

Trabajo de fin de grado

HIPERTENSION ARTERIAL: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



Autor: **Andrea Osácar Hernández**

Director: Francisco C. Ibáñez Moya

Titulación: Grado en Enfermería

Curso: 4º

Universidad Pública de Navarra

RESUMEN

La hipertensión se presenta a nivel mundial como una de las principales causas de muerte y discapacidad. Una de las grandes problemáticas de esta enfermedad crónica es la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Esta realidad hace que muchos pacientes no logren tener un buen control de la tensión arterial y aumenten el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, deteriorando en gran medida su calidad de vida

El objetivo principal que se plantea en esta revisión bibliográfica es identificar y proponer las principales intervenciones con pacientes hipertensos que mejoren la adherencia terapéutica de estos.

Los resultados obtenidos se agrupan en seis categorías de intervenciones: las informativas, las educativas, las de seguimiento, las que inciden sobre el tratamiento, las complejas y las que inciden sobre la relación paciente-profesional.

Se concluye que las intervenciones que deben realizarse sobre la adherencia terapéutica, son intervenciones complejas, que abarquen la naturaleza multifactorial de la adherencia terapéutica, desde la base de una relación de ayuda entre el profesional y el paciente, el fomento de los autocuidados y la autorresponsabilidad del paciente.

PALABRAS CLAVE

Hipertensión arterial; intervención, adherencia terapéutica; función enfermera

ABSTRACT

Hypertension is one of the main causes of death and disability worldwide. One of the main problems of this cronical disease is the lack of adherence to pharmacological treatment and non-pharmacological. Consequently many patients can not achieve good control over their blood pressure and have higher risk of suffering cardiovascular events, deteriorating their quality of life greatly.

The main objective to which this bibliographical revision aims, is to identify and propose the main interventions in hypertensive patients that improve their therapeutical adherence.

The results obtained are grouped in six categories of interventions: informatives, educatives, monitored ones, those which affect the treatment, the complex and those which affect the relation patient-profesional.

It is concluded that the interventions that must adhere therapeutically are complex interventions that cover the multifactorial nature of therapeutical adherence, from the basis of a help relation between the profesional and the patient, promoting self-care and the self-responsibility of the patient

KEYWORDS

Hypertension; interventions; adherence; nurse function

ÍNDICE

1. INTRODUCCION.....	1
1.1. Definición y clasificación de HTA.....	2
1.2. Hipertensión esencial	4
1.3. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión.....	5
1.4. Adherencia terapéutica.....	9
1.5. Función de enfermería en la prevención, el control y seguimiento de los pacientes con hipertensión	11
2. OBJETIVOS.....	12
2.1. Objetivo principal	12
2.2. Objetivos específicos.....	12
3. METODOLOGIA DE BUSQUEDA	13
4. RESULTADOS	14
5. DISCUSION	16
6. CONCLUSIONES.....	19
7. BIBLIOGRAFIA.....	20

1. INTRODUCCION

La hipertensión arterial es una enfermedad que ha ido aumentando a la par y como consecuencia del desarrollo económico mundial, la concentración de la población en las grandes ciudades, el envejecimiento y la globalización económica y de estilos de vida perjudiciales para la salud. Su prevalencia es de entre un 45% a un 30% dependiendo del desarrollo económico de cada país, siendo en general mayor en los países con menores ingresos.¹ Causa 9,4 millones de muertes en el mundo y conlleva una importante carga de morbilidad o AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) del 7%. Es decir que, el 7% los años de vida sana que millones de personas han perdido en el mundo se atribuyen a la hipertensión.

Además de ser la hipertensión una enfermedad en sí misma, se reconoce su carácter de factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (ictus, infarto agudo de miocardio, muerte súbita, insuficiencia cardiaca y enfermedad arterial periférica) y enfermedad renal en estado terminal². Dichas enfermedades cardiovasculares producen en el mundo 17,5 millones de muertes por año, lo que significa un tercio del total de las muertes.

En este mismo contexto socio-económico, otras enfermedades denominadas como *enfermedades no transmisibles* (ENT) o enfermedades crónicas, han ido incrementando su prevalencia hasta ser la principal causa de muerte en el mundo (68%). Estas enfermedades son causadas en su mayoría por un grupo de factores de riesgo ampliamente conocidos y modificables (obesidad, sedentarismo, ingesta elevada de sal y productos elaborados, consumo de tabaco y alcohol y falta de adherencia al tratamiento). Sin embargo, el trabajo para la prevención y control de las ENT no se reduce sólo a la modificación de estilos de vida, sino también a otros factores causantes como los condicionantes sociales y la propaganda comercial.³

Los gobiernos de los países reconocen la carga que para los sistemas sanitarios supone la atención a dichas enfermedades y por ello se está llevando a cabo un plan de acción para la prevención y control de las ENT para el 2025. Aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud, este plan de acción consiste en 9 metas de aplicación voluntaria.⁴

1. Reducción de la mortalidad de las ENT
2. Reducir el consumo del alcohol
3. Reducción del sedentarismo
4. Reducción de la ingesta poblacional media de sal o sodio
5. Reducción de la prevalencia del consumo actual de tabaco
- 6. Reducción de la prevalencia de la hipertensión en un 25% o contención de la prevalencia de la hipertensión en función de las circunstancias del país**
7. Detención del aumento de la diabetes y la obesidad
8. Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesiten para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares
9. 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles en centros tanto públicos como privados.

En España la hipertensión sigue la misma tendencia mundial de crecimiento. Según la Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LEHA), un 40% de la población entre 35 y 64 años presenta hipertensión arterial, y a partir de los 65 años se presenta en más del 65% de las personas. Debido a su elevada prevalencia, ocupa el primer puesto en la lista de problemas de salud en las consultas de Atención Primaria.⁵

Con respecto a los factores de riesgo cardiovasculares, en España sigue aumentando el número de personas que padece obesidad y sobrepeso (53,7% de la población) y cuatro de cada diez personas son sedentarias (no realizan ejercicio en su tiempo libre). Aunque en el consumo de tabaco y alcohol comienza haber una tendencia descendiente siguen habiendo porcentajes elevados, siendo el 38.3% de la población española la que bebe habitualmente, o al menos una vez a la semana, y el 27,1% de la población la que sigue fumando a diario o de forma ocasional.⁶

En Navarra, de acuerdo con el estudio de riesgo vascular realizado en la comunidad autónoma entre el 2004 y 2005 (estudio RIVANA), se estima que la población adulta entre 35 y 84 años presenta una prevalencia de HTA (cifras superiores a 140/90 de un 50% en hombres y del 39,4% en mujeres. Con respecto a otros factores de riesgo cardiovasculares en Navarra, el sobrepeso y la obesidad es el que se presenta con mayor prevalencia, en dos de cada tres personas mayores de 35 años (22% para los hombres y un 21.7% para las mujeres).⁷

1.1. Definición y clasificación de HTA

El principal factor que permite la circulación de la sangre y determina la presión arterial es el volumen de sangre en las arterias, ya que sin volumen no hay presión, y a más volumen, mayor presión. Otros factores que también determinan de forma importante la presión arterial son el gasto cardiaco (cantidad de sangre que sale del corazón por unidad de tiempo) y la resistencia periférica (viscosidad de la sangre y el mecanismo vasomotor de las arteriolas), tanto el gasto cardiaco como la resistencia periférica son controlados por el sistema nervioso autónomo.⁸

La hipertensión en términos generales significa que existe una presión arterial mantenida más elevada de lo normal en el sistema circulatorio, por lo que las estructuras del sistema orgánico se ven forzadas en sus funciones. Este sobreesfuerzo a corto y medio plazo genera un deterioro progresivo en ciertos órganos, como el corazón, los vasos sanguíneos, el riñón, el ojo, y el cerebro, y este deterioro se va produciendo sin que el enfermo sea consciente de ello, por eso se le conoce como daño orgánico asintomático. Sobre este concepto, daño orgánico asintomático, se ha demostrado que es un indicador importante del nivel de deterioro que produce la HTA y del incremento del riesgo de eventos cardiovasculares. Es por ello que se emplea para en el diagnóstico y el seguimiento de la HTA, y para valorar la intensidad y el objetivo de tensión en el tratamiento de los pacientes con HTA. A largo plazo la HTA si no se trata o no es controlada debidamente va deteriorando de forma progresiva dichos órganos y finalmente da lugar a la presentación de enfermedades cardiovasculares y/o complicaciones cardiovasculares como el infarto de miocardio, hipertrofia ventricular, ictus, insuficiencia cardiaca o insuficiencia renal.

