

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

Trabajo Fin de Grado / Gradu Bukaerako Lana

Grado en Enfermería / Erizaintza Gradua

Educación de enfermería para el autocuidado y control de la hipertensión arterial crónica en adultos

Yone Ascunce Recalde

Director

Alcibiades Segundo Diaz Vera

Pamplona

Mayo,2023

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para la morbilidad y mortalidad cardiovascular y cerebrovascular en todo el mundo; esto la convierte en un importante problema de salud pública a nivel global. Por este motivo, el Eighth Joint National Committee (JNC 8) elaboró un informe basado en información proporcionada por estudios aleatorizados, con el fin de sugerir una serie de actividades de autocuidado entre las que se encuentran el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Para que los pacientes cumplan con estas recomendaciones, el personal sanitario y, en especial, enfermería deberá poner en marcha ciertas intervenciones.

Objetivo: Analizar la evidencia científica actual sobre el autocuidado por parte del profesional de enfermería en el paciente con hipertensión arterial, y ver si el autocuidado reduce las cifras de tensión arterial y la aparición de complicaciones.

Metodología: revisión bibliográfica narrativa con metodología de búsqueda sistemática en dialnet, scopus, cinahl y pubmed como bases de datos.

Resultados: Se ha demostrado que un cambio en los estilos de vida del paciente con hipertensión arterial puede resultar en una disminución de los valores de presión arterial. A través de la revisión de la literatura existente, se han identificado los elementos clave que deben ser considerados para el autocuidado en pacientes hipertensos. Las modificaciones consisten en disminuir el peso corporal, reducir el consumo de sal, realizar ejercicio físico de forma regular y en el abandono del consumo de sustancias nocivas como el alcohol y el tabaco. Para que los pacientes consigan seguir las recomendaciones en relación a su autocuidado, se determina el papel de la enfermería en este proceso. Los enfermeros brindan información, motivan, empoderan y consiguen un cambio de comportamiento en el paciente hipertenso.

Palabras clave: paciente, autocuidado, educación, hipertensión arterial

Total de palabras: 11797

ABSTRACT

Background: Arterial hypertension is one of the main risk factors for cardiovascular and cerebrovascular morbidity and mortality worldwide, making it an important global public health problem. For this reason, the Eighth Joint National Committee (JNC 8) prepared a report based on information provided by randomized studies to suggest a series of self-care activities including pharmacological and non-pharmacological treatment. In order for patients to comply with these recommendations, healthcare personnel, and especially nurses, should implement certain interventions

Objective: analyze the current scientific evidence on self-care by the nursing professional in the patient with arterial hypertension, and see if self-care reduces blood pressure figures and the appearance of complications.

Methods: narrative literature review with systematic search methodology in dialnet, scopus, cinahl and pubmed as databases.

Results: It has been shown that a change in the lifestyle of the patient with arterial hypertension can result in a decrease in blood pressure values. Through a review of the existing literature, the key elements that should be considered for self-care in hypertensive patients have been identified. The modifications consist of: decreasing body weight, reducing salt intake, regular physical exercise, and abandoning the consumption of harmful substances such as alcohol and tobacco. In order for patients to follow the recommendations regarding their care, the role of nurses in this process is determined. Nurses provide information, motivate, empower and achieve behavioral change in the hypertensive patient.

Key words: patient, self-care, education, high blood pressure, arterial hypertension.

Total words: 11797

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	1
1.1 Definición y clasificación.....	5
1.2 Medición de la presión arterial.....	8
2. OBJETIVOS.....	12
2.1. Objetivo principal.....	12
2.2. Objetivos secundarios.....	12
3. METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA.....	13
3.1. Diseño y estrategia de búsqueda.....	13
3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	14
3.3. Selección de los artículos.....	14
3.4. Resumen de la estrategia de búsqueda en las bases de datos.....	15
3.5. Extracción de datos.....	16
3.6. Análisis de datos/Documentos seleccionados.....	17
4. RESULTADOS.....	28
4.1. Cambios en los estilos de vida.....	31
4.2. Intervenciones enfermeras.....	37
5. DISCUSIÓN.....	41
6. CONCLUSIONES.....	49
7. LIMITACIONES.....	51
8. BIBLIOGRAFÍA.....	52

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Clasificación de la HTA.	6
Tabla 2: Riesgo cardiovascular total.	7
Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión para la selección de los artículos.	14
Tabla 4: Documentos seleccionados.	17
Tabla 5: Tipos de estudios seleccionados.	25
Tabla 6: Cambios en los estilos de vida e intervenciones enfermeras para la reducción de la presión arterial	28
Figura 1: Diagrama PRISMA	16
Figura 2: Tipos de estudios seleccionados.	26
Figura 3: Países de publicación.	27
Figura 4: Algoritmo clasificación del paciente con HTA.	48

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AC: Autocuidado

AMPA: Automedición de la presión arterial

CV: Cardiovascular

DM: Diabetes Mellitus

ERC: Enfermedad renal crónica

FC: Frecuencia cardiaca

FR: Factor de riesgo

HTA: Hipertensión arterial

ICC: Insuficiencia cardiaca crónica

JNC8: “The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure”

MAPA: Monitorización ambulatoria de la presión arterial

OMS: Organización Mundial de la Salud

PA: Presión arterial

PAS: Presión arterial sistólica

PAD: Presión arterial diastólica

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial (HTA), también llamada "asesina silenciosa", por la tardía aparición de síntomas en sus fases iniciales, es uno de los principales factores de riesgo para sufrir enfermedades cardiovasculares (Ramiro A, et al, 2010). Se trata de una enfermedad crónica que se identifica por el aumento continuo de las cifras de presión arterial (PA). Se relaciona con comorbilidades como el ictus, la insuficiencia cardíaca crónica (ICC), la diabetes mellitus (DM) o la muerte súbita, y afecta a gran parte de la población mundial, lo que representa un riesgo significativo para la salud pública global (Pedro Enrique y Yamilé Sarmiento, 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión representa el principal factor de riesgo de mortalidad en mujeres y el segundo en hombres en países con un desarrollo económico mayor. Se estima que el 50% de las enfermedades cardiovasculares están asociadas con el incremento de la presión arterial (PA). En consecuencia, la hipertensión es un factor crucial que hay que tener en cuenta para la prevención de las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2013).

La HTA es una enfermedad que ha ido incrementándose a la vez y como resultado del desarrollo económico mundial, el aumento de la esperanza de vida, la globalización económica, las grandes industrias y los estilos de vida nocivos para la salud. Su prevalencia varía según el desarrollo económico de cada país, aumentando la incidencia en los países menos desarrollados y con menores recursos económicos por la transición epidemiológica hacia la obesidad y las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2013). A pesar de tener una carga de la enfermedad más elevada, sólo el 10% de los tratamientos se destinan a los países con bajos o medianos ingresos, mientras el 90% se destina a los países de altos ingresos (Ramiro A, et al, 2010).

Así mismo, la hipertensión arterial representa un gran costo, tanto económico como social, a nivel mundial debido a las comorbilidades y complicaciones crónicas que se asocian con esta enfermedad. Estas complicaciones pueden afectar

significativamente a la supervivencia, a la calidad de vida y a la capacidad funcional de los pacientes, lo que puede requerir cuidados de salud costosos y prolongados (Ramiro A, et al, 2010).

En el contexto socioeconómico actual, las enfermedades no transmisibles (ENT) o enfermedades crónicas, como la hipertensión, son el resultado de factores de riesgo claramente identificables y modificables. Entre estos factores se incluyen: la falta de actividad física, el sobrepeso o la obesidad, el consumo excesivo de sal y alimentos ultraprocesados, el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco, así como la falta de adherencia al tratamiento (Ávila-Agüero ML, 2009).

Por este motivo, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y otras enfermedades no transmisibles (ENT) provocan aproximadamente 17 millones de fallecimientos anuales, de los cuales 9,4 millones son consecuencia de las complicaciones de la hipertensión arterial (HTA), según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014.

Se tiene en cuenta además que la aparición de complicaciones se da con facilidad, puesto que se trata de una enfermedad en la que no se manifiestan síntomas en las fases iniciales y, en abundantes ocasiones, cursa de manera asintomática (Miguel Soca y Yamile Sarmiento, 2009). Entre las complicaciones agudas podemos encontrar la encefalopatía hipertensiva, la hemorragia cerebral, la angina de pecho inestable, el infarto agudo del miocardio, la insuficiencia ventricular aguda con edema pulmonar, la aneurisma disecante de la aorta, y la eclampsia en mujeres embarazadas.

A largo plazo la HTA puede dañar muchos de los órganos y sistemas de nuestro organismo, siendo sus efectos sobre el corazón los más peligrosos. El corazón es responsable de suministrar sangre a todos los tejidos del cuerpo. Cuando hay una presión arterial elevada, el corazón debe trabajar más intensamente, lo que puede provocar hipertrofia y dilatación. Además, la presión arterial alta puede causar daño

renal y ser una causa común de insuficiencia renal crónica terminal (Miguel Soca y Yamile Sarmiento, 2009).

Por lo mencionado anteriormente, en el año 2011, los líderes mundiales se comprometieron a implementar planes de acción y políticas multisectoriales para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT). Con el objetivo de acelerar la adopción de medidas para reducir la prevalencia de las ENT, en la Asamblea Mundial de la Salud de 2013 se establecieron nueve metas mundiales específicas de cumplimiento voluntario para el año 2025 (OMS, 2014).

1. Disminuir la mortalidad de las enfermedades no transmisibles
2. Disminuir el consumo de alcohol
3. Disminuir el sedentarismo
4. Disminuir la ingesta de sal o sodio
5. Disminuir el consumo 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. Detectar el aumento de diabetes y obesidad
8. Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluye el control de glucemia); al menos un 50% de las personas 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 prevalencia de la hipertensión continúa siendo igual de elevada que a nivel global y se ha convertido en el principal factor de riesgo de enfermedad y muerte (M Gorostidi et al, 2022). Cabe mencionar también, que a medida que aumenta la esperanza de vida, las cifras de HTA aumentan de forma directa. Se observó que entre el 33% y 43% de la población española mayor de 18 años es hipertensa. A pesar de que estos porcentajes son muy altos, el 37,4% de los pacientes hipertensos están aún sin diagnosticar (Sociedad Española de Hipertensión, 2016).

Según “The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure” (JNC 8) (Abel N. et al. 2015), los pacientes hipertensos deben seguir una serie de autocuidados (AC), en los que se incluyen el tratamiento farmacológico y el tratamiento no farmacológico, haciendo referencia a cambios en los estilos de vida. La realización del ejercicio físico, reducir el consumo de sal, disminuir el consumo de alcohol y de tabaco, o la disminución del peso corporal. Se evidencia que seguir un estilo de vida saludable puede prevenir o retrasar la aparición de HTA y reducir el riesgo cardiovascular total (ESC/ESH, 2022).

Para que la persona con HTA cumpla y realice las actividades recomendadas debe intervenir el personal sanitario formado por un equipo multidisciplinar que abarque al paciente desde un punto de vista biopsicosocial. Entre los profesionales encontraremos médicos, enfermeros, psicólogos, nutricionistas y orientadores de la actividad física (Raquel G, et al, 2018).

En este caso, la enfermería tiene un papel fundamental en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la enfermedad. De la misma manera, tiene que transmitir información y conocimientos a la vez que fomenta las actividades de AC, evitando así la aparición de complicaciones. El profesional de enfermería es quien guía al paciente fomentando los estilos de vida saludables y reforzando el control de la enfermedad. Con la ayuda de la enfermería, el paciente comprende la importancia de modificar su estilo de vida hacia uno más saludable, se implica y se motiva más a ello (M Gorostidi et al, 2022).

