

Enfermería y educación: Adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial

José Luis Martínez Uceda¹, Lidia Ester Llovet Romero² y
Tamara Ariza Riera²

¹Universidad de Jaén (España); ²Universidad de Cádiz (España)

La hipertensión arterial se presenta como una de las principales causas de muerte y discapacidad. Una de las grandes problemáticas de esta enfermedad crónica es la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Este problema, hace que muchos pacientes no consigan tener un buen control de sus cifras de tensión arterial y se incremente el riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares, deteriorando en gran medida su calidad de vida. Se realizó una revisión bibliográfica de artículos en las bases de datos PubMed, Medline, LILACS, CINAHL, Scopus y google académico. Como estrategia de búsqueda se seleccionaron artículos con los descriptores “hipertensión arterial”, “intervención”, “adherencia terapéutica”, “función enfermera”. Los criterios de inclusión fueron artículos con acceso gratuito al texto completo, comprendidos entre los años 2012-2016. Podemos agrupar en categorías de seis intervenciones los resultados obtenidos: tareas informativas, acciones educativas, actividades de seguimiento, intervenciones sobre el tratamiento, las intervenciones complejas y las que hacen hincapié en la relación entre el paciente y el profesional. Es fundamental conocer que las intervenciones que deben realizarse sobre la adherencia terapéutica, son intervenciones de carácter complejo, que abarcan la naturaleza multifactorial de la adherencia terapéutica, desde la base de una relación de ayuda entre el profesional y el paciente, el fomento de los autocuidados y la autorresponsabilidad del paciente.

Palabras clave: Hipertensión arterial, intervención, adherencia terapéutica, función enfermera.

Nursing and Education: Adherence to Arterial Hypertension treatment. Arterial Hypertension is one of the main causes of death and disability. One of the biggest problems with this chronic illness is the lack of adherence towards pharmacological and nonpharmacological treatment. This means that many patients are unable to control their hypertension levels and thus increasing the risk of suffering from cardiovascular complications and worsening their quality of life. A bibliographic review was carried out using articles from the following databases: PubMed, Medline, LILACS, CINAHL, Scopus and Google Academic. As part of the search, articles with descriptions “arterial hypertension”, “intervention”, “therapeutic adherence”, “nursing role” were used. Articles with free access to the full text, between the years 2012-2016, were studied. We can put into categories the six situations from the results obtained: informative tasks, educational actions, follow-up activities, actions regarding the treatment, complex actions and those that highlight the relationship between the patient and the health professional. It is essential that we find out which actions must be taken for therapeutic adherence. They are actions with a complex character that encompass the multifactorial nature of therapeutic adherence and range from; creating an aid relationship between the health professional and patient; advancement of self-care and, the self-responsibility of the patient.

Keywords: Arterial Hypertension, intervention, therapeutic adherence, nursing role.

La enfermedad de la hipertensión arterial como consecuencia de la economía mundial desarrollada, las cifras altas de población en las ciudades grandes, la globalización económica así como los malos hábitos de vida que son perjudiciales para la salud, han provocado que se produzca un incremento de la tasa de incidencia y prevalencia de la enfermedad. Entre un 46% y un 31% se contabiliza su prevalencia, sobre todo en aquellos países con un menor desarrollo de la economía. Alrededor del mundo, es responsable de cerca de 10 millones de muertes y asociada a esta enfermedad una alta carga de morbilidad (OMS, 2013).

Esta enfermedad, además, es considerada un factor de riesgo para otras enfermedades de origen cardiovascular como por ejemplo: muerte súbita, insuficiencia cardiaca, enfermedad arterial periférica, Ictus, IAM; así como enfermedades renales. Estas enfermedades producen alrededor de 18 millones de muertes anuales (Mancia et al., 2013).

La hipertensión en España, va en aumento en concordancia con el crecimiento a nivel mundial. La Sociedad Española de Hipertensión dice: un 41% de personas comprendidas en edades 35 y 65 años, pueden presentar la enfermedad, por encima de los 65 años, presentan la enfermedad alrededor de un 66%. Es considerada como el mayor problema en cuanto salud se refiere, atendido en las consultas de atención primaria por los profesionales de enfermería (Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, 2013).

El incremento del número de personas que tienen obesidad y sobrepeso alcanza casi el 54%, así como que 4 de cada 10 habitantes no realizan ningún tipo de ejercicio en su tiempo libre. También, el tabaco y el alcohol están comenzando a tener una tendencia negativa, aunque sus valores son altos, alrededor del 40% de la población (Patton y Thibodeau, 2013).

¿Qué es la Hipertensión y cómo se clasifica?

El volumen de sangre que hay en las arterias, el principal factor que hace posible que la sangre circule y pueda determinar la presión que hay en la arteria. Si no hubiese volumen, no habría presión. Existen otros factores determinantes en la presión arterial, como son, el gasto cardiaco y la resistencia periférica, que son controlados por el sistema nervioso autónomo (Patton y Thibodeau, 2013).