La hipertensión arterial se podría definir como aquella cifra de presión arterial sistólica y presión arterial diastólica a partir de la cual se desarrollan complicaciones para salud de la personas, principalmente complicaciones cardiovasculares. De esta forma parece relativamente sencillo definir que es la hipertensión, pero en realidad no lo es, ya que se ha demostrado la existencia de una relación continua entre la presión arterial y los eventos cardiovasculares y renales. Es decir no existe un valor concreto de PA a partir del cual se produzcan dichas complicaciones.⁹

Según la Sociedad Europea de la Hipertensión (SEH) y la Sociedad Europea de Cardiología (SEC), se define como hipertensión la PAS mayor o igual 140 mmHg o una PAD mayor o igual a 90 mmHg, ya que los estudios indican que a partir de estas cifras de tensión es beneficioso para los pacientes adoptar medidas farmacológicas para evitar complicaciones cardiovasculares².

Existen diferentes categorías de HTA. En la tabla 1 se recogen las diferentes categorías de HTA, según la clasificación de las cifras de presión arterial en consulta que propone la ESH-ESC en su Guía de práctica clínica para el manejo de la HTA². La presente clasificación no es de aplicación para los niños y los adolescentes, ya que se emplean otros criterios en estos grupos de edad.

La hipertensión arterial en muy pocas ocasiones se presenta en solitario en la población general: siempre suele ir acompañada de varios factores de riesgo cardiovasculares. La tabla 1 hace referencia y valora la presión arterial únicamente. Por ello se recomienda la valoración del riesgo cardiovascular (CV) total. Aunque no haya evidencia de que la valoración del riesgo vascular total mejore el pronóstico de los pacientes comparado con la aplicación de otras clasificaciones, se recomienda aplicarlo para guiar la intensidad de las intervenciones y del seguimiento a los pacientes con hipertensión y ajustar la gestión de los recursos limitados de forma más eficiente para prevenir los ECV.

Para valorar el riesgo CV total se emplea el modelo *Systematic Coronary Risk Evaluation* (SCORE) (tabla 2) que estima el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años según la edad, sexo, hábitos de consumo de tabaco, colesterol total y PAS.

Tabla1: Clasificación de la presión arterial en consulta según la ESH/ESC²

Categoría	Sistólica		Diastólica
OPTIMA	<120	y	<80
NORMAL	120-129	y/o	80-84
NORMAL ALTA	130-139	y/o	85-89
HTA grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA grado 3	≥ 180		≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140		<90

La clasificaciones anteriormente citada (tabla 1 y tabla 2) se viene empleando, además de para guiar la intensidad de las intervenciones de control de la tensión en pacientes hipertensos, para establecer un límite de presión arterial a partir del cual se debe

Intervenir y reducir la presión arterial evitando las complicaciones cardiovasculares. Actualmente se viene empleado como dicho límite las cifras correspondientes a la HTA de grado 1 de 140-159 mmHg (PAS) o 90-99 mmHg (PAD). A partir de estas cifras, y si ha fracasado el tratamiento no farmacológico la guía se la ESH-ESC de 2013 recomienda la aplicación del tratamiento farmacológico sumado al no farmacológico, para alcanzar el objetivo de control terapéutico menor a 140/90 mmHg para paciente hipertensos de riesgo bajo o moderado, y menor a 130/80 mmHg para pacientes hipertensos de alto riesgo.

Tabla 2: Estratificación del riesgo CV total en categorías de riesgo (SCORE) ²⁾

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 \geq 180 o PAD \geq 110
Sin otros FR		Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
1-2 FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado o alto	Riesgo alto
\geq 3 FR	Riesgo bajo o moderado	Riesgo moderado o alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Daño orgánico, ERC de grado 3 o diabetes mellitus	Riesgo moderado o alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto o muy alto
ECV sintomática, ERC de grado \geq 4 o diabetes con daño orgánico	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo alto o muy alto

Existe un debate en torno al objetivo de controlar la presión arterial que se debe tener con los pacientes hipertensos. Como se ha mencionado en el anterior párrafo, actualmente se viene empleado como objetivo de control para la hipertensión las cifras menores a 140 mmHg (PAS) y 90 mmHg (PAD). Sin embargo, muchos estudios afirman que es más beneficioso reducir este objetivo de presión arterial. En concreto, el estudio SPRINT (*Systolic Blood Pressure Intervention Trial*) ha verificado que, en pacientes de 50-75 años y sin antecedentes accidente cerebrovascular, la intervención intensiva basada en reducir su presión arterial hasta 120 mmHg reduce en un 30% el riesgo de muerte y de enfermedad cardiovascular. Debido a este estudio se están cuestionando las actuales guías clínicas para el control y el manejo de la HTA, aunque todavía se necesitan más estudios que confirmen los beneficios de una intervención intensiva y los resultados sean de aplicación para la mayoría de pacientes hipertensos.¹⁰⁻¹²

Existen otros estudios que afirman que una reducción de las cifras de presión arterial hasta 120 mmHg (PAS) y 80 mmHg (PAD), reduce de forma importante la prevalencia de las complicaciones cardiovasculares

1.2. Hipertensión esencial

El origen o las causas que producen hipertensión son múltiples y en función a estas existen diferentes tipos hipertensión. Sin embargo, la más frecuente y que causa el 95%

de los casos es la hipertensión esencial, primaria o idiopática, por ello es esta a la que se hace referencia en la mayoría de ocasiones. La hipertensión esencial se define como “*la presión arterial anormalmente elevada no asociada con enfermedades que cursan secundariamente con hipertensión (enfermedad renovascular, feocromocitoma, hiperaldosteronismo, etc) o a un trastorno monogénico hipertensivo (síndrome de Liddle, aldosteronismo corregible con glucocorticoides, déficit de 11-β-hidroxilasa, etc.)*”⁹

Los factores o causas que desencadenan la hipertensión esencial son múltiples. Nunca suele ser consecuencia de uno solo de ellos, sino que suele ser el resultado de la confluencia de varios de ellos. Los factores que causan hipertensión esencial se clasifican en:

- a. *Factores genéticos*: aunque se están estudiando los diferentes tipos de variaciones de ADN, no hay suficientes estudios para considerar el valor patogénico de estos, ni su relación con los diferentes factores ambientales
- b. *Factores ambientales*: estos se pueden dividir a su vez en dos subtipos, los factores endógenos (dependientes del individuo), como son la raza negra, la edad avanzada, el sexo masculino, el estado hormonal (menopausia, resistencia a la insulina), la obesidad, y la dislipemia. Y los factores exógenos (dependientes del medio), como son el estilo de vida, el tipo de alimentación (elevada ingesta de la sal y/o alcohol, baja ingesta de potasio y/o calcio), los factores psicosociales como el estrés, la actividad física (vida sedentaria), el lugar geográfico en el que se vive y el nivel sociocultural, que es inversamente proporcional a la prevalencia de la hipertensión, es decir a menor nivel sociocultural, mayor prevalencia de hipertensión.

