión como en la sexta se pedirá al personal de Enfermería que rellene un sencillo cuestionario que hemos desarrollado para valorar su nivel de conocimientos antes y después de llevar a cabo las sesiones. De esta manera, podremos evaluar la efectividad del plan de educación, comparando las respuestas obtenidas en cada caso. El cuestionario consiste en cuatro sencillas preguntas y es el siguiente:

- | |
|---|
| 1. ¿Sabe cuáles son los tres métodos de medida de la TA que nos ayudan a diagnosticar la Hipertensión Arterial? |
| 2. ¿Qué se entiende por adhesión al tratamiento? ¿Conoce algún método de medida de la adhesión? |
| 3. ¿Podría decir alguna actividad o estrategia encaminada a mejorar la adhesión del paciente? |
| 4. ¿Por qué es importante la comunicación y una buena relación terapéutica en una patología como la HTA? ¿Podría decir alguna actividad que mejore la comunicación y la relación con el paciente? |

Por otra parte, para evaluar las diferentes sesiones y la forma en que han sido estructuradas e impartidas se pedirá a las asistentes que rellenen el siguiente cuestionario:

- | |
|--|
| 1. ¿La duración de las sesiones le parece adecuada? |
| 2. ¿El número de sesiones impartidas le parece suficiente? |
| 3. ¿La organización de las sesiones le parece adecuada? |
| 4. ¿Los temas tratados en las diferentes sesiones le han resultado interesantes y útiles para su práctica profesional? ¿Quitaría alguno? ¿Añadiría alguno? |
| 5. ¿Qué le han parecido las explicaciones de las sesiones? |
| 6. ¿Hay alguna sugerencia o comentario que quiera realizar? |

6. REFLEXIÓN ÉTICA ⁽²⁵⁾

Cuando hablamos de una profesión como la Enfermería la ética cobra una gran importancia en la práctica diaria. Esta reflexión ética está basada en los cuatro principios propuestos por Beauchamp y Childress en el año 1979; Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia.

La reflexión ética en este trabajo se hace necesaria, ya que se basa fundamentalmente en dos de ellos; el principio de Beneficencia y el de Autonomía del paciente.

El principio de Beneficencia consiste fundamentalmente en proporcionar beneficios para la salud del paciente y suprimir los perjuicios. En este caso, este principio se pone de manifiesto a la hora de realizar educación sanitaria por parte de las enfermeras, ya que, de este modo, se intenta que el paciente mejore sus hábitos de vida, y esto influye positivamente en su nivel de salud al controlar sus cifras de TA. De igual forma, este principio trata de respetar aquello que el paciente considera bueno para sí mismo, dejando a un lado el modelo paternalista que imperaba hace años. Por ello, la enfermera ha de prestar una atención individualizada, teniendo en cuenta las preferencias, opiniones y experiencias del paciente.

El principio de autonomía también cobra gran importancia en este caso. Se considera autónoma la persona con capacidad para obrar, facultad de enjuiciar razonablemente el alcance y significado de sus actuaciones y responder de sus consecuencias. Con sus acciones educativas y haciendo que el paciente aprenda más sobre su proceso de enfermedad, la enfermera está facilitando la toma de decisiones por su parte y está contribuyendo a poner en práctica este principio y derecho fundamental del paciente.

El principio de No maleficencia obliga a no perjudicar a los demás e implica que el personal sanitario ha de tener una formación teórica y práctica rigurosa y continuamente actualizada. Por ello, es necesario que las profesionales de Enfermería amplíen sus conocimientos sobre la adhesión al tratamiento y conozcan las herramientas que existen para medir el incumplimiento terapéutico y, así, poder mejorarlo.

Por último, el principio de Justicia trata de distribuir los bienes disponibles de la forma más equitativa posible. El desarrollo de este plan de educación contribuirá a mejorar el cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes, mejorando su nivel de salud y optimizando, así, la utilización de los recursos por su parte.

7. CONCLUSIONES

1. La HTA es un problema de salud pública en nuestro país con falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes. Por ello, es importante su abordaje multidisciplinar, individualizando las intervenciones en función de cada enfermo y sus circunstancias, para conseguir unos mejores resultados.
2. Enfermería juega un papel fundamental en todo este proceso, participando en el diagnóstico, seguimiento y educación del paciente.
3. Debido a la importancia de su figura, la formación de los profesionales de la salud en técnicas de mejora de la adherencia repercutirá positivamente en el grado de control de la enfermedad de las personas con hipertensión.
4. Las estrategias propuestas en este plan de educación son económicas, sencillas y fáciles de implementar, por tanto, resultarán de gran utilidad si se utilizan habitualmente.