El significado de la hipertensión, es que, hay una presión que se mantiene elevada, más de lo normal, en nuestro sistema sanguíneo, provocando que nuestro organismo altere sus funciones. Este trabajo forzado de nuestro organismo, en el corto y medio plazo, genera que poco a poco nuestro organismo se vaya deteriorando, en concreto, ciertos órganos como: vasos sanguíneos, corazón, ojos, riñones, cerebro, y todo esto se produce de manera asintomática, sin que el paciente se dé cuenta. Está demostrado que esta asintomatología, es un indicador de gran importancia para la evaluación del deterioro producido por la enfermedad. Por todo esto, se emplea para la valoración de la intensidad,

su diagnóstico, seguimiento y elaboración de una pauta de tratamiento. La inacción sobre esta enfermedad, puede derivar en la presentación de enfermedades cardiovasculares o en complicaciones que degeneran en infarto de miocardio, ictus, insuficiencia renal así como cardiaca, hipertrofia ventricular (Patton y Thibodeau, 2013).

La hipertensión se define como la Presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y a una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg. Esta definición es proporcionada por la Sociedad Europea de la Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología. A partir de estas cifras, los enfermos deberán tomar medidas de carácter farmacológico para la prevención de complicaciones de carácter cardiovascular (Mancia et al., 2013).

Hay diferentes niveles de HTA, clasificadas según las cifras que presente de presión arterial.

Tabla 1. Clasificación de la Hta

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Óptima	<120	<80
Normal	120-190	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión Grado 1	140-159	90-99
Hipertensión Grado 2	160-179	100-109
Hipertensión Grado 3	≥180	≥110
Hipertensión sistólica asilada	≥140	<90

En general, la hipertensión casi nunca se presenta de manera aislada en la población. La enfermedad suele acompañarse de varios algunos factores de riesgo de carácter cardiovascular. Esta tabla muestra únicamente la presión arterial, pero la recomendación es que se realice una valoración completa y total de los riesgos cardiovasculares, aunque también es cierto, que no existe evidencia suficiente que demuestre que esta valoración pueda mejorar el pronóstico de los pacientes.

El Modelo SCORE, es el modelo que se emplea para la valoración de riesgo cardiovascular, estimando cual sería el riesgo de morir por una enfermedad de carácter cardiovascular en 10 años, influido por factores como: sexo, edad, colesterol total, PAS y consumo de tabaco.

Estas clasificaciones, no solamente se emplean para la valoración de riesgo, sino que son utilizadas a la hora de elaborar un guía que nos indique las mejores intervenciones para controlar las cifras tensionales, establecer límites sobre los que intervendremos para que no aparezcan complicaciones. El límite actual es la Hipertensión Grado 1, PAS 140-159 mmHg y PAD 90-99 mmHg. Aunque existen estudios, como por ejemplo: estudio SPRINT, que afirma que sería mejor disminuir el objetivo de límite de presión arterial. En aquellos pacientes de entre 50 y 75 años que no tienen antecedentes de ACV, sería recomendable reducirla hasta PAS 120 mmHg, ya que conseguiríamos reducir el riesgo de muerte y de enfermedad de carácter cardiovascular. Este estudio está

provocando cuestionamientos en las guías clínicas actuales para el controlar y seguir la HTA, pero se necesitan un incremento de los estudios relacionados con este tema (Páez et al., 2014).

Tabla 2. Riesgo de muerte CV a 10 años

Otros Factores de Riesgo, Daño de Órganos Asintomático o Enfermedad	Presión Arterial (mmHG)			
	Normal Alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA 1 PAS 140-149 o PAD 90-99	HTA 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA 3 PAS >180 o PAD >110
No Fact. Riesgo		Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
1-2 Fact. Riesgo	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Moderado a Alto	Riesgo Alto
>3 Fact. Riesgo	Riesgo Bajo a Moderado	Riesgo Moderado Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto
Lesiones subclínicas de Órganos diana, ERC 3 o Diabetes no complicada.	Riesgo Moderado a Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto a Muy Alto
Enfermedad CV, ERC >4 o Diabetes con Daño de Órganos Diana	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto

Existen muchos factores que pueden desencadenar una hipertensión. El origen es multicausal, no hay un único factor que la origine, suele cursar como respuesta al impacto de múltiples de ellos. Estos factores se pueden clasificar en:

- Factor Genético: en la actualidad, no existen la evidencia necesaria para establecer como un factor predisponente, las variaciones en el ADN de un individuo, ni incluso podemos relacionarlo con los factores ambientales.

- Factor Ambiental: podríamos subdividir estos factores en endógenos (dependen de la persona), como por ejemplo: la edad avanzada, el estado hormonal, el sexo, la raza negra, la dislipemia y la obesidad; y en exógenos (dependen del medio), como por ejemplo: tipo de alimentación, hábitos de vida, el estrés, el ejercicio físico, la geografía donde habita, el nivel sociocultural.