La influencia de los factores genéticos y de los factores ambientales propicia una serie de condiciones que favorecen la alteración de los mecanismos reguladores de la tensión arterial, dando lugar a la hipertensión mantenida.

1.3. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión.

El tratamiento de la hipertensión se basa en dos pilares fundamentales, el primero consiste en adoptar unos cambios de estilo de vida, y el segundo en adoptar un régimen farmacológico. Se podría decir que los cambios en el estilo de vida de los pacientes hipertensos son la base para un buen control de la hipertensión a largo plazo, de hecho se ha estudiado la relación que tiene una correcta adherencia terapéutica a los cambios de estilo de vida con la correcta adherencia a al tratamiento farmacológico. No obstante según los estudios la adherencia al tratamiento no farmacología es muy reducida a largo plazo y por ello requiere de mayor atención, control y seguimiento por parte del personal sanitario. Como hemos dicho los cambios de estilo de vida son la base del tratamiento para la hipertensión, sin embargo no pueden ni deben retrasar el inicio del tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticadas de hipertensión, ya que retrasarlo puede aumentar el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares. Sí que es cierto que los cambios de estilo de vida pueden emplearse para retrasar o prevenir la hipertensión y el tratamiento farmacológico en pacientes no diagnosticados de hipertensión.

El tratamiento no farmacológico consiste básicamente en la modificación de estilos de vida. Se proponen las siguientes recomendaciones para la reducción y el control de la presión arterial:

- a. Restricción de la ingesta de sal: Actualmente el consumo diario de sal en muchos países es del orden de 9-12 g. La OMS recomienda un consumo diario de 2 g en niños y de 5 g en adultos¹³. El consumo moderado de sal supondría una reducción de 4-5 mmHg para los pacientes hipertensos. Para lograr la reducción del consumo de sal en los pacientes se deben llevar a cabo intervenciones educativas e informativas sobre una dieta reducida en sal y los alimentos que contienen “sal oculta”, ya que estos suponen el 80% del consumo de sal en la población. Se ha calculado que una intervención por parte de los gobiernos y la industria alimentaria, para reducir el contenido de sal oculta en los alimentos que en mayor proporción la contienen (productos altamente procesados), supondría un aumento de los años de vida ajustados por calidad (AVAC).
- b. Moderación en el consumo de bebidas alcohólicas: el consumo excesivo de estas bebidas se asocia con un aumento de la presión arterial y del riesgo de sufrir ictus. Se aconseja un consumo máximo de alcohol diario de 20-30 g de etanol para los varones, y 10-20 g para las mujeres.
- c. Dieta saludable: se recomienda la dieta tipo mediterráneo, ya que ha acreditado su efecto cardioprotector, así como el consumo de pescado azul al menos dos veces por semana y entre 300-400 g/día de frutas y verduras. Con respecto a la leche, se propone la bebida de soja en vez de leche desnatada, ya que parece reducir las cifras de presión arterial. Y respecto al café, no se ha demostrado que tenga un efecto negativo sobre la presión arterial, con lo cual no hay recomendaciones de suprimirlo en la dieta, al contrario de lo que se suele pensar.
- d. Reducción del peso: la HTA tiene una relación directa con el sobrepeso y la obesidad. Por ello se recomienda como objetivo mantener un peso corporal saludable, basado en un IMC en torno a 19-25, acompañado de una correcta y adecuada circunferencia de cintura, inferior a 120 cm para los varones y a 88 cm para las mujeres. La reducción del peso corporal siempre trae consigo el descenso de la presión arterial, pero además disminuye el riesgo de mortalidad y el riesgo cardiovascular y aumenta la eficacia de la mediación antihipertensiva.
- e. Ejercicio físico regular: se recomienda la actividad física aerobia realizada de forma regular, es decir 30 minutos diarios de ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada, ya que ha demostrado un descenso significativo de la presión arterial (~7-5 mmHg) en los pacientes hipertensos. Otros ejercicios que también se recomiendan y reducen la presión arterial, son el ejercicio aeróbico a intervalos y el ejercicio de resistencia isométricas (ejercicios con cargas).
- f. Dejar de fumar: Sigue siendo elevado el porcentaje de población fumadora en todos los países. Se ha demostrado el riesgo que supone para la salud, tanto para el desarrollo del cáncer de pulmón como para la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, aunque no se ha demostrado la reducción de la presión arterial al dejar de fumar.

Con respecto al tratamiento farmacológico, existe una variedad de fármacos que permiten la reducción y el control de la presión arterial, y a pesar de que se ha estudiado los beneficios de la aplicación de una clase de fármacos sobre otros, no se han encontrado diferencias significativas entre sus beneficios y contraindicaciones. La guía

clínica de la ESH-ESC recomienda como fármacos antihipertensivos para instaurar y controlar la hipertensión arterial los diuréticos, los β -bloqueantes (BB), los antagonistas de los canales de calcio (AC) y los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), aunque también suelen emplearse los Inhibidores de la renina y los antagonistas del receptor de la angiotensina.

En la tabla 3 se presentan los cuatro tipos de antihipertensivos recomendados en la guía clínica de la ESH-ESC y sus posibles efectos adversos. Según dicha guía, ninguno de los antihipertensivos presenta mayores efectos adversos que otros, aunque se deben tener en cuenta a la hora de establecer el tratamiento.

Tabla 3: Efectos secundarios específicos según la clase de los fármacos antihipertensivos. ¹⁴

Diuréticos	Hipopotasemia, hiperuricemia, alcalosis metabólica, hiponatremia, hipernatremia, deshidratación, dislipemia, intolerancia a la glucosa, impotencia. Hiperpotasemia (ahorradores de potasio)
Betabloqueantes (BB)	Bradicardia, astenia, frialdad de extremidades, broncoconstricción, dislipemia, intolerancia a la glucosa
Antagonistas de los canales de calcio (AC)	Edemas en extremidades inferiores, cefalea, palpitaciones, sofocos, enrojecimiento facial, nicturia. Estreñimiento con verapamil.
IECA	Tos (5% y 20%) hiperpotasemia, deterioro agudo de la función renal, hipotensión de primera dosis en pacientes con depleción de volumen, rash, disgeusia, edema angioneurótico.

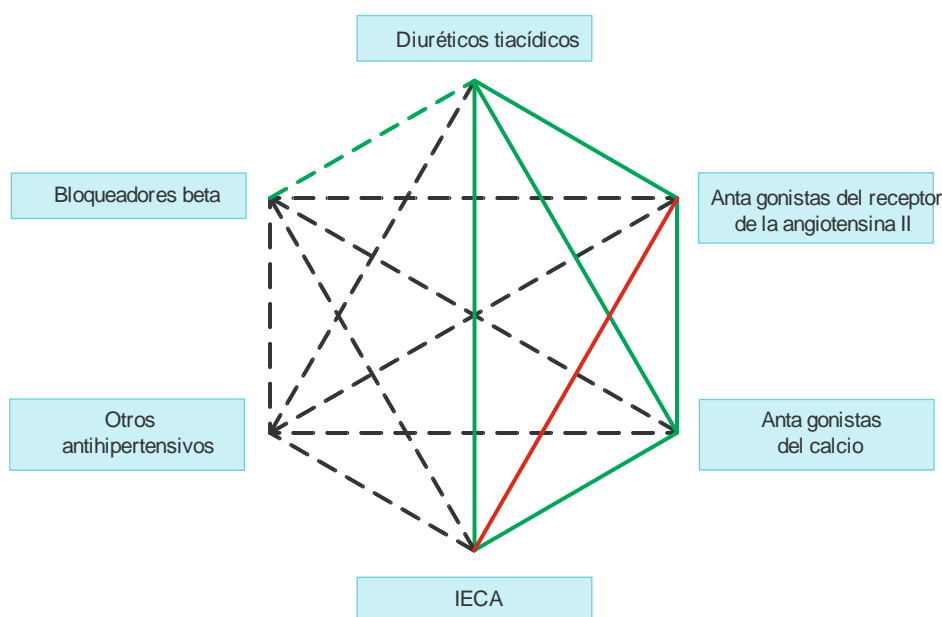
Por otra parte, aunque se recomiendan indistintamente estos cuatro tipos de antihipertensivos en el inicio del tratamiento, la guía establece una tabla con las recomendaciones de terapia combinada de antihipertensivo según la patología que presente en paciente (tabla 4), para ajustar y adaptar mejor el tipo de tratamiento a cada paciente y sus circunstancias. Seguir dichas recomendaciones beneficia al paciente en cuanto a la efectividad del tratamiento, la reducción de efectos adversos, y finalmente una mejora adherencia y control de la hipertensión.