El diagnóstico de la HTA comienza con una correcta medición de la PA, en múltiples ocasiones realizada por dichos profesionales (L. Fernández et al., 2010). Esta intervención es imprescindible, ya que de ella depende el clasificar adecuadamente a los individuos hipertensos. Además, determinará la influencia de otras morbilidades asociadas y llevará a cabo la estratificación del riesgo cardiovascular. Con todo, se marcarán objetivos para controlar la presión arterial y formar un plan de cuidados individualizado (M Gorostidi et al, 2022).

1.1 Definición y clasificación

La tensión arterial (TA) es la presión que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos por los que discurre la sangre en el organismo. De ella se extraen dos valores, la tensión arterial sistólica (TAS) y la diastólica (TAD). La primera alude al momento en el que se contrae el corazón y la segunda, a la relajación del corazón entre un latido y otro (OMS, 2021).

La hipertensión evidencia una presión arterial más elevada de lo normal, prolongada en el tiempo en el sistema circulatorio. Esto hace que las estructuras del sistema orgánico se vean afectadas en sus cometidos (Williams B, et al., 2019).

Según la Sociedad Europea de la Hipertensión (SEH) y la Sociedad Europea de Cardiología (SEC), se habla de hipertensión arterial cuando la presión arterial sistólica es igual o mayor a 140 mmHg, y la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, en las mediciones realizadas en consulta. Los análisis muestran que a partir de estos valores de tensión, se hace necesario que a los pacientes se les prescriban medidas farmacológicas para prevenir complicaciones cardiovasculares (M Gorostidi et al., 2022).

En lo concerniente a la clasificación de la hipertensión, en la tabla 1 se agrupan las diferentes categorías, según la clasificación que propone la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) en su guía de práctica clínica. Las categorías que se plantean a continuación no son aplicables a los niños ni a los adolescentes ya que para estos grupos de edad se emplean otras pautas.

Tabla 1: Clasificación de la HTA.

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Óptima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal-alta	130-139	85-89
Hipertensión de grado 1	140-159	90-99
Hipertensión de grado 2	160-179	100-109
Hipertensión de grado 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	<90
PA fuera de la consulta		
-Monitorización ambulatoria de la PA		
Actividad	≥ 135	≥ 85
Sueño	≥ 120	≥ 70
Media 24 horas	≥ 130	≥ 80
- Automedida de la PA		
Automedida domiciliaria	≥ 135	≥ 85

Fuente: Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Clasificación de la presión arterial medida en consulta según la ESH/ESC.

La hipertensión arterial, que en la población general, en escasas ocasiones se presenta en solitario, suele ir acompañada de varios factores de riesgo cardiovasculares (CV): la dislipemia y la intolerancia a la glucosa. Por ello, la cuantificación del riesgo total, es decir, la posibilidad de que un individuo padezca una complicación CV es un aspecto crucial del proceso de clasificación de riesgo de las personas con HTA (Williams B. et al., 2019).

El modelo utilizado para evaluar el riesgo cardiovascular total es el Sistema de Evaluación del Riesgo Coronario (SCORE, por sus siglas en inglés) (tabla 2). Este modelo toma en cuenta varios factores de riesgo: la edad, el género, el colesterol total, el colesterol HDL, la presión arterial y el hábito de fumar. Dependiendo del

resultado obtenido, se puede determinar la necesidad de tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida para reducir el riesgo cardiovascular. Es importante destacar que el SCORE no es el único modelo utilizado, se pueden utilizar otros modelos dependiendo de la población y de los factores de riesgo específicos (M Gorostidi et al., 2022).

Es crucial considerar el impacto del daño orgánico causado por la hipertensión arterial al estimar el riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos, que antes se conocía como "daño de órganos diana". Al hacerlo, se evita la clasificación inadecuada de los pacientes, ya que aquellos con un riesgo cardiovascular elevado o muy elevado podrían ser mal clasificados como pacientes de bajo riesgo utilizando el sistema SCORE. Por lo tanto, es importante realizar una evaluación completa de los factores de riesgo cardiovascular y los daños orgánicos asociados para poder clasificar correctamente a los pacientes y brindarles el tratamiento y la atención adecuados para prevenir eventos cardiovasculares adversos (Williams B. et al., 2019).

Tabla 2: Riesgo cardiovascular total.

Fases de la HTA	Otros factores de riesgo, daño orgánico o enfermedades	Grados de PA (mmHg)			
		Normal alta PAS 130-139 mmHg PAD 85-89 mmHg	Grado 1 PAS 140-159 mmHg PAD 90-99 mmHg	Grado 2 PAS 160-179 mmHg PAD 100-109 mmHg	Grado 3 PAS \geq 180 mmHg PAD \geq 110 mmHg
Fase 1 (sin complicaciones)	Sin otros factores de riesgo	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
	1 o 2 factores de riesgo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado alto	Riesgo alto
	\geq 3 factores de riesgo	Riesgo bajo moderado	Riesgo moderado alto	Riesgo alto	Riesgo alto

Fase 2 (enfermedad asintomática)	Daño orgánico, ERC de grado 3 o DM sin daño orgánico	Riesgo moderado alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto o muy alto
Fase 3 (enfermedad establecida)	ECV establecida, ERC de grado ≥ 4 o DM con daño orgánico	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

Fuente: Revista Española de Cardiología. Propuesta de la estratificación del riesgo cardiovascular total en categorías de riesgo (SCORE)

1.2 Medición de la presión arterial

La medición de la presión arterial es un aspecto fundamental para el cribado, prevención, diagnóstico, control y seguimiento de la HTA. Se puede realizar tanto en consulta como de manera ambulatoria. Las mediciones se efectuarán empleando esfigmomanómetros auscultatorios u oscilométricos automáticos o semiautomáticos.

La toma de la TA debe realizarse correctamente; para ello, deben seguirse unas recomendaciones básicas explicadas a continuación.

El paciente evitará el ejercicio físico previo y las situaciones de inquietud, vaciará la vejiga, y mantendrá reposo unos 5 minutos antes de la toma.

Además, se debe colocar en una postura apropiada (sentado, con la espalda apoyada en el respaldo de la silla, con el brazo destapado y situado sobre una superficie firme con el manguito a la altura del corazón, con los pies en el suelo y las piernas separadas).

Asimismo, se proporcionará un ambiente sereno y se aconseja estar en silencio durante la medición de la presión.

Es importante elegir un manguito acorde al brazo del paciente que habitualmente medirá 12-13 cm de ancho y 35 cm de largo. Si el brazo del paciente tiene una circunferencia >32 cm se escogerá un manguito más grande. Si por el contrario la circunferencia es menor de 26 cm se colocará uno más pequeño.

De la misma manera, 30 minutos antes de la medición no se recomienda consumir cafeína, tabaco o alcohol entre otros alimentos. (Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y Sociedad Europea de Hipertensión (ESH), 2022).

Presión arterial en la consulta

Se aconseja la medición de la PA al menos tres veces en cada visita a la consulta, como mínimo, dos veces. Las mediciones se separan en 1-2 minutos y solo deben repetirse si entre las dos primeras mediciones hay una diferencia > 10 mmHg. La PA resultante, será el promedio de los dos últimos valores. Si el paciente tiene cifras de TA inestables a causa de arritmias, tales como la fibrilación auricular, se debe utilizar la auscultación manual. A su vez, en la primera consulta se debe medir la presión arterial en ambos brazos, con el fin de hallar disparidades, y se debe tomar como referencia el brazo con la PA más elevada (William B et al, 2019). Si la hipertensión es de grado I (PAS de 140-59 mmHg y/o PAD de 90-99 mmHg), se deberá volver en varias ocasiones a lo largo de unos meses (Fernandez L. et al., 2010). Cabe destacar que esta técnica presenta la limitación de que solo ofrece información de un momento concreto. Debido a los sesgos que presenta esta técnica, múltiples guías como la ACC/AHA 2017, la ESC/ESH e ISH 2020 aconsejan medir los niveles de presión arterial de manera ambulatoria.

PA fuera de la consulta

La automedida de la presión arterial (AMPA) o las medidas ambulatorias (MAPA) se vinculan más con la monitorización de los efectos del tratamiento y la mejora de la adherencia (ESC/ESH, 2019). Así mismo, permiten conocer un mayor número de mediciones que en consulta, realizándose en un medio más característico de la vida diaria. Además, posibilita la detección de la hipertensión arterial de bata blanca, evadiendo sobre diagnósticos y sobre tratamientos y la de pacientes con hipertensión arterial enmascarada que, por el contrario, pueden ser infra

detectados e infra tratados. Es por ello que permite conocer situaciones en las que hay discordancia entre la PA clínica y la PA ambulatoria (M. Gorostidi et al., 2022).

Se define AMPA como la medida de múltiples lecturas de la presión arterial realizadas en el domicilio, mediante un medidor automático o semiautomático, como mínimo 3 días y preferiblemente de 6 a 7 días, antes de la consulta. Las tomas de PA, deben realizarse dos veces al día, dos por la mañana y dos por la noche (Fernández L. et al., 2010). Se identifican valores más bajos utilizando este tipo de medición y guarda más relación con el deterioro causado por la HTA es $\geq 135/85$ mmHg, lo que sería considerado en consulta a $\geq 140/90$ mmHg. Esta medida debe instaurarse de forma rutinaria en el paciente diagnosticado de HTA, ya que proporciona información fundamental sobre los niveles de presión arterial en situaciones cotidianas y puede contribuir a mejorar el control de la enfermedad a través del mayor compromiso del paciente en su autocuidado (M. Gorostidi et al., 2022).

Se habla de MAPA cuando nos referimos a la toma de la PA y la frecuencia cardiaca (FC) durante un tiempo determinado, normalmente de 24 horas, con el uso de un dispositivo automático que el paciente llevará consigo mientras realiza las actividades de la vida diaria. El diagnóstico se corrobora cuando se encuentran valores superiores a los indicados a continuación (Rev Esp Cardio., 2019).

- Diurna, media \rightarrow PAS ≥ 135 , PAD ≥ 85
- Nocturna, media \rightarrow PAS ≥ 120 , PAD ≥ 70
- Promedio de 24 horas \rightarrow PAS ≥ 130 , PAD ≥ 80
- Promedio de PA domiciliaria \rightarrow PAS ≥ 135 , PAD ≥ 85

No es necesario ningún tipo de preparación especial para realizar la prueba. Este tipo de medición permite recoger una cantidad más elevada de valores que las otras dos y muestra, además, información de la presión en la realización de actividades cotidianas, aunque se recomienda evitar el ejercicio extenuante. Los valores al igual que la AMPA son más bajos (HTA es $\geq 130/80$ mmHg durante 24 h, $\geq 135/85$ mmHg de media de la PA diurna y $\geq 120/70$ de media de la PA nocturna) (ESC/ESH, 2019).

Indicaciones específicas de MAPA frente a AMPA:

En situaciones en las que se desea medir la presión arterial nocturna y el perfil de 24 horas, especialmente en casos donde la presión arterial se eleva durante la noche, como en el síndrome de apnea-hipopnea del sueño o en la enfermedad renal crónica, es importante realizar la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA). De esta manera, se pueden obtener datos precisos y útiles para el diagnóstico y el tratamiento de estas afecciones.(ESC/ESH, 2022).

Indicaciones específicas de AMPA frente a MAPA:

Para llevar a cabo un seguimiento adecuado del paciente hipertenso y del paciente con hipertensión de bata blanca es importante establecer un protocolo de seguimiento que debe incluir la automedida de la presión arterial en el hogar así como la revisión periódica del tratamiento farmacológico y los cambios en el estilo de vida del paciente. De esta manera, se puede evaluar el control de la presión arterial y ajustar el tratamiento en caso de ser necesario. Además, se debe brindar educación al paciente sobre la importancia de seguir las recomendaciones médicas y llevar un registro personal de su presión arterial para mejorar su autocuidado y su participación en el tratamiento.(ESC/ESH, 2022).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal:

Analizar la evidencia científica actual sobre el autocuidado por parte del profesional de enfermería en el paciente con hipertensión arterial y ver si el autocuidado reduce las cifras de tensión arterial y la aparición de complicaciones.