Si los profesionales de Enfermería incorporan estas estrategias en su práctica diaria cabe esperar un mejor control de las cifras de tensión arterial de los pacientes, con los enormes beneficios que esto conlleva.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández L., Guerrero L., Segura J. y Gorostidi M. Papel del personal de Enfermería en el control de la Hipertensión Arterial y en la investigación cardiovascular. Hipertensión y riesgo cardiovascular. 2010; 27(Supl. 1): 41-52. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90003252&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=67&ty=138&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=67v27nSupl.1a90003252pdf001.pdf
2. Sanz Sasot C. Tensión bajo control. Creación de un programa de educación sanitaria. Trabajo final de grado. Facultad de Enfermería de la Universidad de Lleida. 2013.
3. Sáinz M., Ferreres J., Martell N., Fernández-Cruz A., Abad M., Ávila M., González A., Gómez L. Guía de Intervención Educativa en el Paciente Hipertenso. Hospital Clínico San Carlos. Ministerio de Sanidad y Consumo y Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. 2008.
4. Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2002.
5. Andugar J, Arias I, Arroyo MP, Bustamante A, Cadena R, Castillo C, et al. Guías de intervención en hipertensión y riesgo cardiovascular para enfermería. Asociación Española de Enfermería Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (EHRICA). ISBN: 978-84-615-9997-4. Disponible en: <http://www.ehrica.org/im/pdf/guiasdeintervencion.pdf>
6. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización mundial de la salud y Organización Panamericana de la Salud. 2004. ISBN 92 75 325499.
7. Armario García P. Hipertensión arterial. Protocolos. Sociedad Española de Medicina interna. Editorial Elsevier. 2009. ISBN: 978-84-692-5984-9.
8. Amezcua JC, Guembe MJ, González P, Grijalba A, Moreno C, Sobejano I et al. Estudio Riesgo Vascular en NAavarra (RIVANA). Aplicación en la práctica asistencial. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra. 2009; 17 (Nº3): 30-46.
9. Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, González-Segura D, Beato P, Rama T, et al. Aportaciones del estudio PRESCAP al conocimiento de la hipertensión arterial en España. SEMERGEN. 2009; 35(9): 450-456.
10. Molina R, Guija E, Ortega MM, García L, González A, Alguacil P, et al. Manual de Hipertensión Arterial en la práctica clínica de Atención primaria. Grupo de Hipertensión arterial. Sociedad Andaluza de Medicina de familia. 2006. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>
11. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Revista Española de Cardiología. 2013; 66 (11): 880.e1-880.e64. Disponible en: http://pdf.revvespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90249392&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=38&accion=L&origen=cardio&web=www.revvespcardiol.org&lan=es&fichero=25v66n11a90249392pdf001.pdf
12. Tagle R. El camino inverso: de la práctica clínica a la fisiopatología de la hipertensión arterial. Boletín escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile. 2006; 31 (1): 16-23.

13. Clinical guidelines for the management of hypertension. EMRO Technical Publications. World health organization and Regional Office for the Eastern Mediterranean. Series 29. 2005. ISBN : 978-92-9021-407-6. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119738/1/dsa234.pdf?ua=1>
14. Francisco M, Adán. S.T. "Sal e hipertensión arterial". Fundación Hipertensión Arterial. Prevención y Tratamiento de la enfermedad cardiovascular. Ed. Jarpyo. 2013
15. Alonso MA, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Aylón R, Gangoso A, et al. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Notas farmacoterapéuticas. Servicio Madrileño de Salud. 2006; 13 (8): 31-38.
16. Ortego MC, López S, Álvarez ML. La adherencia al tratamiento. Ciencias Psicosociales I. Tema 14. Universidad de Cantabria. Año 2010. ISBN: 978-84-694-1638-9
17. Peralta, ML., Carbajal, P. Adherencia al tratamiento. Revista del centro dermatológico Pascua. 2008; 17 (13): 84-88.
18. Palop V, Martínez P. Adherencia al tratamiento del paciente anciano. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2004; 28 (5): 113-120. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf
19. Rodríguez MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Artículos especiales. Revista Atención Primaria. 2008; 40(8): 413-417.
20. Pinto, JL, Fernández de Cano N, Ollero M, Barragán B, Aliaga A, González M. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro. Documento de Consenso. Adherencia y cumplimiento terapéutico. Consejo General de Enfermería. 2012.
21. Sotoca-Momblona, J.M., Codina-Jané, C. Cómo mejorar la adherencia al tratamiento. Terapéutica. 2006; 0 (1): 39-40.
22. Orueta R. Evidencias disponibles para favorecer y mejorar la Adherencia Terapéutica. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2006; 1 (4): 185-192.
23. Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005; 29 (2): 40-48.
24. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Información farmacoterapéutica de la comarca. Osakidetza 2011; 19 (1): 1-6.
25. Beauchamp, T. Childress, J. "Principios de la ética médica". Barcelona. Masson, 2002.