Existe un debate en torno a si la monoterapia o la terapia combinada mejora o no la adherencia terapéutica, en torno a estas dos ideas existen estudios que defienden y demuestran una y otra idea. Lo cierto es que el tratamiento combinado suele ser más efectivo en la reducción de la presión arterial, y en ocasiones si se inicia el tratamiento con un solo fármaco, con el tiempo suele requerirse la introducción de otro más para controlar la PA. De esta forma comenzar el tratamiento hipertensivo con dos o más fármacos se ha demostrado que favorece la adherencia al régimen farmacológico, ya que se evita el número de modificaciones del régimen terapéutico. Otro argumento a favor del uso de la terapia combinada es que los efectos adversos de algunos medicamentos uso combinado disminuye o elimina los efectos adversos de muchos de ellos, siendo la reducción de los efectos adversos un factor positivo para favorecer la adherencia terapéutica.

Tabla 4: Fármacos preferidos en situaciones específicas de la hipertensión².

Condición	Fármaco	
Daño orgánico asintomático	HVI	IECA, AC, ARA-II
	Aterosclerosis asintomática	AC, IECA
	Microalbuminuria	IECA, ARA-II
	Disfunción renal	IECA, ARA-II
Evento CV clínico	Ictus previo	Cualquiera que reduzca eficazmente la PA
	Infarto de miocardio previo	Bloqueador beta, IECA, ARA-II
	Angina de pecho	Bloqueador beta, AC
	Insuficiencia cardíaca	Diuréticos, bloqueador beta, IECA, ARA-II, antagonista del receptor mineralcorticoideo
	Aneurisma de aorta	Bloqueador beta
	Fibrilación auricular	Considerar ARA-II, IECA, bloqueador beta o antagonista del receptor mineralcorticoideo
	Fibrilación auricular, control de la FC	Bloqueador beta, AC no dihidropiridínico
	ERT/proteinuria	IECA, ARA-II
	EAP	IECA, AC
Otras	HTA sistólica asilada	Diurético, AC
	Síndrome metabólico	IECA, ARA-II, AC
	Diabetes mellitus	IECA, ARA-II
	Embarazo	Metildopa, bloqueador beta, AC
	Negros	Diurético, AC

En la figura 1 se presentan las combinaciones de fármacos que recomienda la guía clínica de la ESH y ESC 2013.

**Figura 1.** Combinaciones posibles de clases de fármacos antihipertensivos².

1.4. Adherencia terapéutica

Existen diferentes formas o puntos de vista a la hora de entender como los pacientes adoptan el tratamiento que el profesional sanitario les recomienda. En un principio se hablaba de cumplimiento terapéutico, término que explica el hecho de que un paciente siga las recomendaciones oportunas, sin tener una función participativa y recíproca con el prescrito. Esta visión del paciente como agente pasivo y externo a la decisión sobre su propio tratamiento ha sido muy criticada, y por ello se han planteado otros términos que propone una función activa para el paciente, y no lo presentan como único responsable de cumplir o no con su tratamiento, es decir, no lo culpabilizan única y exclusivamente al paciente, sino que entienden la naturaleza multifactorial que influye sobre las personas y su tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Uno de los términos que se ha propuesto en esta línea, ha sido el de adherencia terapéutica. Según la OMS se define como *“El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”*¹⁵

A nivel internacional, actualmente la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, se considera un problema importante para la salud de la población. Este problema se da sobre todo en aquellas enfermedades de larga duración o crónicas como es la hipertensión. Se ha estimado que en los países desarrollados alrededor del 50% de los pacientes con enfermedades crónicas tienen mala adherencia terapéutica. Esta problemática con frecuencia pasa desapercibida en el ámbito sanitario, ya que mayormente este centra sus esfuerzos en estudiar y aplicar los nuevos y mejores tratamientos. Dada la magnitud del problema sería más eficiente invertir esfuerzos en conocer en profundidad los factores que intervienen en los pacientes con mala adherencia al tratamiento, y desde estos factores trabajar para mejorar la adherencia. Este cambio de actitud reportaría beneficios en cuanto a resultados en salud (menor comorbilidad de enfermedades crónicas), utilización eficiente de los recursos de los sistemas sanitarios, y resultados clínicos objetivos para la realización de estudios científicos.

La hipertensión pertenece al grupo de enfermedades crónicas que comparten similares características en cuanto a complejidad y durabilidad de sus tratamientos y la falta de adherencia a estos. Según la OMS *“la mitad de los pacientes tratados con hipertensión abandonan por completo la atención a partir del primer año de diagnóstico, y de los que permanecen bajo supervisión médica solo el 50% toma al menos 80% de sus medicaciones prescritas”*.

Se ha demostrado que la causa principal de hipertensión mal controlada es la adherencia deficiente al tratamiento farmacológico, y alrededor del 75% de los pacientes tratados con hipertensión tiene adherencia deficiente al tratamiento farmacológico.

Por otro lado también se asocia la correcta adherencia farmacológica a un mejor control de la hipertensión y con una reducción de sus complicaciones. Se ha demostrado que una correcta adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular entre un 30% y un 45%, de infarto de miocardio en un 15%, y otras consecuencias que derivan del mal control de la

hipertensión como son: la insuficiencia cardiaca, la demencia, la disminución de la función renal y la ceguera.

Es evidente la magnitud, a nivel social y económico, de las consecuencias que derivan de una hipertensión mal controlada y de una mala adherencia al tratamiento farmacológico. De hecho la presión arterial mal controlada representa una carga económica importante (por ejemplo en los Estados Unidos, el costo de la atención de salud relacionada con esta enfermedad y sus complicaciones represento el 12,6% del gasto total en atención de salud en 1998). Y por ello mejorar la adherencia se presenta para los países y los sistemas sanitarios como una posible e importante fuente de mejoramiento sanitario y económico, desde el punto de vista social, institucional y de los empleadores.^{16 14}

España sigue la misma tendencia en cuanto a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, siendo la prevalencia del incumplimiento terapéutico en hipertensión leve o moderada de un 35.5%.¹⁶

En navarra según el estudio RIVANA el 63% de los pacientes entre 35 y 84 años diagnosticados de HTA tiene la tensión arterial mal controlada y hasta un 18% de la población general tiene hipertensión no diagnosticada. Estos datos traducen la necesidad de trabajar para el control de la hipertensión y la prevención de eventos cardiovasculares⁷.

Como se ha mencionado al inicio del apartado, seria eficiente en términos económicos y de salud, redistribuir los recursos (recursos materiales, económicos, personales) y aumentar los destinados a conocer mejor los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica, y actuar sobre ellos. Actualmente ya se conocen y se siguen investigando sobre muchos de los factores que influyen en la adherencia terapéutica, tanto farmacológica como no farmacológica, tanto para la adherencia en general para todos los tratamientos, como sobre la adherencia en particular al tratamiento de la hipertensión.

Respecto a la adherencia farmacológica de la hipertensión, uno de los factores más influyentes, conocidos y presente en todos los pacientes es la naturaleza asintomática de la enfermedad. La ausencia de síntomas hace que muchas personas no sientan la enfermedad, ni se sientan enfermos, por lo que el tratamiento deja de tener sentido y motivo alguno.