2.2. Objetivos secundarios:

- a) Analizar los contenidos que se abordan en el autocuidado del paciente con hipertensión arterial.
- b) Realizar una propuesta de enfermería para el abordaje del paciente con hipertensión arterial en las consultas de atención primaria.

3. METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

3.1. Diseño y estrategia de búsqueda

Para el desarrollo del trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa con metodología de búsqueda sistemática en diversas bases de datos, páginas web sanitarias de referencia, buscadores y en la biblioteca de estudios sanitarios de la Universidad Pública de Navarra (UPNA).

- Bases de datos:
 - Dialnet
 - Cinahl
 - Scopus
 - Pubmed
- Páginas web de referencia sanitarias:
 - Sociedad Europea de Cardiología (ESC)
 - Sociedad Europea de Hipertensión (ESH)
- Buscadores:
 - Google académico

Se usaron para definir la búsqueda como palabras clave en español e inglés los siguientes términos:

- En inglés: patient, self-care, education, high blood pressure, arterial hypertension.
- En español: paciente, autocuidado, educación, hipertensión arterial

Todos los descriptores fueron combinados con los operadores booleanos

- En inglés: "AND", "OR".
- En español: "Y", "O".

3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Para limitar la búsqueda de artículos, se seleccionaron una serie de criterios de inclusión entre los que se encuentran que los textos se tratasen de artículos primarios y revisiones, que estuviesen redactados en inglés y castellano, publicados en los últimos cinco años (a excepción de un artículo de dialnet, con el fin de revisar la bibliografía más actual).

De la misma manera, se detallan otros criterios de exclusión para los artículos, como aquellos cuyo objetivo principal tratase del tratamiento farmacológico, que no permitieran el acceso al texto completo y que se centraran en otras patologías distintas a la hipertensión arterial.

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de los artículos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos primarios y revisiones	Artículos que se centran en el tratamiento farmacológico
Redactados en castellano y en inglés	Publicaciones que no permitan el acceso a texto completo
Publicados entre 2017-2023 (salvo 1 artículo de dialnet)	Pacientes con patologías distintas a la hipertensión arterial

Fuente: Elaboración propia.

3.3. Selección de los artículos

La búsqueda bibliográfica se realizó durante los meses de noviembre a enero de 2022-2023 y tuvo como resultado 927 documentos.

Después de la evaluación del título y del resumen, aplicando los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 96 artículos. Cabe destacar que se descartaron 21 artículos por encontrarse duplicados.

Posteriormente, se procede a una segunda lectura completa de los documentos seleccionados y finalmente se eligen 19 artículos para realizar la revisión de la literatura.

Para profundizar más en el tema y conseguir una mayor comprensión se han consultado otras fuentes sobre el tema, además de emplearse la técnica de bola de nieve, por la cual se extraen dos documentos de interés incluidos en los 19 seleccionados finalmente.

3.4. Resumen de la estrategia de búsqueda en las bases de datos

DIALNET

Estrategia de búsqueda: autocuidados Y hipertensión arterial

Resultados: 51

Artículos seleccionados: 4

CINAHL

Estrategia de búsqueda: (self care OR education) AND high blood pressure

Resultados: 269

Artículos seleccionados: 5

SCOPUS

Estrategia de búsqueda: self care AND (high blood pressure OR hypertension)

Resultados: 140

Artículos seleccionados: 4

PUBMED

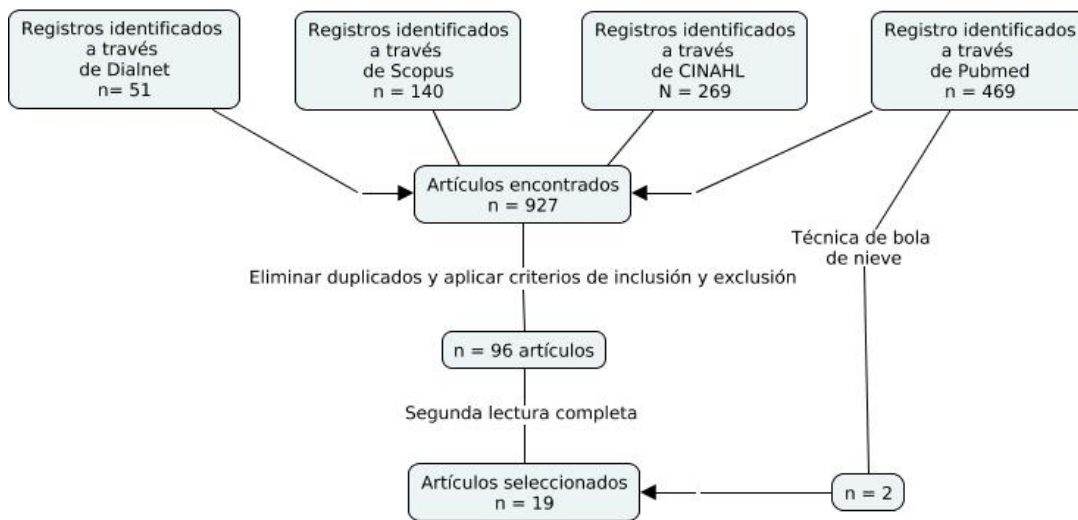
Estrategia de búsqueda: (self care OR education) AND high blood (pressure OR hypertension)

Resultados: 469

Artículos seleccionados: 6

3.5. Extracción de datos

Figura 1. Diagrama PRISMA



Fuente: Elaboración propia.

3.6. Análisis de datos/Documents seleccionados

Tabla 4. Documentos seleccionados.

Estudios incluidos en la revisión			
Autor y año	Tipo de estudio/ Tamaño de la muestra	Objetivos	Resultados de interés
Achury-Saldaña D, et al. Año: 2013	Estudio descriptivo Muestra:83 personas (diagnosticadas de HTA)	Determinar el efecto de un plan educativo sobre la capacidad de autocuidado en los pacientes hipertensos de una institución de segundo nivel.	La educación es una intervención imprescindible para que los pacientes entiendan y manejen la HTA. A partir de la educación se consigue generar un cambio de comportamiento y se promueve el autocuidado, no se puede limitar solo a la transmisión de información. Deben de atenderse las necesidades individuales, ya que no son iguales en todos los pacientes. Por otro lado, el seguimiento es complementario y genera el mantenimiento de habilidades conseguidas. La motivación y el empoderamiento resultan adecuados también para lograr una mejora en la capacidad de agencia de autocuidado.
Juan Ramón Soto Año: 2018	Revisión sistemática	Revisar la evidencia científica acerca del tratamiento no farmacológico utilizado para prevenir el desarrollo de la hipertensión arterial.	Las modificaciones en los estilos de vida son cruciales en el tratamiento de la hipertensión. Entre los cambios se encuentran: la reducción de la ingesta de sodio, controlar el peso corporal, realizar ejercicio físico, eliminar el consumo de alcohol y tabaco. Por ello, es crucial que los pacientes adopten estos cambios en su día a día.

<p>Martinez, Llovet y Ariza. Año: 2018</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Verificar que intervenciones enfermeras ayudan a los pacientes hipertensos en su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.</p>	<p>Se ha visto que enfermería es un sector vital a la hora de tratar la HTA. Debe implicarse de una manera multidisciplinar con otros profesionales de la salud para conseguir un abordaje multifocal del paciente hipertenso. Se describen una serie de intervenciones, que consiguen reducir las cifras tensionales: la educación, el seguimiento o las intervenciones complejas. A su vez, las intervenciones van dirigidas a lograr un cambio de comportamiento que se basa en cinco pilares básicos: la disminución del aporte de sal, reducir el peso corporal, realizar la cantidad adecuada de actividad física y suprimir el alcohol y tabaco.</p>
<p>García Lunar, et al. Año: 2022</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado Muestra: 1020 personas</p>	<p>Investigar la eficacia de una intervención de 3 años sobre los estilos de vida en el lugar de trabajo, en los parámetros cardiovasculares.</p>	<p>Deben realizarse intervenciones educativas con el fin de promover comportamientos saludables y evitar los riesgos cardiovasculares, ya que la mayor carga de enfermedades cardiovasculares se relaciona con los factores de riesgo modificables. La educación debe ser individualizada en las necesidades de cada paciente. Los cambios en los estilos de vida hablan sobre el tabaquismo, la escasa actividad física, el patrón alimentario inadecuado y el peso corporal.</p>
<p>Gusty et al. Año: 2022</p>	<p>Estudio transversal Muestra: 383 pacientes hipertensos</p>	<p>Determinar la relación de los conocimientos sobre el autocuidado, y obtener una visión general de conocimientos y autocuidados existentes entre los ancianos con hipertensión.</p>	<p>La evidencia dice que la HTA es causa de malas o escasas prácticas de autocuidado, por ello el adecuado conocimiento de los estilos de vida saludables es muy importante. Un conocimiento deficiente provoca a su vez poca adherencia al tratamiento y control de la tensión arterial. Entre los cambios en los estilos de vida, destaca que la mayoría de los pacientes entrevistados no cumplen con las recomendaciones dietéticas del tratamiento. La actividad física, el consumo de alcohol y de tabaco, y el control del peso corporal son otros ítems estudiados y que los pacientes no siguen como deberían.</p>

<p>Pahria et al. Año: 2022</p>	<p>Estudio cuantitativo, utilizando el método analítico de regresión y enfoque transversal.</p> <p>Muestra: 108 pacientes hipertensos con complicaciones, recibiendo tratamiento o en seguimiento</p>	<p>Examinar los factores asociados al autocuidado, que son dominantes en aquellos pacientes hipertensos con complicaciones.</p>	<p>El autocuidado es la capacidad de cuidar de uno mismo y realizar las actividades necesarias para alcanzar, mantener o promover una salud óptima. Para que el paciente hipertenso adquiera esa conducta y controle sobre su enfermedad, la enfermería debe ayudar promoviendo cambios de comportamiento con distintas intervenciones adaptadas a sus propias necesidades.</p>
<p>Kurt D, Gurdogan EP. Año: 2022</p>	<p>Ensayo clínico controlado aleatorizado</p> <p>Muestra: 137 pacientes</p>	<p>Determinar el efecto del apoyo al autocontrol en pacientes con HTA, sobre el nivel de conocimientos de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la gestión del autocuidado. Además de evaluar los cambios en la presión arterial de los pacientes tras el</p>	<p>Para que los pacientes hipertensos que no tengan suficiente conocimiento acerca de la enfermedad y sus factores de riesgo, la enfermería deberá ofrecer programas de educación y apoyo. Con esto los pacientes aumentarán su capacidad para controlar la enfermedad y modificar los estilos de vida necesarios, entre los que se encuentran la alimentación, la actividad física y el control de peso corporal.</p>

		apoyo a la autogestión.	
Anastasia A, et al. Año: 2021	Ensayo clínico aleatorizado Muestra: 92 pacientes hipertensos	Evaluar el impacto de las intervenciones educativas dirigidas por enfermeras sobre el riesgo cardiovascular total entre las personas con hipertensión.	Mediante la educación y el asesoramiento ofrecido por enfermería, los pacientes hipertensos comprenden la importancia de cumplir con el tratamiento no farmacológico. Este tipo de intervención reduce significativamente el riesgo cardiovascular total, por lo que resulta un pilar fundamental en el manejo de estos pacientes.
Ludwig Kraus, et al. Año: 2017	Estudio cuantitativo (encuesta) Muestra: 2468	Conocer mejor los conocimientos, las actitudes y la práctica clínica de las intervenciones sobre el alcohol en el tratamiento de la hipertensión	El consumo de alcohol es la conducta menos evaluada en los pacientes hipertensos de atención primaria. El consumo peligroso de dicha sustancia eleva las cifras de TA. Por tanto, se considera una de las intervenciones a mejorar, para una mayor comprensión de los conocimientos y actitudes en los estilos de vida en el tratamiento de la hipertensión.
Ongkulna, et al. Año: 2022	Ensayo clínico controlado aleatorizado Muestra: 100	Investigar la eficacia del Programa Educativo de Autogestión Basado en la Geragogía	La autogestión entendida como el aprendizaje y la práctica de las habilidades necesarias para mantener una vida saludable, es imprescindible en las personas con HTA. La baja autoeficacia y la baja alfabetización en salud, son dos factores que influyen directamente en ella. Por tanto, las intervenciones educativas ofrecidas por las enfermeras son una herramienta imprescindible y eficaz para

	pacientes con hipertensión no controlada	(GBSEP), en la mejora de la alfabetización en salud, la autoeficacia y los comportamientos de autocontrol entre los adultos mayores con hipertensión no controlada.	que los hipertensos participen activamente en su cuidado.
Farazian F, et al. Año: 2019	Ensayo clínico controlado aleatorizado Muestra: 60 pacientes con HTA	Determinar el efecto de la educación acerca del autocuidado, en pacientes con hipertensión, mediante la aplicación del modelo de autoeficacia de Bandura.	A través de las intervenciones de educación los pacientes con HTA deberán de comprender la importancia de seguir las conductas de autocuidado. Se ha observado, que la reducción de peso es una conducta de autocuidado poco valorada y por ello es importante la necesidad de una educación más amplia en este área.
Van Oort, et al. Año: 2020	Estudio de aleatorización mendeliana Muestra: 54.358 pacientes con	Identificar objetivos para la prevención de la hipertensión y su carga de morbilidad asociada.	Si se incrementa el nivel educativo de las personas hipertensas acerca de los riesgos en su salud, se obtendrán más recursos para seguir un estilo de vida saludable y realizar las modificaciones necesarias. Es importante que los pacientes reduzcan su peso corporal, limiten la ingesta de alcohol y eviten el tabaco, además de realizar ejercicio físico.