ANEXO 1 ⁽⁵⁾

Metodología de medida de la presión arterial
Medida de la TA en consulta
<p><u>Condiciones del paciente:</u></p> <p>1. Relajación física y mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar ejercicio previo a la medida • Reposo 5 minutos y estado de relajación antes de la medida. • Evitar actividad muscular isométrica: sedestación, espalda y brazos apoyados, piernas no cruzadas. • Evitar medir en casos de disconfort, vejiga llena etc. • Ambiente en consulta tranquilo y confortable. • Minimizar la actividad mental: no hablar, no preguntar. <p>2. Circunstancias a evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de caféina o tabaco en los 15 minutos previos. • Administración reciente de fármacos con efecto sobre la PA (incluyendo los anti hipertensivos). • Medir en pacientes sintomáticos o con agitación psíquica/ emocional. • Tiempo prolongado de espera antes de la visita. <p><u>Condiciones del equipo:</u></p> <p>1. Dispositivo de medida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esfingomanómetro de mercurio mantenido de forma adecuada. • Manómetro anerode calibrado en los últimos 6 meses. • Aparato automático validado y calibrado en el último año. <p>2. Manguito: colocado adecuadamente (debe cubrir el 80% del perímetro) y del tamaño adecuado (delgado, normal y obeso), con un sistema de cierre que sujete con fuerza y un sistema de aire adecuado.</p> <p><u>Desarrollo de la medida:</u></p> <p>1. Colocación del manguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirar prendas gruesas, evitar enrollarlas de forma que compriman. • El manguito debe quedar a la altura del corazón, y el aparato que debe ser visible para el explorador. El centro de la cámara (o la marca del manguito) debe coincidir con la arteria braquial. • Ajustar sin holgura y sin que comprima. • Dejar libre la fosa antecubital, para que no toque el fonendoscopio <p>2. Técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palpar la arteria radial. • Inflar el manguito 20 mmHg por encima de la PAS estimada. • Desinflar al ritmo de 2-3 mmHg/seg y auscultar los sonidos para establecer la PAS y la PAD en función de la calibración del manguito. • Si los ruidos son débiles, indicar al paciente que eleve el brazo, que abra y cierre la mano 5-10 veces después insuflar el manguito rápidamente. <p>3. Medidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos medidas mínimo; realizar tomas adicionales si hay cambios > 5mmHg. • Para diagnóstico: tres series de medidas en semanas diferentes.
Automedida de la TA (AMPA)
<p><u>Condiciones del paciente:</u> las mismas que en la medida en consulta.</p> <p><u>Condiciones del equipo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos automáticos o semiautomáticos validados para uso domiciliario y calibrados al menos una vez al año. • Con manguito los mismos requisitos que la técnica estándar. <p><u>Colocación del manguito y medida:</u> correcta instrucción del paciente en técnica de medida.</p> <p><u>Programación:</u></p>

- Para diagnosticar: realizar 3 medidas con intervalos de 2 a 3 minutos por la mañana y por la noche durante 5 días seguidos.
- Para seguimiento: 3 medidas con intervalos de 2 a 3 minutos por la mañana y por la noche una vez a la semana.

No todos los aparatos que existen para la realización de la AMPA son válidos. Para ser fiables han de tener un certificado de calidad y seguridad técnica y han de pasar los protocolos de validación clínica de la BHS (British Hypertension Society), AAMI (Association for the Advancement of Medical Instrumentation) y ESH (European Society of Hypertension) que avalan la obtención de lecturas fiables. Se desaconseja el uso de aparatos de muñeca por estar influidos por la posición del antebrazo y la muñeca y porque pueden producir oclusión incompleta de arterias en algunos pacientes. Tampoco se recomiendan los aparatos que registran la presión en el dedo porque se ven afectados por el estado de la circulación periférica.