Además de la naturaleza asintomática de la hipertensión, se han estudiado otros factores que determinan la actitud de los pacientes hacia el tratamiento farmacológico o no farmacológico que el sanitario correspondiente les recomienda. Algunos de ellos se presentan a continuación:

- a. Las características demográficas, el bajo nivel socioeconómico, la alfabetización y el desempleo son factores que favorecen la mala adherencia terapéutica.
- b. La comprensión de la enfermedad, la percepción del riesgo para la salud y la participación del paciente en la monitorización de la tensión arterial y la toma de decisiones con respecto al tratamiento de la hipertensión favorece una correcta adherencia al tratamiento farmacológico y un mejor control de la hipertensión.
- c. El tipo de relación que el médico o el resto de sanitarios establezcan con el paciente determina una buena adherencia al tratamiento farmacológico. Por ejemplo una actitud empática, que ofrezca disponibilidad a la hora de presentar dudas, que no enjuicie al paciente, que favorezca una comunicación fluida entre

profesional y paciente son algunas de las características de la relación interprofesional que favorece una buena adherencia al tratamiento farmacológico.

- d. La accesibilidad a los fármacos antihipertensivos y la reducción del precio de los mismos para hacerlos más asequibles a toda la población, son dos factores relacionadas con la gestión y financiación de los sistemas de salud, y que favorecen sobre todo a los grupos de población más desfavorecidos a la hora de mejorar la adherencia farmacológica de estos.
- e. El tipo de medicación antihipertensiva, la complejidad del régimen terapéutico, la frecuencia de la dosificación, los cambios de los medicamentos, y los efectos adversos de los mismos son factores que reducen la posibilidad de una buena adherencia farmacológica.

1.5. Función de enfermería en la prevención, el control y seguimiento de los pacientes con hipertensión

La hipertensión se presenta como un problema de salud pública, en el que los sistemas de salud deben trabajar con todos los recursos de los que disponen y de forma eficiente, para afrontarlo. Uno de los principales recursos de los que disponen todos los sistemas sanitarios es el personal cualificado (médicos, enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas, nutricionistas, trabajadores sociales, etc.). Según las características de cada enfermedad, y como se presentan estas en los pacientes, en muchas ocasiones dicho personal debe trabajar en equipos multidisciplinares. En la enfermedad hipertensiva no podría ser de otro modo, pues esta implica la participación de diversos profesionales de salud, de hecho se ha demostrado que la atención y el seguimiento de los pacientes hipertensos por un equipo multidisciplinar puede permitir una reducción de las cifras de presión arterial de 5 mmHg para la PAS y de 2 mmHg para la PAD, y por otro lado también permite aumentar la tasa de control de la presión arterial. Es por ello que la atención en equipo se presenta como la forma más eficiente de afrontar el tratamiento y seguimiento de los pacientes hipertensos, y como técnica para mejorar la adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo.²

Dentro del equipo multidisciplinar, las funciones que cada profesional realiza deben ser autónomas pero interdependientes entre sí. Así los cuidados de enfermería deben seguir el proceso de enfermería, que incluye las 5 etapas interrelacionadas (valoración de necesidades, definición de diagnósticos, elaboración de un plan de cuidados en colaboración con el paciente, ejecución y evaluación). De hecho dentro del proceso de enfermería se emplea un resultado de enfermería denominado "conducta terapéutica: enfermedad o lesión que se emplea para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes. En un estudio se validó este resultado como herramienta para la evaluación de la adherencia terapéutica¹⁷. Además existen otros resultados e intervenciones que pueden servir para guiar el seguimiento y el control de los pacientes hipertensos.¹⁸

La enfermería desarrolla sus funciones tanto en la fase preventiva de la hipertensión como en el diagnóstico, control y seguimiento de la enfermedad. En la fase preventiva y de seguimiento de la enfermedad hipertensiva, la enfermería desarrolla todas aquellas actividades relacionadas con la educación para la salud, como son la promoción de la

salud y la prevención de la enfermedad. Estas las realiza tanto a nivel grupal como individual y atiende a toda las etapas de la vida, desde la infancia hasta la vejez. Dentro de las actividades de educación para la salud que la enfermería desarrolla, se contempla la modificación de los hábitos de vida relacionados con un aumento del riesgo cardiovascular. Dichas actividades vendrían a formar parte del tratamiento no farmacológico de la hipertensión, como son la reducción de la ingesta de sal, llevar una vida activa, reducir la obesidad, tener un consumo adecuado de frutas y verduras, y eliminar el consumo de alcohol y tabaco.

En la fase de diagnóstico, en muchas ocasiones la hipertensión aparece en las mediciones de la presión arterial que se realizan en la consulta de enfermería, y que forman parte de los programas de prevención cardiovascular. Una presión arterial elevada, correctamente medida, en muchas ocasiones da la luz de alarma para comenzar el diagnóstico de hipertensión. Cuando se establece el diagnóstico de hipertensión comienzan las labores de control y seguimiento del paciente hipertenso. En la consulta de enfermería se realiza una planificación de cuidados relacionados con la educación del paciente sobre su enfermedad, el seguimiento y control de la presión arterial en el domicilio y en el centro de salud, el seguimiento mediante consulta telefónica, con el cumplimiento terapéutico y con la modificación de hábitos de vida. La frecuencia con la que los pacientes hipertensos, u otros incluidos en programas de prevención cardiovascular asisten a las consultas de enfermería es más elevada que a otras consultas, como puede ser la del médico de cabecera. Ello permite a la enfermería establecer una relación de confianza con los pacientes, fundamental e imprescindible para poder trabajar con estos los temas relacionadas con la educación para la salud, la adherencia al tratamiento farmacológico, la promoción del autocuidado y el control de la hipertensión en el domicilio mediante la AMPA. Como se ha mencionado anteriormente dicha relación de confianza se presenta como un factor promotor de la adherencia al tratamiento farmacológico.¹⁹

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

Identificar y proponer las principales intervenciones con pacientes hipertensos que mejoran la adherencia terapéutica.

2.2. Objetivos específicos

- a) Conocer la influencia que tiene la hipertensión sobre la salud actual de la población a nivel mundial, nacional y autonómico.
- b) Revisar la definición de hipertensión arterial, su clasificación y el tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- c) Conocer el grado de adherencia terapéutica que tienen los pacientes con hipertensión, los factores que influyen en la adherencia farmacológica, como afecta esta al control de la presión arterial y las consecuencias que derivan del mal control de la hipertensión.
- d) Realizar una búsqueda bibliográfica sobre las intervenciones que se conocen para mejorar la adherencia terapéutica de la hipertensión.

3. METODOLOGIA DE BUSQUEDA

Para la realización de la revisión bibliográfica, se emplearon las bases de datos: Cochrane Plus, Dialnet y Scencedirect y Elsevier .

En la base *Cochrane Plus*:

- con las palabras clave: adherencia, tratamiento se obtuvieron 4 documentos de los que sólo 1 es relevante (Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- con las palabras clave: hipertensión, tratamiento se tienen 121 revisiones sistemáticas, de las que sólo 10 fueron relevantes.

En la base *Dialnet*:

- con las palabras clave: adherencia, tratamiento, cumplimiento y filtrando los resultados a los 10 últimos años y a los documentos publicados en la submateria "enfermería" se tienen 58 documentos, de los que 8 fueron relevantes.
- con las palabras clave: hipertensión, tratamiento y filtrando los resultados a los 10 últimos años y a los documentos publicados en la submateria "enfermería" se tienen 42 documentos, de los que 12 documentos relevantes.

En *Scencedirect*:

- Con las palabras clave: hipertensión y adherencia se obtuvieron 42 resultados de los que 8 fueron relevantes.