	hipertensión esencial		
Narsingh Verma, et al. Año: 2021	Revisión sistemática	Revisar la literatura más actual acerca de las modificaciones de los estilos de vida, como tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial.	Dentro del tratamiento no farmacológico encontramos la pérdida de peso, las modificaciones nutricionales, el aumento de actividad física y la disminución del consumo de alcohol. En cuanto a la alimentación se sugieren distintos tipos de dieta, como pueden ser la dieta mediterránea o la DASH. Ambas son relativamente fáciles de seguir e incluyen un alto contenido de frutas y verduras, así como de aceites insaturados, cereales integrales y frutos secos. La diferencia principal entre ellas, es que la DASH se enfoca más en recomendar una ingesta baja en sodio.
Eva Drevenhorn Año: 2018	Revisión sistemática	Revisar las intervenciones enfermeras para la educación sobre el autocuidado, en los pacientes con hipertensión arterial.	Las enfermeras deben ofrecer consejos sobre los cambios en los estilos de vida y un control en la medición de la presión arterial. Para ello existen múltiples intervenciones que pueden seguir fijando objetivos, ayudando a tomar las decisiones adecuadas, mediante actitudes positivas. Deben aconsejar y educar al paciente, consiguiendo un mayor empoderamiento y adherencia a su tratamiento. Para ello será imprescindible mostrarle apoyo, comprensión y empatía. Al tratarse de una enfermedad crónica, los pacientes deben adquirir y mantener las modificaciones en sus estilos de vida por toda la vida, y para ello tienen que ser capaces de tomar la decisión de forma autónoma.
Krista R, et al. Año: 2022	Estudio cualitativo (Focus Group) Muestra: 65000 personas	Examinar las perspectivas de pacientes y profesionales de la salud sobre la	Resulta necesario que los pacientes comprendan la naturaleza de la hipertensión y de sus factores de riesgo, para que de esta manera puedan dar sentido a los objetivos del tratamiento y a las estrategias de manejo aconsejadas. A su vez, los pacientes expresan la necesidad de una comunicación más

		hipertensión, las estrategias de tratamiento de la hipertensión y la relación entre pacientes y proveedores.	profunda e individualizada con los profesionales de la salud. Refieren tener una comprensión inadecuada de su enfermedad.
La Rosa G, et al. Año: 2023	Revisión sistemática	Comparar los efectos cardiovasculares del cigarrillo electrónico frente al tabaco	El tabaco es responsable de millones de muertes al año, entre ellas se encuentran varias ECV, debido a los efectos del tabaco sobre el corazón. Pese a ello, la tasa de abandono del tabaco sigue siendo muy baja a día de hoy. En el estudio se concluye la relación del tabaco y la hipertensión, y se incide en la importancia de dejar este hábito.
Jorge Moreno Molina Año: 2022	Revisión sistemática	Revisar la literatura existente para evaluar los beneficios del ejercicio físico isométrico en relación con la hipertensión arterial	Se observa que el ejercicio físico isométrico produce una reducción significativa de la presión arterial. Además, mediante el ejercicio no se consigue únicamente una reducción de la PA, si no que se obtienen beneficios a otros niveles como puede ser a nivel psicológico. Se ha visto que mejora el estado de ánimo y reduce la mortalidad por enfermedades como la diabetes mellitus o el cáncer.
Hackshaw A, et al. Año: 2017	Metanálisis	Establecer la relación entre el consumo de cigarrillos y la enfermedad cardiovascular, para cuantificar el riesgo de enfermedad coronaria y accidente	Existe una elevada tasa de fumadores en el mundo, los cuales tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, frente a aquellos que nunca han fumado. Las estimaciones son incluso más elevadas en mujeres, por ello es imprescindible reducir la cantidad de cigarrillos para disminuir así la carga de morbimortalidad.

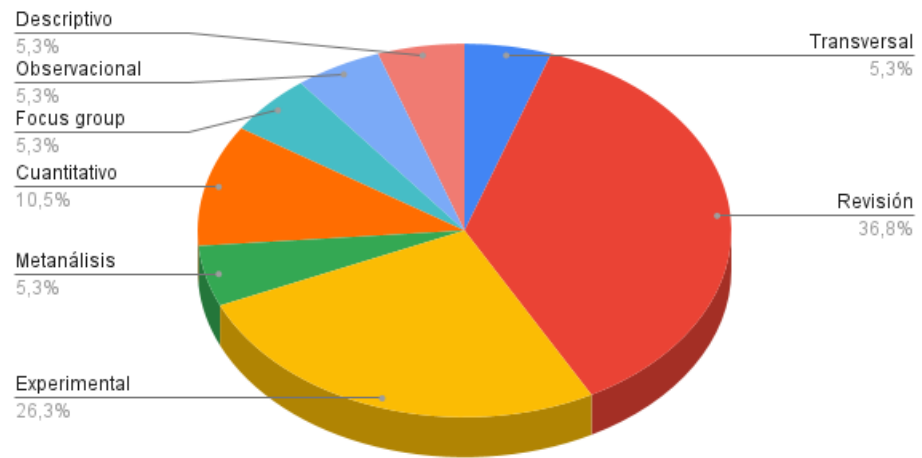
		cerebrovascular.	
Vamvakis A, et al. Año: 2017	Revisión sistemática	Identificar las intervenciones dirigidas a modificar los estilos de vida en los pacientes con hipertensión esencial.	Para prevenir y/o tratar la hipertensión, parámetros como la nutrición, el peso corporal y el ejercicio físico deben ser evaluados y considerados para su mejora. Una gran cantidad de evidencia respalda claramente que el papel de la sal, el alcohol, las frutas y las verduras es importante para la presión arterial alta. Además, el mantenimiento de un peso corporal normal debe lograrse junto con la actividad física pocas veces por semana, si no todos los días

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Tipos de estudios seleccionados.

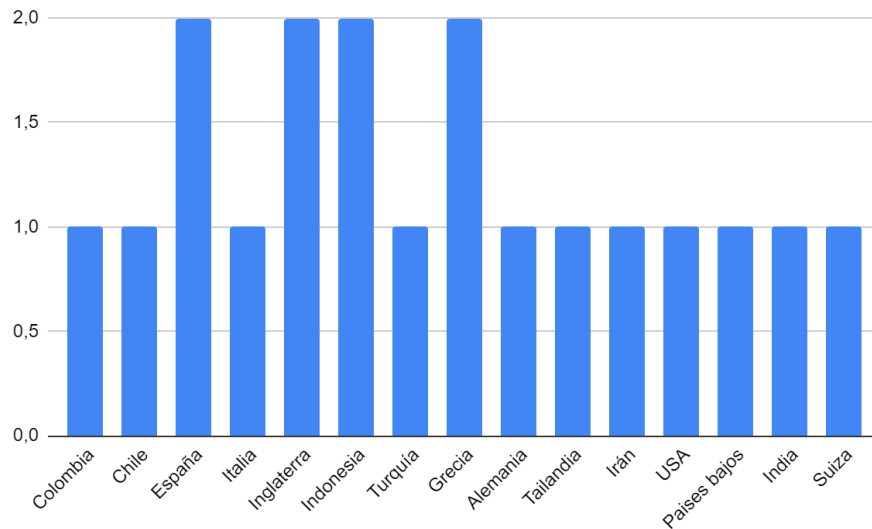
Tipo de documento	Número de documentos
Estudio descriptivo	1
Revisión sistemática	7
Estudio experimental	5
Estudio transversal	1
Estudio cuantitativo (encuestas)	2
Estudio observacional	1
Focus group	1
Metanálisis	1
Fuente: Elaboración propia.	19

Figura 2: Tipos de estudios seleccionados.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3: Países de publicación.



Fuente: Elaboración propia.

Con el propósito de dar respuesta a los objetivos previamente planteados, se ha agrupado la información adquirida en base a los cambios en los estilos de vida y a los distintos tipos de intervenciones enfermeras. En la tabla 4 se muestran los ítems que aborda cada artículo, con el fin de desglosarlos visualmente y tener una idea clara y concreta sobre la información contenida en cada uno.

4. RESULTADOS

Tabla 6. Cambios en los estilos de vida e intervenciones enfermeras para la reducción de la tensión arterial.

	Cambios en los estilos de vida					Intervenciones enfermeras				
	Reducción de peso	Ejercicio físico	Alimentación	Tabaco	Alcohol	Educación	Seguimiento	Intervenciones complejas	Empoderamiento /Motivación	Relación profesional-paciente
Achury-Saldaña, D Año: 2013			X			X	X		X	
Juan Ramón Soto Año: 2018	X	X	X	X	X					
Martínez, Llovet y Ariza Año: 2018	X	X	X	X	X	X	X	X		X
García Lunar, et al. Año: 2022	X	X	X	X		X			X	
Gusty et al. Año: 2022	X	X	X	X	X					

Pahria et al. Año: 2022	X				X	X				X
Kurt D, Gurdogan EP Año: 2022		X	X	X		X				X
Anastasia A, et al. Año: 2021	X	X	X		X	X				
Ludwig Kraus, et al. Año: 2017	X	X			X					
Ongkulna K, et al. Año: 2022		X	X			X				
Farazian F, et al. Año:2019	X	X	X	X	X	X				
La Rosa G, et al. Año: 2023				X						

Van Oort S, et al. Año: 2020	X	X	X	X	X					
Narsingh Verma, et al. Año: 2021	X	X	X	X	X					
Eva Drevenhorn Año: 2018						X				X
Krista R. Schaefer, et al. Año: 2022			X	X	X					
Jorge Moreno Molina Año: 2022		X								
Hackshaw A, et al. Año: 2017		X								
Amvakis A, et al. Año: 2017	X	X	X			X				

Fuente: Elaboración propia.

4.1. Cambios en los estilos de vida

Con la lectura de los artículos escogidos y las otras fuentes evaluadas, se procede a realizar un análisis de los contenidos cuyos resultados se formularán a continuación.

Una vez analizada la literatura, se puede confirmar que un cambio en los estilos de vida ayuda a reducir y mantener los niveles de presión arterial dentro de un rango adecuado; este aspecto se menciona en 18 de los 19. Por eso, es imprescindible que las personas con HTA modifiquen sus estilos de vida hacia unos más saludables, para controlar mejor su enfermedad y prevenir futuras complicaciones.