Monitorización ambulatoria de la TA

Condiciones del paciente:

- Elegir un día representativo de la vida del paciente (día laboral).
- Evitar ejercicio físico o estrés.
- Tomar la medicación habitual.
- Comenzar el registro por la mañana, antes de la toma del fármaco antihipertensivo.

Preparación del equipo y programación:

- Dispositivos válidos y calibrados.
- Programar el monitor: medidas de 15-20 min durante la actividad y 20-30 min durante el sueño. Duración del registro: 24 horas.
- Mismos requisitos del manguito que la técnica estándar. Medir la TA en ambos brazos:
 - Si diferencia de TA < 10mmHg: colocar manguito en brazo dominante.
 - Si diferencia de TA ≥ 10mmHg: colocarlo en el brazo que tenga mayor TA.
- Colocar el manguito sin holgura y con firmeza para que no se desplace.
- Conectar el monitor al tubo del manguito.
- Explicar al paciente en qué consiste la prueba haciendo hincapié en que mantenga el brazo inmóvil y evite hablar.

ANEXO 2 ⁽²⁰⁾

Test de Haynes-Sackett
<p>Consta de 2 partes. En la primera, se evita interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación, ya que posiblemente contestaría que sí se la toma. Por tanto, se intenta crear un ambiente adecuado de conversación, donde al paciente se le comenta la dificultad que tienen los enfermos de tomar la medicación mediante la siguiente frase: “la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos”, posteriormente, en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta: ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos? Si responde que no, es posible que no diga la verdad por diversas causas. Entonces se insistirá preguntando “¿cómo los toma?”</p>
Test de Morisky-Green-Levine
<p>Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación al tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Se considera buen cumplidor al paciente que contesta correctamente a las cuatro preguntas, mientras que a partir de una respuesta incorrecta se califica como incumplidor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?” • “¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?” • “Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?” • “Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?”
Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)
<p>Son cuestionarios que mediante preguntas sencillas analizan el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento de la patología padecida representa un mayor grado de cumplimiento. Se considera incumplidor al paciente que falla alguna de las respuestas y cumplidor si responde correctamente a las 3 preguntas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?” 2. “¿Se puede controlar con dieta y medicación?” 3. “Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada”. <p>El test de Batalla se puede complementar con los demás test de adherencia a la medicación, lo cual va a permitir aportar más información sobre los conocimientos y creencias de los pacientes</p>
Test de Prochaska-Diclemente
<p>Se consideran incumplidores aquellos individuos que se encuentran en las fases de precontemplación, contemplación y preparación, mientras que son cumplidores quienes se encuentran en las fases de acción y mantenimiento</p>
Test de Hermes
<p>Cuestionario que consiste en las siguientes preguntas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “¿Puede decirme usted el nombre del medicamento que toma para la HTA? (sí/no)”. 2. “¿Cuántos comprimidos de este medicamento debe tomar cada día? (sabe/no sabe)”. 3. “¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos? (nunca, a veces/muchas veces, siempre)”. 4. “En las últimas semanas, ¿cuántos comprimidos no ha tomado? (0-1/ 2 o más)”. 5. “¿Toma la medicación a la hora indicada? (sí/no)”. 6. “¿Ha dejado en alguna ocasión de tomar la medicación porque se encontraba peor tomándola? (no/sí)”. 7. “Cuando se encuentra bien, ¿se olvida de tomar la medicación? (no/sí)”. 8. “Cuando se encuentra mal, ¿se olvida de tomar la medicación? (no/sí)” <p>Son cuestiones valorables la 1, 3, 4 y 8. Si la respuesta es la primera de las dos opciones se sumará 1 punto, siendo incumplidores quienes obtengan 0, 1 ó 2 puntos, mientras que serán cumplidores los pacientes que sumen 3 ó 4 puntos.</p>
Test de Herrera Carranza
<ol style="list-style-type: none"> 1. “¿Sabe para qué su médico le ha prescrito tal(es) medicamento(s)?” 2. “Me gustaría conocer cómo se siente después de terminar por completo su tratamiento”. 3. “¿Sabe cómo tiene que tomar su medicación?” 4. “¿Ha puesto en conocimiento de su médico la terminación del tratamiento?”