En *Elsevier*:

- Con las palabras clave: adherencia e hipertensión, en la submateria "ciencias de la salud" y "medicina familiar" se obtuvieron 161 resultados 10 fueron relevantes.

Por último se realizó una revisión de los artículos publicados en la revista "cumplimiento en la enfermedad vascular", de la asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y la Liga Española para la lucha contra la hipertensión, seleccionándose un artículo relevante.

Los criterios de inclusión que se emplearon fueron:

- que los estudios tuvieran relación con la temática central del trabajo, la adherencia terapéutica.
- y presentaran alguna intervención relacionada con la adherencia terapéutica.

Los criterios de exclusión, fueron:

- que no se presentara en los estudios ninguna intervención para mejorar la adherencia terapéutica.
- Estudios con muestras pequeñas y no representativas.

Se obtuvieron en total de la búsqueda bibliográfica 27 estudios, sin embargo tras la aplicación de los criterios de exclusión e inclusión se seleccionaron en 14 estudios.

4. RESULTADOS

Se seleccionaron finalmente 14 estudios en los que se analizan, o proponen diferentes intervenciones para mejorar la adherencia o el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión. De los 14 estudios, 7 son revisiones sistemáticas y 7 son estudios (de diferentes tipos, observacionales, aleatorizados...). De estos 14 estudios se han extraído diferentes intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica. La gran diversidad de intervenciones y los diferentes tipos de mediciones para validarlas hacen que resulte complicado realizar una comparación objetiva de la eficiencia de cada una de ellas. Por ello los resultados se van a exponer agrupando las diferentes intervenciones propuestas por los estudios en 6 categorías diferentes. Estas categorías se han realizado en base a los contenidos y el objetivo de trabajo que tienen las intervenciones con los pacientes. Algunas de las revisiones sistemáticas y estudios también presentan sus resultados agrupando las intervenciones según diferentes categorías, por ello esta categorización que se presenta a continuación se inspira y es resultado de la combinación de todas ellas.

- a. Intervenciones informativas²⁰: son intervenciones que se limitan a ofrecer al paciente información sobre diferentes temáticas relativas a la hipertensión, como pueden ser información sobre la enfermedad, su evolución, los riesgos que supone para el paciente la enfermedad, el tratamiento y los efectos adversos, las posibilidades del tratamiento no farmacológico, etc. Estas intervenciones no se presentan en ningún estudio de forma aislada, sino que siempre se complementan con otras intervenciones. Por ello ningún estudio ofrece evidencia sobre la efectividad de dichas intervenciones realizadas de forma aislada, es decir, sin ser complementadas con otros tipos de intervenciones. Sí que estos estudios coinciden en afirmar que estas intervenciones por sí solas no tienen un efecto positivo sobre la adherencia terapéutica²¹.
- b. Intervenciones educativas: siete estudios hacen referencia a este tipo de intervenciones.^{20,22-25} Son intervenciones cuyo objetivo es que el paciente hipertenso aprenda conocimientos, aptitudes o habilidades sobre la hipertensión y su tratamiento farmacológico y no farmacológico. Son intervenciones relacionadas con actividades de promoción de la salud, asesoramiento dietético²⁰, reducción del consumo de alcohol y tabaco, el aumento de la actividad física²², la reducción del peso corporal²³, mediante técnicas grupales o individuales a través de folletos, revistas²⁶, videos, material didáctico, discusiones.²⁷ De los siete estudios que mencionan dichas intervenciones, seis de ellos indican que este tipo de intervenciones influye positivamente sobre la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

- c. Intervenciones de seguimiento: Cuatro estudios mencionan este tipo de intervenciones^{23,26,28,29}. Consisten en todas aquellas actividades realizadas con, para o por el paciente, para realizar un control sobre diversos factores como la presión arterial (MAPA, o AMPA), recuento de pastillas²⁵, sistemas personalizados de dosificación²⁵, control del peso, la circunferencia abdominal, la glucemia y la presión arterial en consulta, resultados de analíticas (colesterol, triglicéridos, glucemia, valores de daño orgánico asintomático, ...), consultas presenciales o telefónicas. En los resultados de este tipo de intervenciones son positivos, es decir que mejoran la adherencia terapéutica, sin embargo tanto las revisiones sistemáticas como en los estudios coinciden en afirmar que los resultados no son del todo significativos, y que en muchos casos no se contrasta con una mejora en los factores de riesgo cardiovascular, como es la reducción o el control de la presión arterial, la reducción del IMC y la circunferencia abdominal, la reducción del colesterol LDL o los triglicéridos, etc.
- d. Intervenciones sobre el tratamiento: Cinco estudios mencionan este tipo de intervenciones^{20,28,30-32}. Estas intervenciones consisten principalmente en la simplificación de los regímenes terapéuticos¹², bien sea en la reducción del número de dosis²⁸, o la reducción del número de pastillas; la modificación del régimen terapéutico³⁰, es decir la modificación del tipo de antihipertensivo y las posibles combinaciones existentes para reducir sus posibles efectos adversos y mejorar así la adherencia terapéutica; la modificación de las dosis según diferentes pautas horarias (vespertina o matutina)³¹ y el inicio del tratamiento antihipertensivo según la categoría de HTA²⁹. Todos los estudios coinciden en afirmar de forma contundente que estas intervenciones mejoran de forma evidente la adherencia terapéutica. Además muchos de ellos lo confirman mediante la reducción de las cifras de presión arterial en los pacientes.
- e. Intervenciones combinadas o complejas:^{20,24,26} estas consisten en desarrollar varias de las intervenciones mencionadas anteriormente a la vez. Mediante este tipo de intervenciones se busca una actuación más completa que abarque diferentes áreas o factores que influyen sobre la adherencia terapéutica. Por ejemplo se dan intervenciones como: atención en los lugares de trabajo, visitas a domicilio, educación, dispositivos de dosificación especial, consultas telefónicas, recordatorios enviados por correo,²⁷ refuerzo, asesoramiento, terapia familiar,²¹ apoyo social³² Tres de los estudios que citan estas intervenciones concluyen que los resultados no son significativos, sin embargo, sí que todas ellas mejoran la adherencia terapéutica. Por otra parte coinciden en apoyar y seguir investigando sobre la efectividad de las intervenciones complejas porque se cree que son la mejor forma de abordar en fenómeno de la adherencia terapéutica y obtener resultados a nivel de salud a largo plazo.
- f. Intervenciones sobre la relación paciente profesional^{12,21}: Estas intervenciones se basan principalmente en establecer una relación de ayuda entre el profesional sanitario y el paciente, basada en la empatía, una correcta y clara comunicación, cercanía, confianza, asertividad, comprensión, conocimiento de uno mismo y del paciente, etc. Estas intervenciones son relativamente novedosas porque en un principio se culpabilizaba únicamente al paciente de llevar una mala adherencia al tratamiento, se ha demostrado que además influyen múltiples factores, y uno de los

más importantes o uno al que los pacientes dan mayor importancia en la relación con el profesional^{17,33}. Los dos estudios que citan estas intervenciones mencionan las buenas expectativas que existen sobre este tipo de intervención, pero que, sin embargo, los resultados no son concluyentes.

5. DISCUSION

El resultado general, tras la realización de la revisión bibliográfica, es que no existe suficiente evidencia sobre la efectividad de la mayoría de las intervenciones citadas. Las únicas sobre las que se ofrecen resultados significativos son las intervenciones relacionadas con el tratamiento farmacológico y las intervenciones de seguimiento. Sin embargo, es cierto que en todos los estudios, aunque los resultados no sean significativos, sí que se obtienen mejorías tanto en la adherencia terapéutica, como en los factores de riesgo cardiovascular: reducción de la presión arterial, reducción del peso, mejora del control de la presión arterial, aumento de la actividad física...