Con este fin, las personas hipertensas deben realizar ciertas actividades de autocuidado para controlar su PA. Las acciones se fundamentan en reducir la ingesta de sal, disminuir el peso corporal, realizar ejercicio físico de forma constante y restringir el consumo de sustancias perjudiciales como son el alcohol y el tabaco (Narsingh Verma et al., 2021).

Se ha visto que seguir las recomendaciones de los estilos de vida puede demorar o prevenir el tratamiento farmacológico en aquellos pacientes con HTA de grado 1 y que ayuda a disminuir las cifras de TA en aquellos pacientes que precisan tratamiento farmacológico. Esto podría ayudar también a reducir la cantidad o la dosis de los medicamentos antihipertensivos (Martinez, Llovet y Ariza, 2018).

Seguidamente, se desglosan estos ítems partiendo de la literatura revisada.

4.1.1. Reducción de peso

Según la OMS, la obesidad se considera una enfermedad en desarrollo cuya causa es multifactorial. Múltiples estudios sugieren que existe una asociación entre el peso corporal y el aumento de PA. Para determinar el peso se utiliza el IMC; así, se considera sobrepeso un IMC que oscile entre 25 y 29,9 kg/m², mientras que se trata de obesidad los valores superiores a los 30 kg/m² (Vamvakis A, et al., 2017).

Se ha observado que gran parte de los pacientes hipertensos tienen sobrepeso u obesidad (Juan Ramón Soto, 2018), condición que se relaciona directamente con el aumento de la PA, por lo que supone uno de los principales factores de riesgo modificables (García Lunar et al., 2022).

De la misma manera, según Martínez Llovet y Ariza (2018), mantenerse dentro de un peso corporal adecuado, es decir, conseguir un índice de masa corporal (IMC) comprendido entre 18,5 y 24,9 kg/m², hace que disminuyan los valores de presión arterial. Otros ensayos controlados afirman también que la pérdida de peso hace que disminuya la PA ya que se puede corroborar que estos valores van disminuyendo conforme baja el peso corporal (Narsing Verma, 2021).

Cabe destacar que la obesidad incrementa la dinámica del sistema nervioso simpático y altera el sistema renina-angiotensina, dos componentes cruciales en el mantenimiento de la presión arterial (Van Oort S, et al, 2020). El peso corporal excesivo está relacionado con la retención de sodio, el incremento de la resistencia vascular y el gasto cardiaco elevado.

Según el estudio de Framingham, la obesidad se correspondía con un 70% de los hombres y el 60% de las mujeres y con un aumento de peso corporal en 10 kg se obtenía un agravamiento de 7 mmHg en la presión arterial (Vamvakis A, et al, 2017).

Se ha observado también que una reducción del peso corporal entre 6,5-4,7 kg en hombres y de entre 3,7-1,6 kg en mujeres, disminuye las cifras de PAS en 3,1 mmHg para los hombres y en 2 mmHg en mujeres. En cuanto a los niveles de PAD, se observan disminuciones de la misma manera llegando a alcanzar un 2,8 mmHg en hombres y 1,1 mmHg en mujeres, respectivamente. Cuanto mayor es la reducción del peso corporal, mayor es la reducción de PA (Vamvakis A, et al, 2017).

En varios estudios se ha podido confirmar que la reducción del peso corporal es la conducta de autocuidado menos conseguida por los pacientes hipertensos (Farazian F. et al., 2019). Por tanto, se ha visto que existe muy poca adherencia a la reducción y el control del peso corporal aunque se debería hacer especial énfasis en esta área con el fin de aumentar los conocimientos de la comunidad (Pharia et al., 2022).

4.1.2. Alimentación

Los expertos sugieren que el patrón dietético es una de las partes más importantes del tratamiento no farmacológico, la alimentación debe estar enfocada en las necesidades calóricas adecuadas y los gustos alimenticios personales y culturales. Por tanto, deberemos ajustar las necesidades nutricionales individualmente (Narsing Verma, 2021).

Entre las dietas se han propuesto: la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), dieta enfocada a disminuir la presión arterial. La dieta se fundamenta en alcanzar un plan de alimentación, en el que, la persona hipertensa consuma cereales integrales, más frutas y verduras, productos lácteos bajos en grasa y menos grasas saturadas como las que se encuentran en la carne roja. También debería eliminar los productos que contienen muchos azúcares y sean ricos en sal. En los estudios realizados se comprobó que seguir este tipo de alimentación conseguía disminuir las cifras de TA en 5,5 mmHg la PAS, y 10-12 mmHg la PAD (Gusty et al, 2022), (Narsingh Verma et al., 2021), (Ongkulna K, et al., 2022).

Según la Organización Mundial de la Salud, el consumo diario de sal recomendado es de 5 gramos en personas adultas y 2 gramos en niños. Mediante el consumo moderado de sal, las cifras de tensión arterial pueden disminuir en torno a 4-5 mmHg en aquellos pacientes con HTA (Martinez, Llovet y Ariza, 2018). De la misma manera, se dice que la ingesta de sodio no debe ser superior a 2.400 mg al día, lo que equivale a los 5 gramos de sal mencionados. Una mayor reducción de sodio, de unos 1.500 mg, se asocia a una reducción aún mayor de PA (Narsingh Verma, 2021).

Otra dieta muy mencionada es la dieta mediterránea. Al igual que la dieta DASH, se basa en seguir una alimentación con alto contenido en frutas y verduras (4 o 5 raciones, lo que equivale a unos 300-400 gramos diarios), cereales integrales, aceites insaturados, frutos secos, pescado azul (dos veces por semana) y menos carne roja. Seguir estas recomendaciones dietéticas ha mostrado una disminución de la PAS de 2,4 mmHg y de 1,3 mmHg para la PAD (Narsingh Verma et al., 2021).

Estas dos dietas son fáciles de seguir, resultan apetecibles, y se ajustan a las recomendaciones dietéticas cardiovasculares. Cabe mencionar, que resulta fundamental educar a los pacientes en cuanto a la reducción de sal y las tablas alimentarias con los productos que comprenden sal oculta, puesto que estos pueden llegar a alcanzar el 81% del consumo (Martinez, Llovet y Ariza, 2018).

Algunos autores afirman que reducir las cifras de TA en solo 5 mmHg se asocia a una disminución de la mortalidad en 14% por accidente cerebrovascular, del 9% por cardiopatía y del 7% por todas las causas (Narsingh Verma, 2021).

4.1.3. Ejercicio físico

Tras analizar la información hallada en los distintos artículos, se concluye que con la realización de ejercicio físico se obtienen múltiples beneficios para la salud. Hace que se disminuya la PA, puesto que reduce las resistencias vasculares sistémicas (Van Oort, 2020), ayuda a reducir el peso corporal, reduce las tasas de cardiopatía coronaria, ictus, DM, y distintos tipos de cáncer (Narsingh Verma, 2021).

A su vez, se han visto beneficios a nivel psicológico. La evidencia dice que ayuda a mejorar el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad o depresión. Se observan mejoras también en el descanso y en la reducción del tejido adiposo por lo que ayuda a la disminución del peso corporal (Jose Moreno Molina, 2022).

Según varios autores, el ejercicio aeróbico es el más aconsejado para los adultos; las recomendaciones actuales dicen que se debe realizar unos 30-40 minutos de actividad física de intensidad moderada al día. La mayoría de los beneficios se han observado con, al menos, 150 minutos a la semana. Dentro de las recomendaciones entraría el caminar a un paso ligero, ya que se ha visto que reduce los valores de PA de 4 a 9 mmHg (Juan Ramón Soto, 2018).

A pesar de que la gran mayoría de los autores sugieren realizar ejercicio aeróbico, no queda bien definido qué tipo de ejercicio deben realizar los pacientes

hipertensos. La resistencia muscular dinámica o isotónica, ejercicio aeróbico o ejercicio de fuerza.

En primer lugar, el ejercicio de fuerza isométrica que combina fuerza y resistencia, presenta ciertas ventajas frente a los otros tipos y esto hace que la adherencia pueda ser mayor. Las cifras de tensión pueden llegar a disminuir en 5 mmHg la PAS, y 4 mmHg la PAD, en descanso.

En segundo lugar, los ejercicios de fuerza y resistencia (como el levantamiento de pesas) suelen emplearse para ganar eficacia y/o potencia muscular. Este tipo de intervención provoca una reducción de entre 2 y 7 mmHg en cuanto a las cifras tensionales.

Por último, se incide en el ejercicio aeróbico/cardio respiratorio que produce una elevación de la frecuencia cardiaca y del consumo calórico. Este demuestra reducciones parecidas a los ejercicios de fuerza, de entre 2 y 6 mmHg (Jorge Moreno Molina, 2022).

Con todo, queda claro que la enfermería debe recomendar el ejercicio físico como conducta de autocuidado. Por consiguiente, es evidente que los pacientes con HTA deben realizar ejercicio físico adecuado a sus necesidades que conduzca a la mejora de su calidad de vida (Farazian F. et al., 2019).

4.1.4. Alcohol y tabaco

Un elevado consumo de alcohol eleva la presión arterial y se relaciona con un mayor riesgo cardiovascular (Juan Ramón Soto, 2018). Sin embargo, se ha visto que es uno de los factores de riesgo menos intervenidos en el manejo de la HTA (Ludwig Kraus, et al., 2017).

Si bien es cierto que un consumo moderado de alcohol brinda cierto efecto protector contra algunas enfermedades cardiovasculares, su consumo diario no debería exceder los 200 ml o 10 gramos en mujeres. En varones por el contrario, las

cantidades protectoras podrían ser hasta del doble, de unos 20-30 gramos diarios (Juan Ramón Soto, 2018), (Martinez, Llovet y Ariza, 2018).

Los estudios confirman que en bebedores de alto consumo, se ha observado una reducción media global de la PAS alrededor de 5 mmHg y de la PAD aproximadamente 3 mmHg durante el primer mes de tratamiento (Narsingh Verma et al., 2021).

El consumo de alcohol está directamente relacionado con la influencia cultural de la comunidad en la que se vive y en la ausencia de una prohibición en el consumo (Pahria, et al, 2022).

Por lo que al consumo de tabaco se refiere, se debe tener en cuenta que alrededor de mil millones de personas en el mundo fuman y su prevalencia es más elevada en los países en desarrollo (Hackshaw A, et al., 2017). Por tanto resulta imprescindible remarcar los efectos nocivos del tabaco ya que provoca más de 7 millones de muertes al año. A su vez, contribuye a aumentar la carga de morbilidad del aneurisma aórtico (34,6%), la cardiopatía isquémica (18,41%), el ictus (14,2%) y otras enfermedades cardiovasculares (La Rosa G et al., 2023).

Los datos muestran que el simple hecho de fumar un cigarrillo diario aumenta un 48% la probabilidad de sufrir una enfermedad cardíaca respecto a aquellos que no lo han hecho. Este riesgo se ve incrementado en las mujeres, llegando al 57% (Hackshaw A. et al., 2017).

Se ha demostrado el efecto hipertensivo que posee el fumar. Después de fumar un cigarrillo la presión arterial asciende durante los próximos 15-30 minutos. Esto se debe a las sustancias comprendidas en el humo del tabaco ya que incrementan la actividad del sistema nervioso simpático reduciendo la reserva de flujo sanguíneo coronario y aumentando la frecuencia cardíaca y la presión arterial (Juan Ramón Soto, 2018) (La Rosa G. et al., 2023).

Además, un metaanálisis de 20 estudios prospectivos confirmó que dejar de fumar tras un evento cardíaco reduce el riesgo de muerte en más de un 33% a lo largo de cinco años (Narsingh Verma, 2021).

Se incide en que ningún nivel de tabaquismo es seguro para la salud. Por lo tanto, la relación del consumo de alcohol y tabaco y el incremento de la presión arterial y el riesgo cardiovascular es indudable y los pacientes hipertensos deben seguir las recomendaciones en relación a este (Krista R, et al, 2022).