Por otra parte, las mayores esperanzas para mejorar la adherencia terapéutica están puestas sobre las intervenciones complejas y de relación paciente profesional. Parece que se van quedando obsoletas las intervenciones simples o aisladas, y el hecho de intentar obtener evidencia sobre la influencia de estas intervenciones en la adherencia terapéutica. Da la sensación de que por muchos estudios que se realicen no se van a obtener resultados significativos, pues la adherencia terapéutica se ha demostrado que es un fenómeno multifactorial y del comportamiento humano, y si no se interviene sobre varios factores a la vez parece inútil que el comportamiento respecto al tratamiento de un paciente se modifique.

Además como he mencionado en el párrafo anterior, parece haber buenas expectativas sobre las intervenciones que modifican la relación profesional paciente, porque se ha entendido que la responsabilidad de una correcta adherencia terapéutica no recae solamente en la actitud que el paciente tenga sobre la medicación, sino que influyen un abanico muy amplio de factores, como puede ser el tipo de relación que el profesional establezca con el paciente y el fomento de los autocuidados y la autorresponsabilidad desde esta relación paciente-profesional. Algunos estudios indican que la enfermería, debido a las características de la consulta de esta en atención primaria, es uno de los profesionales idóneos para establecer esta relación de ayuda y trabajar con los pacientes el desarrollo de los autocuidados y el fomento de la autorresponsabilidad.

Los motivos expuestos anteriormente, hacen que todas las intervenciones que se han mencionado anteriormente sean importantes. No puede ser excluida ninguna. Para la realización de intervenciones sobre la adherencia terapéutica se deben de tener todas en cuenta, es más, entendiendo este fenómeno, el de la adherencia terapéutica, desde un punto de vista multifactorial, se puede incidir, además de sobre la adherencia terapéutica, sobre otros fenómenos relacionados con la salud, como puede ser los hábitos de vida y estilos de vida saludables, la prevención de otras enfermedades asociadas a la hipertensión, la promoción en los núcleos familiares de estos estilos de vida saludables, ya que si modificamos los hábitos del paciente, probablemente mejoremos los del núcleo familiar. De este modo se obtendrían mayores resultados en salud

En la tabla 6, y a modo de resumen, se recogen todos los tipos de intervenciones extraídas de la revisión bibliográfica, sus ventajas en la aplicación, así como sus desventajas.

Tabla 6. Tipos de intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica; ventajas y desventajas. (elaboración propia)

Intervención	Ventajas	desventajas
Intervención informativa: ofrecer información al paciente sobre su enfermedad.	Ofrecen la base de conocimientos para que el paciente puede participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento	No mejoran la adherencia terapéutica por si solas.
Intervención educativa: actividades educativas relacionadas con la toma de tensión en el domicilio, la modificación de hábitos de vida, recomendaciones nutricionales, deshabituación tabáquica, etc	Mejoran la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Tiene un objetivo a largo plazo respecto a la salud del paciente. Permiten educar y ofrecer al paciente herramientas para el autocuidado y la autorresponsabilidad	El paciente debe estar dispuesto a participar y tener voluntad para adoptar las pautas recomendadas. Pueden suponer un gasto importante (tiempo y dinero) para algunos pacientes (dieta, tensiómetro, peso)
Intervenciones de seguimiento: Recuento de pastillas, llamada telefónica, consultas periódicas, AMPA, o MAPA.	Mejoran sobre todo la adherencia al tratamiento farmacológico Aumenta la motivación para el buen control de la PA. Permiten mejor la atención individualizada al paciente.	Algunas personas pueden obsesionarse con el control de la PA. Se a la adherencia al tratamiento farmacológico, y no suelen tener resultados significativos sobre la PA. No está comprobado que tengan resultados a largo plazo.
Intervenciones sobre el tratamiento: Modificación del tratamiento, reducción del número de pastillas, simplificación del régimen terapéutico.	En todos los estudios mejoran de forma evidente la adherencia al tratamiento farmacológico.	Se limitan al tratamiento farmacológico de la HTA. Suponen aumentar el número de modificaciones que se realiza sobre el tratamiento de los pacientes crónicos. Pueden aparecer efectos adversos de los medicamentos nuevos.
Intervenciones complejas: en las que se aplican diferentes tipos de intervenciones.	Suelen ofrecer buenos resultados sobre la adherencia terapéutica. Permiten intervenir sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Permiten una atención más especializada a cada paciente.	Los estudios concluyen que los resultados no son significativos. Requieren mayor inversión de tiempo y dinero para los centros de Atención primaria No se sabe a ciencia cierta que intervenciones han dado resultados y cuáles no.
Intervenciones centradas en la comunicación paciente-profesional: fomento de la empatía, la asertividad, la información clara, el conocimiento del paciente, fomento de las decisiones compartidas...	Influyen sobre uno de los factores más importantes para los pacientes respecto a su enfermedad y la adherencia terapéutica Permite visibilizar la responsabilidad de la actuación de los profesionales sobre la	No existen muchos estudios al respecto. Se requiere un cambio por parte de los profesionales y no del paciente.

Tabla 6. Tipos de intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica; ventajas y desventajas. (elaboración propia)

Intervención	Ventajas	desventajas
	salud de las personas. A través de esta intervención se pueden trabajar las demás intervenciones	

El hecho de que los resultados no fueron concluyentes en la mayoría de estudios puede tener varias causas:

- Una de ellas, puede ser el hecho de que el fenómeno de la adherencia terapéutica sea un fenómeno multifactorial, y en la mayoría de estudios se intenta incidir solamente sobre un factor concreto de la adherencia, por ello las intervenciones se quedan muy limitadas al fenómeno y no se obtienen resultados.
- Otra de las causas pueden ser los métodos de medición de la adherencia terapéutica para obtener los resultados de los estudios. La tabla 7 resumen Los métodos recogidos de los citados estudios.

Tabla 7: Métodos de medición de la adherencia terapéutica
(Elaboración propia).

Control electrónico de la renovación de la receta

Asistencia a las citas programadas

Nivel en sangre del fármaco

Autocuestionario: Test de Morisky-Green y Test de Haynes-Sackett

Evaluación de los resultados en salud. (TA, IMS, peso, resultados en analítica...)

Recuento de píldoras: MEMS y SPD Medipack

Estos métodos, si se emplean por separado, evalúan un área de resultados limitada. Es posible que se estén dejando de evaluar otros aspectos de la adherencia terapéutica si se emplea solo un método de evaluación.

En uno de los estudios que se desecharon en la revisión bibliográfica se propone como instrumento específico de evaluación de la adherencia terapéutica el resultado de enfermería "*conducta terapéutica: enfermedad o lesión*"¹⁷ en el que se incluyen indicadores como: Cumplimiento del tratamiento farmacológico, cumplimiento de la actividad física, indicaciones sobre la dieta, conductas que potencian la hipertensión arterial, asistencia a las citas de control para la hipertensión arterial, supervisión de los efectos terapéuticos y cambios en la enfermedad, supervisión de los efectos secundarios de la hipertensión, supervisión de los efectos secundarios del tratamiento. En el estudio se confirma la validez de este constructo para la evaluación de la adherencia terapéutica. Puede plantearse como un posible método de evaluación pues contempla mediante la variedad de los indicadores el sentido multifactorial de la adherencia terapéutica.