4.2. Intervenciones enfermeras

Tras la revisión de la literatura se evidencia que los profesionales sanitarios y dentro de ellos enfermería, son un pilar fundamental para la prevención, el manejo, la educación y el tratamiento de la enfermedad. Son además, los encargados de trasladar los conocimientos apropiados y promover un estilo de vida saludable (Achury- Saldaña et al., 2013).

Es necesario abordar el problema de una manera multifocal, para ello enfermería trabajará con los pacientes identificando sus estilos de vida, reconociendo las posibilidades de cambio de cada uno, y facilitando un plan de cuidados personal (Martinez, Llovet y Ariza, 2018). Por tanto, las intervenciones deben ajustarse a cada paciente e incluyen una mezcla de estrategias para mejorar la situación individual de cada persona (Pahria, et al., 2022).

Al tratarse la hipertensión de una enfermedad crónica, es fundamental que el paciente hipertenso decida de forma autónoma querer enfocar su estilo de vida hacia uno más saludable (Eva Drevenhorn, 2018). Para ello, deberá de trabajar en la autoeficacia definida por Bandura como “la percepción o creencia personal de las propias capacidades en una situación determinada” (Farazian, et al., 2019). Mejorando su autocuidado, los pacientes son capaces de controlar mejor su enfermedad y realizar las actividades imprescindibles para alcanzar, promover y mantener su salud. Según Orem, deberán de comprender una serie de actividades complejas, dirigidas a conseguir unos objetivos concretos, y alcanzar unos logros prefijados (Pahria, et al., 2022). La evidencia concluye que existen varios factores que intervienen en las conductas de autocuidado, entre los que se encuentran la baja alfabetización en salud y la escasa autoeficacia (Ongkulna K. et al., 2022).

En varios estudios se menciona la necesidad de apoyo de los pacientes para llevar a cabo las actividades y conductas cotidianas. Este apoyo puede ser proporcionado tanto por su entorno social, caso de la familia o los amigos o por los profesionales sanitarios (Pahria, et al., 2022). Mediante la implicación de la familia los pacientes hipertensos se sentirán más protegidos y acompañados en el transcurso de la enfermedad, y conseguirán aumentar las conductas de autocuidado (Achury Saldaña D. et al., 2013).

Una intervención que se observa en ocho de los quince artículos, es la de la educación. Es evidente que la educación para la salud, es una actividad reconocida desde hace muchos años en la enfermería. Se debe ver al paciente de una manera biopsicosocial y decidir su necesidad de enseñanza. Debe tenerse en cuenta, además que para muchos pacientes resulta complicado entender cómo unas simples cifras de TA pueden afectar en su día a día, ya que muchos de ellos no tienen síntomas que resultan sencillos de relacionar con el diagnóstico (Eva Drevenhorn, 2018). Para ello los pacientes precisan entender la naturaleza de la hipertensión y los factores de riesgo; así conseguirán dar sentido a los objetivos del tratamiento y a la necesidad de modificar su estilo de vida (Krista R, et al, 2022). Con la intervención educativa se amplían los conocimientos de los pacientes, adquiriendo estilos de vida saludables. Asimismo, se les debe educar y asesorar acerca de la forma correcta de medir la PA en el domicilio ya que se observa que la monitorización en el hogar disminuye la PAS 3,9 mmHg a los seis meses (Narsingh Verma, et al, 2021). Con respecto a este tipo de intervención cabe destacar que ha conseguido reducir el riesgo cardiovascular de un 4,75% a un 4,3% (Anastasia A. et al., 2021).

Se dice que el seguimiento es una instrumento añadido a la intervención educativa, es evidente que debe hacerse de una forma continua en el tiempo y no debe limitarse solo al presente, para que pueda promoverse y reforzar el autocuidado y con ello el cambio de comportamiento (Achury-Saldaña D, et al, 2013). La finalidad de esta acción se basa en asegurarse de que el paciente siga aquellos consejos relacionados con su enfermedad: el AMPA y MAPA, la reducción de peso corporal, el

cumplimiento de una adecuada alimentación y el control de fármacos (Martinez, Llovet y Ariza, 2018).

Relacionado con lo anterior, se identifica la necesidad de trabajar la relación paciente profesional al resultar imprescindible forjar una relación de ayuda basada en la cercanía, asertividad, comprensión y empatía. Según Krista R y colaboradores, algunos pacientes llegaban a sentir vacíos en su comprensión y manifestaban su deseo de establecer conversaciones más intensas e individualizadas con el personal sanitario. Si se consigue una relación en la que el paciente se sienta escuchado y comprendido, sentirá más confianza hacia el profesional sanitario y de esta manera cumplirá mejor con las recomendaciones proporcionadas.

De la misma manera, no se debe únicamente transmitir información al paciente, enfermería debe hacer énfasis en conseguir competencias y actitudes que generen un cambio de comportamiento, mediante su empoderamiento y motivación (García Lunar, et al., 2022). Se ha visto que la percepción que uno mismo tiene de la enfermedad es el factor que más interviene en los autocuidados. Si el paciente tiene una percepción positiva de la enfermedad, se sentirá capacitado para realizar las conductas correctas respecto a sus cuidados. Es decir, la manera en que el paciente ve la enfermedad afecta al cambio de comportamiento a la hora de actuar y fomentar las actividades positivas (Pahria, et al, 2022), mejorando su calidad de vida y reduciendo las complicaciones asociadas a la enfermedad. Si se consigue que el paciente se sienta empoderado, incrementará la sensación de control sobre su vida y se sentirá más motivado. Este planteamiento hará que incremente su autonomía y ampliará su capacidad de elección. Se debe conseguir que el paciente identifique necesidades, metas y reconozca los recursos que tiene para llevarlos a cabo (Eva Drevenhorn, 2018).

Por último, se describe el uso de intervenciones complejas, que se definen como intervenciones innovadoras que combinan varias intervenciones nombradas previamente. Se enfocan en abordar los diversos factores que contribuyen al desarrollo y control de la enfermedad y suelen involucrar cambios en los estilos de vida, la educación del paciente y la colaboración interdisciplinaria de los

profesionales de la salud. Con el uso de las distintas actuaciones se consigue una acción más completa que engloba distintas áreas o circunstancias que influyen sobre la adherencia al tratamiento tanto farmacológico, como al no farmacológico (Pahria et al., 2022). Cabe destacar a su vez, que estas intervenciones se adaptan a otros entornos como el sector laboral, las visitas domiciliarias, las consultas telefónicas y la comunicación vía email entre otros (Martinez, Llovet y Ariza, 2018). El aumento de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) ha hecho que sea una intervención a tener en cuenta en los últimos años. Entre las intervenciones complejas más comunes se encuentran las terapias cognitivo-conductuales que ayudan a los pacientes a identificar y modificar pensamientos y comportamientos que puedan estar contribuyendo a la hipertensión arterial. También se incluyen las intervenciones centradas en la familia, en las que se involucra a los miembros de la familia en la educación y el cuidado del paciente.

5. DISCUSIÓN

En relación al objetivo principal y al primer objetivo específico que trata de analizar los contenidos que se abordan en el autocuidado del paciente con hipertensión arterial y después de analizar la evidencia en relación con la hipertensión arterial y los autocuidados en el paciente hipertenso, se han concluido los factores que participan en el tratamiento no farmacológico y que ayudan a reducir los niveles de presión arterial. Por ello, el paciente con HTA debería modificar sus estilos de vida hacia unos más saludables mediante el AC. Dichos cambios irán dirigidos a reducir el peso corporal, seguir una alimentación en la que el aporte de sal se encuentre disminuido, realizar ejercicio físico de forma regular y restringir el consumo de sustancias perjudiciales como el alcohol y el tabaco.

Se ha podido confirmar que muchas de las personas que padecen hipertensión arterial, tienen un IMC elevado y sufren de sobrepeso u obesidad, condición que muestra directamente la relación entre el peso y los niveles elevados de presión arterial (Juan Ramón Soto, 2018) (Martinez, Llovet y Ariza, 2018) (García Lunar, et al, 2022) (Van Oort S, et al, 2020) (Narsingh Verma et al, 2021) (Vamvakis et al, 2017). Por esta razón, según la información evaluada, se debería sugerir a los pacientes hipertensos que trabajasen en reducir su peso corporal (Van Oort S, et al, 2020) (Farazian F, et al, 2019) (Pahria et al, 2022). Para lograr este objetivo, se pueden proponer modificaciones en su dieta, con el fin de conseguir un peso equilibrado y de esta manera reducir los niveles de presión arterial. Por otro lado, se han examinado distintas dietas, destacando la dieta DASH y la mediterránea (Martinez Llovet y Ariza, 2018). Aún así, queda claro que lo más importante es seguir una dieta hiposódica (Anastasia A, et al, 2021). Cuando se hace referencia a la dieta DASH, se habla de una dieta de 1200 calorías, rica en frutas y verduras y pobre en grasas saturadas totales. También hace referencia a consumir productos lácteos desnatados puesto que frente a la dieta habitual muestra tener efectos hipotensores (Gusty et al, 2022) (Narsingh Verma et al., 2021). Al mencionar la dieta mediterránea, también se hace hincapié en el consumo de frutas y verduras, cereales integrales, aceites insaturados y pocas grasas saturadas. Por tanto, las dos dietas se consideran adecuadas para reducir los niveles de PA y se ajustan a las

recomendaciones dietéticas para la salud cardiovascular (Narsingh Verma et al., 2021).

De la misma manera, se debe atender al consumo de sal, ya que una ingesta elevada puede provocar aumento de los niveles de PA. Los niveles óptimos de sodio no deberían de superar los 2.400 miligramos al día, lo equivalente a 5 gramos de sal. Si estas cantidades se reducen a 1500 miligramos de sodio al día, se obtendrán mayores reducciones de presión arterial (Van Oort S. et al., 2020) (Juan Ramón Soto, 2018) (Martinez, Llovet y Ariza, 2018) (Gusty et al., 2022) (Anastasia A. et al., 2021) (Ongkulna K, et al, 2022) (Narsingh Verma, et al, 2021). Por esta razón, se debe informar al paciente sobre qué alimentos contienen más sal para procurar evitarlos en su dieta (Juan Ramón Soto, 2018).

Otro factor es el ejercicio físico, herramienta útil y efectiva para perder peso y ayudar a mantener unos adecuados niveles de presión arterial (Van Oort S. et al., 2020) (Juan Ramón Soto, 2018) (Farazian F. et al., 2019). Al revisar la literatura puede observarse que la gran parte de los estudios aconsejan el ejercicio aeróbico (Gusty et al, 2022) (Narsingh Verma et al., 2021). Aún así, existe evidencia de que otros tipos de ejercicios como los de fuerza o de resistencia muscular dinámica (Jorge Moreno Molina, 2022) también ayudan a controlar los niveles de PA y son efectivos para perder peso. Con todo, se ha visto que la actividad física puede tener beneficios adicionales relacionados con la salud a nivel psicológico y esto puede ayudar a que los pacientes se encuentren con un estado de ánimo más positivo y más motivados para incluir las modificaciones en su estilo de vida (Jorge Moreno Molina, 2022) (Narsingh Verma et al, 2021). A pesar de que no queda del todo claro cuál es el tipo de ejercicio más efectivo para los pacientes hipertensos, si se puede afirmar, mediante los datos extraídos, que las personas que padecen HTA deberían de realizar algún tipo de actividad física. Se habla de entre 20 a 30 minutos cada día, para obtener beneficios positivos en cuanto a las cifras de PA (Juan Ramón Soto, 2018) (Martinez, Llovet y Ariza, 2018) (Farazian et al, 2019) (Narsingh Verma et al., 2021).

Atendiendo al consumo de alcohol, se puede decir que posee cierto efecto protector si se toma con moderación (Juan Ramón Soto, 2018). A pesar de eso, se aconseja reducir su consumo por la relación directa que tiene en las cifras de tensión arterial (Ludwig Kraus et al., 2017) (Farazian F et al., 2019) (Narsingh Verma et al., 2021) (Krista R et al., 2021) (Juan Ramón Soto, 2018).