- a. Intervenciones a corto plazo. En muchas ocasiones se han realizado intervenciones en las que se esperan resultados a corto plazo. Esto puede hacer que los resultados no sean extrapolables en el tiempo, es decir que las personas que han demostrado cambios a corto plazo con el tiempo vuelvan a las anteriores cifras de adherencia terapéutica. Y también puede hacer que se obtengan resultados no significativos, porque no se ha realizado una intervención acorde con el tiempo que necesitan las personas para modificar su comportamiento. Es decir que en una intervención sí que se hayan podido obtenido resultados, pero han sido medidos antes de lo debido.
- b. Metodología cuantitativa: en la mayoría de estudios sobre las intervenciones de adherencia terapéutica se emplea una metodología cuantitativa. La intención de obtener resultados con esta metodología siempre es buena, es decir, siempre se intentan obtener resultados con la mejor evidencia posible para que en el ámbito respectivo, en este caso el ámbito de las ciencias de la salud, los resultados sean bienvenidos y sean de aplicabilidad inmediata. Sin embargo la metodología cuantitativa se ve muy limitada o tienen muchos sesgos a la hora de estudiar fenómenos relacionados con el comportamiento humano, es decir fenómenos con un carácter más cualitativo, como la adherencia terapéutica. De hecho cuando se intenta estudiar los factores que indican en la adherencia terapéutica se emplean metodologías cualitativas, y cuando se estudian las intervenciones que inciden sobre estos factores se emplean metodologías cuantitativas, y este hecho no guarda mucha coherencia.

Las causas que se han planteado para los resultados no significativos de los estudios revisados, pueden ser de utilidad para orientar los próximos estudios que se realicen sobre adherencia terapéutica. Además esta línea de investigación, a veces olvidada, tiene una relevancia importante a la hora de obtener resultados objetivos en otro tipo de estudios, por ejemplo, lo que investigan la efectividad de los medicamentos. Se debe dar prioridad a la mejora de la adherencia terapéutica y no a la implementación de nuevos medicamento más efectivos, ya que no sabemos a ciencia cierta la de los actuales tratamientos.

6. CONCLUSIONES

- Las intervenciones centradas sólo en la adherencia terapéutica no obtienen resultados significativos, y ello puede ser debido a diferentes causas: intervenciones cortoplacistas y aisladas, métodos simples de evaluación de la adherencia terapéutica y utilización de una metodología cuantitativa.
- El éxito de la adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial, y parece haber mayores expectativas en las intervenciones complejas que inciden sobre varios factores a la vez.
- El fomento de una relación de ayuda entre el profesional de la salud y el paciente, la no culpabilización del paciente por una mala adherencia terapéutica, el fomento de los autocuidados y la autorresponsabilidad se presentan como alternativas que prometen buenos resultados, sumados a las intervenciones más clásicas.

7. BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Información general sobre la hipertensión en el mundo [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013 p. 40.
2. 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):880-880.
3. Avila-Agüero ML. Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*. 2009;51(2):71-3.
4. OMS. OMS | Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 [Internet]. Ginebra, Suiza; 2014
5. Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Día Mundial de la Hipertensión, 17 de mayo de 2016 [Internet]. 2016 [citado 27 de mayo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.seh-lilha.org/>
6. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 mar p. 53.
7. Amézqueta J, Guembe M, González P, Grijalba A, Moreno C, Sobejano I, et al. Estudio Riesgo Vascular en Navarra (RIVANA). Aplicación practica asistencial. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*. 2009;17(3):29-46.
8. Patton K, Thibodeau G. Anatomía y fisiología. Barcelona: Elsevier; 2013. 1096 p.
9. Díez J, Lahera V. Hipertensión arterial. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*. 2001;13(2):80-4.
10. Ruilope LM, Banegas JR. El estudio SPRINT en la práctica clínica: ¿se debe modificar el objetivo de control de la presión arterial? *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2016;33(2):47-50.
11. Aleman J. Estudio SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial). *Diabetes Practica*. 2015;6(4):145-92.
12. Matthes J, Albus C. Improving adherence with medication. *Dtsch Arztebl International*. 2014;111(4):41-47.
13. OMS. Ingesta de sodio en adultos y niños [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013.
14. Benedi J, Romero C. Antihipertensivos. *Farmacia Profesional*. 2005;19(9):58-63.
15. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2004, p. 202.
16. Osakidetza-Servicio de Salud del Gobierno Vasco. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. *Información Farmacoterapéutica de la Comarca*. 2015;23(5):1-9.
17. Páez Esteban AN, Caballero Díaz LP, López Barbosa N, Oróstegui Arenas M, Orozco Vargas LC, Valencia Angel LI. Validez de constructo de un instrumento de enfermería para evaluar adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Enfermería Global*. 2014;13(34):37-47.
18. Perez J, Ballesteros A, Gonzalez M, Delgado E, Aragon R, Mediavilla M. ¿Qué intervenciones no farmacológicas son efectivas en el control de la H.T.A. esencial del adulto en Atención Primaria? *Evidentia*. 2012;9(37):1-6.
19. Fernández L, Guerrero L, Segura J, Gorostidi M. Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular | *Hipertensión y Riesgo Vascular*. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2010;27(Supl 1):41-52.
20. Siebenhofer A, Jeitler K, Berghold A, Waltering A, Hemkens, L, Semlitsch T, et al. Efectos a largo plazo de las dietas para disminuir el peso en pacientes hipertensos | *Cochrane*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2011; Issue 9 (Art No CD008274. DOI: 10.1002/14651858.CD008274).
21. Pisano MM, González A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*. 2014;24(1):59-66.

22. Guitard M, Torres J, Farreny D, Gutiérrez J, Martíenz M, Artigues E. Cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física en personas hipertensas asistidas en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*. 2013;27(4):365-8.
23. Uthman O, Hartley L, Rees K, Taylor F, Ebrahim S, Clarke A. Intervenciones concurrentes de promoción de la salud para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en los países de ingresos bajos y medios («ámbitos de recursos limitados»). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2015 [citado 27 de mayo de 2016]; Issue 8(Art. No.: CD011163. DOI: 10.1002/14651858.CD011163.pub2).
24. Bofí Martínez P, García Jiménez E, Martínez Martínez F. Comparación de las intervenciones de educación sanitaria y de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que acuden a una farmacia comunitaria (Estudio FISFTES-PM). *Atención Primaria*. 2015;47(3):141-8.
25. Llaves E, Segura M, García-Jiménez E, Baena I. Sistemas personalizados de dosificación en el cumplimiento del tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión y dislipemias. *Atención Primaria*. 2009;41(8):472-3.
26. Márquez Contreras E, Martel Claros N, Gil Guillén V, Martín De Pablos JL, De la Figuera Von Wichman M, Casado Martínez JJ, et al. Intervención no farmacológica como estrategia para favorecer el control de la hipertensión arterial y mejorar el cumplimiento antihipertensivo. *Atención Primaria*. 2009;41(9):501-10.
27. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios. *La Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]. 2008 [citado 27 de mayo de 2016]; Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
28. Sicras Mainar A, Galera Llorca J, Muñoz Ortí G, Navarro Artieda R. Influencia del cumplimiento asociado a la incidencia de eventos cardiovasculares y los costes en combinaciones a dosis fijas en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Medicina Clínica*. 2011;136(5):183-91.
29. Diao D, Wright J, Cundiff D, Gueyffier F. Farmacoterapia para la hipertensión leve. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; Issue 11(Art. No.: CD006742. DOI: 10.1002/14651858.CD006742).
30. Rivero I, Guiriguet C, Albaladejo C, Rovira A, Estévez M. Efectividad de una intervención terapéutica en hipertensos con mal control por monitorización ambulatoria de la presión arterial. *SEMERGEN*. 2010;36(6):317-24.
31. Zhao P, Xu P, Wan C, Wang Z. Régimen de dosis vespertino versus matutino de administración de fármacos para el tratamiento de la hipertensión. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2011 [citado 27 de mayo de 2016]; Issue 10(Art. No.: CD004184. DOI: 10.1002/14651858.CD004184).
32. Menéndez Villalva C, Montes Martínez A, Gamarra Mondelo T, Núñez Losada C, Alonso Fachado A, Bujan Garmendia S. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Atención Primaria*. 2003;31(8):506-13.
33. Zurera I, Caballero M, Ruiz M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica*. 2014;17(4):251-60.