Por último, se puede confirmar que el abandono del hábito tabáquico resulta imprescindible en los pacientes hipertensos, por las sustancias que contiene el humo del tabaco y que llegan a aumentar la actividad del sistema nervioso simpático, alterando la FC, la TA y la contractilidad miocárdica (Juan Ramón Soto, 2018) (García Lunar et al., 2022) (La Rosa G. et al., 2023) (Farazian F. et al., 2019) (Narsingh Verma et al., 2021) (Hackshaw A. et al., 2017).

Por todo lo mencionado anteriormente, los pacientes hipertensos deben tener en cuenta estos cinco factores en sus conductas de autocuidado, para lograr unos niveles adecuados de presión arterial. Al tratarse la HTA de una enfermedad crónica, la evidencia dice que los pacientes necesitan una figura que los informe de forma adecuada y les brinde apoyo para que alcancen esos cambios en sus estilos de vida, ya que no resulta sencillo adoptar estas modificaciones por uno mismo. Se habla entonces del papel de la enfermería, cuya labor ha sido uno de nuestros objetivos principales en la revisión de la literatura.

Tras analizar la información en relación con las intervenciones enfermeras en el autocuidado del paciente hipertenso, se puede sintetizar su importancia como profesionales en 5 elementos: la educación, el seguimiento, el empoderamiento y la motivación, la relación profesional-paciente y las intervenciones complejas.

Por una parte, se puede confirmar que es el profesional que más interfiere en proporcionar información acerca de la enfermedad, de los factores de riesgo, de los cambios en los estilos de vida y de las posibles complicaciones. De esta manera el paciente tendrá amplios conocimientos, capacidades y competencias en relación a su proceso y mostrará mayor adherencia al tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico (Achury Saldaña D et al., 2013) (Kurt D. et al., 2022) (Anastasia A. et al., 2021) (Ongkulna K. et al., 2022). Se destaca la importancia de comprender las

actitudes y creencias individuales respecto a la salud y la enfermedad para poder proponer al paciente un plan de cuidados individualizado (Eva Drevenhorn, 2018). De esta manera, se observa que el paciente hipertenso comprende y da sentido a los objetivos del tratamiento y a las estrategias de manejo recomendadas (Krista R. et al., 2022). La información que se proporciona al paciente suele ser oral y se imparte reforzada de materiales educativos, que facilitan y mejoran el aprendizaje. En el caso de la hipertensión arterial, el material educativo puede incluir folletos, videos, infografías, guías de alimentación saludable y planes de ejercicio físico adaptados a las necesidades de los pacientes. Estos recursos se utilizan para aumentar el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad, así como para fomentar cambios positivos en su estilo de vida y mejorar su adherencia al tratamiento.

Por otro lado, es fundamental hacer hincapié en el seguimiento de la hipertensión, ya que se trata de una enfermedad crónica que se prolonga en el tiempo. No basta con proponer cambios de comportamiento a corto plazo, es necesario que los profesionales de enfermería se aseguren de que los pacientes sigan las recomendaciones de manera constante y refuercen su capacidad de autocuidado (Achury Saldaña D. et al., 2013) (Martinez, Llovet y Ariza, 2018). En los últimos años, con el aumento de las medidas tecnológicas resulta más sencillo realizar un correcto seguimiento de los pacientes. Se pueden emplear las llamadas telefónicas tanto para usarlas de modo recordatorio o para proporcionar apoyo motivacional. Pueden utilizarse también para recordar los beneficios de tomar la medicación y seguir estilos de vida saludables o para dar ideas de cómo gestionar dichas intervenciones, etc. Además, existen otros métodos como puede ser el correo electrónico o el correo postal. Todos ellos tienen buena adaptación en los pacientes con hipertensión arterial y son un método efectivo que consume pocos recursos, tiempo y costes.

Con respecto a la relación profesional-paciente, cabe destacar la importancia de la confianza referida hacia el profesional. Resulta imprescindible que el paciente quiera mostrar su estilo de vida minuciosamente para que la enfermería decida qué intervenciones abordar. Se habla de una relación de empatía y ayuda, para que

provoque un cambio de comportamiento en la persona hipertensa y una mejora en la adherencia terapéutica (García Lunar et al., 2022). Por tanto, es crucial que el paciente se sienta entendido y aceptado, tanto por parte del profesional sanitario como de su familia, puesto que estos serán dos pilares fundamentales en la recuperación del paciente (Pharia et al, 2022).

Al mismo tiempo, a partir de los datos analizados, se puede afirmar que enfermería debe empoderar al paciente para que consiga la motivación necesaria a la hora de ser él mismo partícipe en su autocuidado y decida cambiar su estilo de vida. Resulta necesaria la capacidad de generar un cambio de comportamiento con el fin de que las personas hipertensas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas y esto solo se consigue si el paciente siente la posibilidad y habilidad suficiente para realizarlo (García Lunar et al, 2022) (Pahria et al, 2022) (Kurt D et al, 2022) (Ongkulna K et al, 2022) (Eva Drevenhorn, 2018). Este tipo de intervención propone que el paciente reflexione sobre su comportamiento y explore cómo este se relaciona con sus valores, intereses y aspiraciones personales. Además, se invita al paciente a abordar cualquier discrepancia que pueda surgir entre sus objetivos y su comportamiento actual. La entrevista motivacional tiene como objetivo ayudar al paciente a encontrar la motivación interna necesaria para hacer cambios positivos en su estilo de vida y mejorar su salud. Cuando el paciente consiga la sensación de control sobre su propia vida, se verán incrementadas las capacidades de autonomía y de libertad de elección (Eva Drevenhorn, 2018). Se identifica la necesidad de abordar al paciente de una manera holística y alentarle a establecer necesidades y metas para resolver los problemas (Krista R, et al 2022). A su vez, se destaca el valor de la percepción de la enfermedad, ya que si esta es positiva guiará al paciente en la toma de decisiones correctas respecto a las actividades de autocuidado; por tanto, la percepción individual afecta al cambio de comportamiento (Pahria et al, 2022).

Por último, se definen las intervenciones complejas que resultan en intervenciones combinadas aplicadas en distintos ámbitos en los que interactúa el paciente (Martinez, Llovet y Ariza, 2018). Se basan en una forma multifocal de plantear el problema, ya que se adaptan a las necesidades del paciente y combinan estrategias

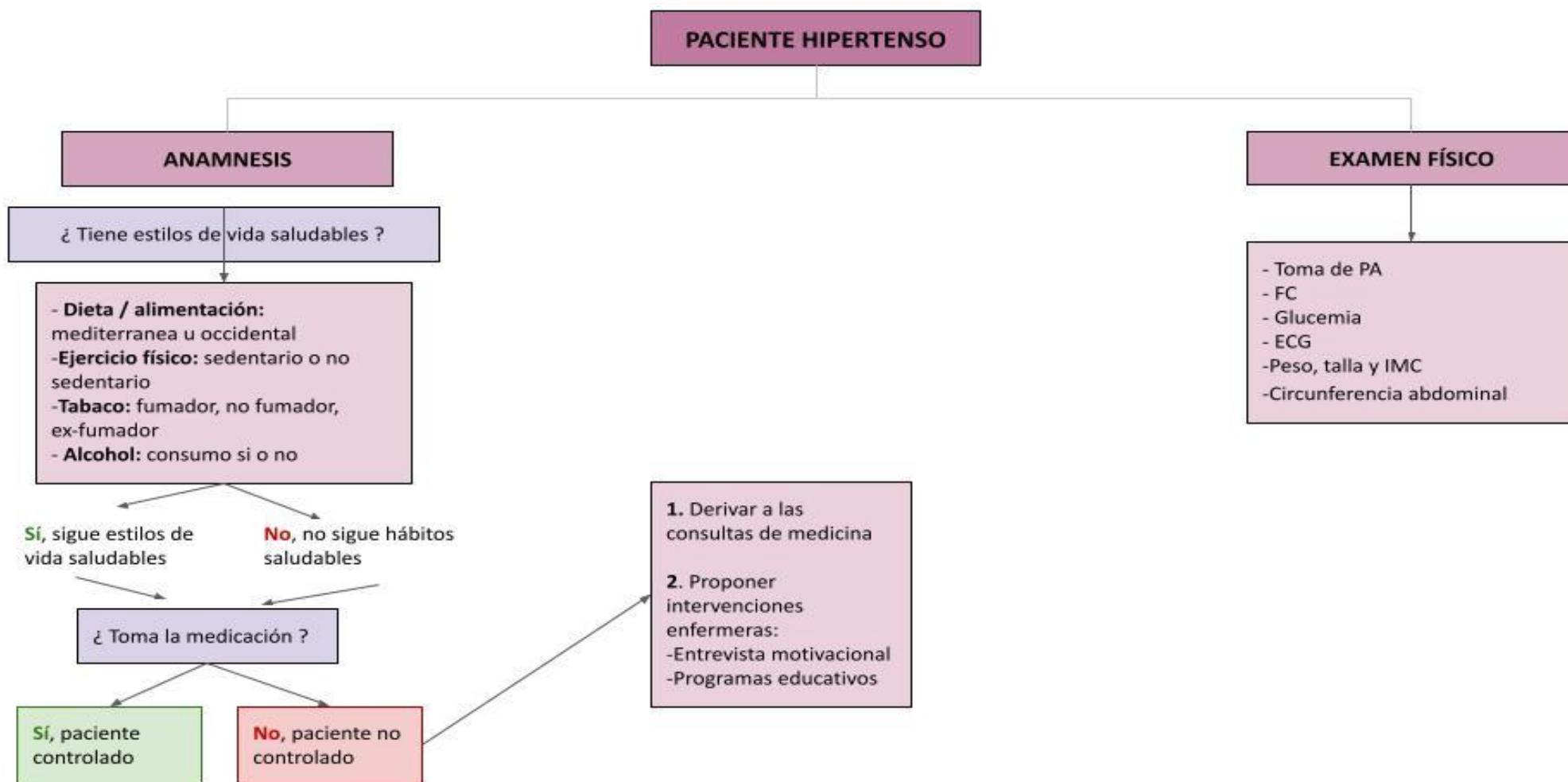
de mejora para las condiciones y el tratamiento de los pacientes (Pahria et al., 2022). Cabe destacar que las terapias cognitivo-conductuales se basan en la idea de que los pensamientos y comportamientos de una persona pueden afectar su salud física y emocional. En el contexto de la hipertensión arterial, las terapias se centran en identificar y cambiar los pensamientos y comportamientos que pueden contribuir a la hipertensión arterial y las complicaciones asociadas. Por ejemplo, se puede trabajar con el paciente para identificar los factores estresantes que pueden estar aumentando su presión arterial y luego enseñarle técnicas para manejar el estrés y reducir la presión arterial.

Además, las terapias cognitivo-conductuales también pueden incluir el desarrollo de estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento y la adopción de hábitos de vida saludables, como el ejercicio y la alimentación. El objetivo de estas terapias es ayudar al paciente a desarrollar habilidades y estrategias para manejar su hipertensión arterial y mejorar su calidad de vida.

Para concluir, gracias a la revisión de la literatura realizada, se han podido reconocer cuáles son los cambios en los estilos de vida que más pueden influir en el control y mejora de la presión arterial. Es cierto, que los consejos en relación a los estilos de vida deben de ser adaptados e individualizados a cada paciente, y por tanto, son distintos en cada persona, puesto que cada uno tiene costumbres diferentes. Aún así, comúnmente se pueden resumir en cinco pilares básicos: mantener un peso corporal idóneo, limitar el consumo de sal y seguir una dieta variada y equilibrada, realizar ejercicio físico de forma regular, disminuir el consumo de alcohol y abandonar el hábito tabáquico. Por consiguiente, se han podido reconocer las principales intervenciones enfermeras en relación a los autocuidados de las personas hipertensas. El papel de la enfermería resulta por tanto clave para ayudar al paciente a manejar la HTA y reducir los valores de presión arterial, dando las recomendaciones oportunas y orientando hacia la promoción, mantenimiento y mejora de su salud.

Siguiendo con el segundo objetivo específico, se plantea realizar una propuesta de enfermería para el abordaje del paciente con hipertensión arterial en las consultas de atención primaria. Con esto, se puede realizar de forma rápida y eficaz la clasificación adecuada del paciente que se esté atendiendo. Para ello se propone un algoritmo (figura 3), en el que se realiza una anamnesis y un examen físico. Se irán realizando ciertas preguntas y se determinará el estilo de paciente que acude a la consulta. Si el paciente está bien controlado, se seguirá realizando el seguimiento de la misma manera. Por el contrario, al encontrarse ante un paciente no controlado, lo primero que deberá hacerse será encontrar el motivo del mal control. Se deberá derivar a medicina y se decidirán ciertas intervenciones enfermeras mencionadas anteriormente. Dichas intervenciones pueden ir desde una entrevista motivacional para que el paciente sienta y quiera cambiar su estilo de vida, hasta una intervención educativa en la que se tratarán los hábitos saludables que debe seguir. Con todo, cabe destacar, que independientemente del motivo de consulta con enfermería, se deberán de abordar todos los aspectos relacionados con la HTA en cada una de las visitas de la persona con hipertensión arterial, con el fin de conseguir el mejor control y seguimiento posible del paciente.

Figura 4. Algoritmo de abordaje del paciente con HTA desde la consulta de enfermería.



Fuente: elaboración propia.

6. CONCLUSIONES

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y estas pueden dar lugar a complicaciones graves, su impacto psicosocial puede tener repercusiones significativas en la calidad de vida de las personas y generar costes elevados en la atención sanitaria. Por todo ello, se ha llevado a cabo una investigación académica para evaluar la efectividad de las intervenciones enfermeras existentes destinadas a mejorar el autocuidado en pacientes con hipertensión.

El estudio ha identificado evidencia sobre diversas intervenciones para mejorar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con HTA. Debe tenerse en cuenta que la adherencia al cambio de estilo de vida es un fenómeno complejo y requiere una variedad de estrategias para mejorar. Luego de realizar un análisis crítico y comparar la efectividad de los distintos estudios e intervenciones, personalmente utilizaría un programa educativo que incorpore la Automedida de la Presión Arterial (AMPA), y la intervención dirigida a motivar y empoderar al paciente, ya que son las intervenciones con mayor evidencia científica en este campo.

Es importante que los profesionales de enfermería se involucren en reforzar y gestionar proyectos destinados a mejorar los autocuidados de los pacientes hipertensos. Este trabajo tiene como objetivo enriquecer y mejorar la práctica de la enfermería, proporcionando información sobre las intervenciones existentes para guiar la implementación de programas futuros basados en la evidencia. Esto asegura que los recursos invertidos sean éticos y moralmente efectivos, y que se realice una utilización adecuada de los mismos.

Para futuras investigaciones, resulta interesante destacar la escasez de evidencia en relación a las intervenciones complejas y el uso de las nuevas tecnologías, sería conveniente indagar más sobre este tema, e investigar sus efectos en otro tipo de intervenciones, puesto que se trata de un procedimiento de bajo coste y sencillo de

manejar. Se proponen como una manera multifocal de abordar el problema, y no se ha encontrado mucha información acerca de ellas. Con esto se conseguiría aumentar y completar la información de este trabajo, y serviría para que las enfermeras tuvieran herramientas innovadoras a la hora de tratar con el paciente hipertenso.

7. LIMITACIONES

Creemos conveniente mencionar algunas limitaciones que han surgido a la hora de realizar el trabajo:

Por una parte, muchos de los artículos encontrados en la búsqueda bibliográfica se enfocan en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. Sin embargo, al iniciar el trabajo se estableció como criterio de exclusión, por lo que tras la revisión del título y el resumen, se tuvieron que descartar.

Por otra parte, la mayoría de los textos encontrados hacían referencia a otras enfermedades distintas a la hipertensión arterial, como por ejemplo la Diabetes Mellitus. Dado que se estableció como criterio de exclusión el enfoque específico en la HTA, estos artículos fueron descartados.

Por último, durante el proceso de investigación, se han encontrado varios textos no disponibles en su versión completa. Debido a esta limitación, se ha tenido que reducir la búsqueda desde el principio y se han tenido que descartar algunos artículos para su lectura y utilización en la realización del Trabajo de Fin de Grado.

En relación con lo anterior, resultaría interesante incluir alguna recomendación para la investigación después de haber llevado a cabo este trabajo:

Se ha observado que una gran cantidad de textos que trataban sobre las modificaciones en los estilos de vida hacían referencia al ejercicio físico como una medida importante para el control de la hipertensión arterial. Sin embargo, no se ha llegado a una conclusión clara acerca de qué tipo de ejercicio resulta más efectivo en la regulación de la presión arterial.

8. BIBLIOGRAFÍA

Abel N, Contino K, Jain N, Grewal N, Grand E, Hagans I, Hunter K, Roy S (2015). Eighth Joint National Committee (JNC-8). Guidelines and the Outpatient Management of Hypertension in the African-American Population. *N Am J Med Sci*. Oct;7(10):438-45.
Doi: 10.4103/1947-2714.168669. PMID: 26713289; PMCID: PMC4677468.

Achury-Saldaña D., Rodríguez S. M., Achury-Beltrán, L. F., Padilla-Velasco, M. P., et al. (2013). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*. Vol. 13, No. 3, 363-372.

Amvakis A, Gkaliagkousi E, Triantafyllou A, Gavriilaki E, Douma S (2017). Beneficial effects of nonpharmacological interventions in the management of essential hypertension. *JRSM Cardiovasc Dis*. 6:204800401668389.
<https://doi.org/10.1177/2048004016683891>

Anastasia A, et al. (2021). Impact of nurse-initiated education on HeartScore in patients with hypertension: a randomized trial. *British Journal of Nursing*, Vol 30, No 12.

Avila-Aguero ML (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*. 51(2):71-3.

Eva Drevenhorn. (2018). A Proposed Middle-Range Theory of Nursing in Hypertension Care.
<https://doi.org/10.1155/2018/2858253>

Fatemeh Farazian, Zahra EmamiMoghadam, Fatemeh Heshmati Nabavi, Hamidreza Behnam Vashan. (2019). Effect of Self-Care Education Designed Based on Bandura's Self-efficacy Model on Patients with Hypertension: A Randomized Clinical Trial. *9 (2): 44-52*
DOI: 10.22038/ebcj.2019.36466.1944

Garcia Lunar, et al. (2022). Effects of a comprehensive lifestyle intervention on cardiovascular health: the TANSNIP-PESA trial. *43, 3732–3745*
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac378>

Gusty et al (2022). Association Between Knowledge and Self Care Adherence Among Elderly Hypertensive Patients in Dwelling Community. 10(E):206-212. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8342>

Hackshaw A, Morris J K, Boniface S, Tang J-L, Milenković D (2017). Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ*. 2018;360:j5855. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5855>

Jorge Moreno Molina (2022). Efecto del entrenamiento de fuerza isométrica sobre la presión arterial en adultos mayores. Revisión de la literatura científica. ISSN-e 2660-7085, Vol. 3, N^o. 9.

Juan Ramón Soto. (2018). Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. [rev. med. clin. condes - 2018; 29(1) 61-68].

Kiattisak Ongkulna, Linchong Pothiban, Sirirat Panuthai, Rojane Chintanawat. (2022). Enhancing Self-Management through Geragogy-Based Education in Older Adults with Uncontrolled Hypertension: A Randomized Controlled Trial. *Pacific Rim Int J Nurs Res*; 26(4) 690-705.

Krista R. Schaefer, Michael R. Todd, Susan Brown Trinidad, Renee F. Robinson & Denise A. Dillard (2022). Patient and primary care perspectives on hypertension management: short report of a qualitative study in a tribal health system, *International Journal of Circumpolar Health*, 81:1, 2049054, DOI: 10.1080/22423982.2022.2049054

Kurt D, Gurdogan EP (2022). The effect of self-management support on knowledge level, treatment compliance and self-care management in patients with hypertension. *Australian Journal of Advanced Nursing* 39(3). <https://doi.org/10.37464/2020.393.543>

La Rosa, G., Vernooij, R., Qureshi, M. et al (2023). Clinical testing of the cardiovascular effects of e-cigarette substitution for smoking: a living systematic review. *Intern Emerg Med* . <https://doi.org/10.1007/s11739-022-03161-z>

L. Fernandez, L. Guerrero, J. Segura, M. Gorostidi (2010). Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular. Vol 27, paginas 41-52.

Ludwig Kraus, et al. (2017). Alcohol screening and alcohol interventions among patients with hypertension in primary health care: an empirical survey of German general practitioners. Vol. 25, No. 4, 285–292
<http://dx.doi.org/10.1080/16066359.2016.1263728>

M Gorostidi, T. Gijón-Conde, J.A García-Donaire (2022). Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Sociedad Española de hipertensión- Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial. Vol 39. Num. 4. páginas 174-194.
DOI: 10.1016/j.hipert.2022.09.002

Martínez, Llovet y Ariza (2018). Enfermería y educación: Adherencia al tratamiento en la Hipertensión Arterial. *European Journal of Health Research*, Vol. 4, Nº 1 (Págs. 31-42).
Doi: 10.30552/ejhr.v4i1.88

Menéndez, E., Delgado, E., Fernández-Vega, F., Prieto, M. A., Bordiú, E., Calle, A., Carmena, R., Castaño, L., Catalá, M., Franch, J., Gaztambide, S., Girbés, J., Goday, A., Gomis, R., López-Alba, A., Martínez-Larrad, M. T., Mora-Peces, I., Ortega, E., Rojo-Martínez, G, Soriguer, F (2016). Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. *Revista Española de Cardiología*, 69(6), 572-578.
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2015.11.036>

Miguel Soca PE y Yamile Sarmiento. (2009). Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. Volumen: 20(3).
Recuperado:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1024-94352009000900007

Narsingh Verma, Smriti Rastogi, Yook-Chin Chia, Saulat Siddique, Yuda Turana, et al. (2021). Non-pharmacological management of hypertension. 23:1275–1283.
DOI: 10.1111/jch.14236

OMS (2021). Hipertensión.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

OMS (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra, Suiza.

Organización mundial de la Salud (2013). Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo. Ginebra (Suiza).

Pahria et al. (2022). Factors Influencing Self-Care Behaviors in Hypertension Patients With Complications. :18 463–471.

Ramiro A. Sánchez, Miryam Ayala, Hugo Baglivo, Carlos Velázquez, Guillermo Burlando, Oswaldo Kohlmann, Jorge Jiménez, Patricio López Jaramillo, Ayrton Brandao, Gloria Valdés, Luis Alcocer, Mario Bendersky, Agustín José Ramírez, Alberto Zanchetti. (2010). Guías Latinoamericanas de hipertensión arterial. Volumen 29(1). Páginas: 117-144.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602010000100012>

Raquel García Flores, Christian Oswaldo Acosta Quiroz, Yessica Mercedes León Ibarra, Brianda Militza Lagarda Vega, Claudia García Hernández y Teresa Iveth Sotelo Quiñonez (2018). Efectos de una intervención multidisciplinaria en pacientes con hipertensión arterial primaria. *Psicología y Salud*, Vol. 28, Núm. 1: 95-105. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/323817013>

Sabine Van Oort , Joline W.J. Beulens, Adriana J. van Ballegooijen, Diederick E. Grobbee, Susanna C. Larsson. (2020). Association of Cardiovascular Risk Factors and Lifestyle Behaviors With Hypertension. 76:1971-1979.

DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15761.

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-lelha.org/>

Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, BUrnier M, et al (2019). Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*.72(2):160.e1-e78

<https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893218306>