Estos factores influyen sobre todo, favoreciendo que los mecanismos que regulan la tensión arterial, queden alterados, provocando cifras de tensión arterial elevada y mantenidas en el tiempo.

Tipos de tratamiento: farmacológico y no farmacológico

Existen dos pilares fundamentales sobre los que se sustentan el tratamiento de la hipertensión, uno de los más importantes consiste en realizar una serie de cambios en el modo de vida, y en segundo lugar incluir en el plan de cuidados el tratamiento farmacológico.

Podemos afirmar que un cambio en los pacientes, en su estilo de vida, es la base fundamental para un mejor control y seguimiento de su enfermedad en el largo plazo, incluso también tiene relación con la capacidad de adherencia al tratamiento farmacológico, aunque también estos estudios muestran que la adherencia al tratamiento

no farmacológico, requiere llevar a cabo unas medidas más intensas, puesto que en el largo plazo, cae la adherencia al tratamiento no farmacológico.

No podemos retrasar el inicio del tratamiento farmacológico sustituyéndolo por cambios en el estilo de vida, ya que podríamos poner en peligro nuestro organismo y se podría incrementar el riesgo de eventos adversos cardiovasculares. El tratamiento no farmacológico podría ser empleado para el retraso o la prevención de la enfermedad.

Los cambios en el estilo de vida que se proponen para la reducción y control de las cifras tensionales son los siguientes:

- Disminución del aporte de sal: en la actualidad consumimos alrededor de 9-12g de sal diaria. El consumo recomendado por la Organización Mundial de la Salud es de 2g en los niños y de 5g en las personas adultas. Consumir moderadamente sal, podría reducir las cifras de tensión alrededor de 4-5mmHg para aquellos pacientes con hipertensión. Es fundamental el desarrollo de tareas educativas sobre la reducción de sal y tablas alimentarias con los productos que contienen sal oculta, ya que pueden llegar a rondar el 81% de todo el consumo. Hay estudios que indican que de realizarse tareas intervencionistas por parte del gobierno, así como de la industria alimentaria, podríamos elevar las cifras de los años de vida ajustados por calidad (Pérez et al., 2012).

- Consumo moderado de alcohol: consumir en exceso bebidas alcohólicas, está asociado a un incremento de las cifras tensionales, incluso un incremento del riesgo de Ictus. Se recomienda, como máximo, entre 20-30g de alcohol para los hombres y de 10-20g de alcohol en mujeres.

- Equilibrio alimentario: está recomendada una dieta mediterránea, puesto que hay estudios que avalan sus resultados en cuanto al riesgo cardiovascular, por ejemplo, consumir pescado azul por lo menos en dos ocasiones cada semana y al menos 300-400 gramos de frutas y verduras diarias. En cuanto a los productos lácteos, se recomiendan las bebidas de soja, ya que están relacionadas con la disminución de las cifras tensionales. En cuanto al café, no hay evidencia sobre su efecto negativo sobre la tensión arterial, por lo que, no es algo que deba excluirse de la dieta.

- Disminuir el peso: existe una relación entre la HTA, el sobrepeso y también la obesidad. Es recomendable mantenerse dentro de un peso equilibrado, con un IMC comprendido entre 19-25, y unas medidas adecuadas en cuanto a perímetro de cintura que esté por debajo de 120 cm en hombres y 88 cm en mujeres.

- Actividad física: es recomendable la realización de ejercicio físico aeróbico regularmente, alrededor de unos 30 minutos diarios con una intensidad moderada. Podemos incluir, el ejercicio de carácter aeróbico con intervalos y los ejercicios con resistencia.

- Hábito tabáquico: el tabaco sigue siendo un factor muy importante en el desarrollo de la enfermedad, así como en el porcentaje de afectados. Está comprobado su

riesgo para la salud, por favorecer el cáncer de pulmón, así como otras enfermedades de carácter cardiovascular (Pérez et al., 2012).

En cuanto al tratamiento con fármacos, hay una gran variedad de farmacología que actúa disminuyendo y controlando las cifras de tensión arterial. Podemos verlos en la siguiente tabla:

Tabla 3. Fármacos antihipertensivos y efectos secundarios

Fármacos	Efectos Secundarios
Ieca	Tos, hipopotasemia, deterior de función renal, hipotensión, edema angioneurótico.
Diuréticos	Hiperuricemia, hipopotasemia, alcalosis metabólica, impotencia, intolerancia a la glucosa, dislipemia...
Betabloqueantes	Astenia, broncoconstricción, estreñimiento, dislipemias, bradicardia...
Antagonistas de los canales del Calcio	Cefaleas, palpitaciones, sofocos, nicturia...

Se recomiendan estos cuatro tipos de antihipertensivos de manera indistinta cuando se inicia el tratamiento, aunque en función de la patología que presente el paciente, se pueden ajustar y adaptar el tratamiento individualmente según paciente y según sus circunstancias (Pisano y González, 2014).

¿Qué es la adherencia terapéutica?

La Organización Mundial de la Salud pone mucho énfasis en el abordaje multifactorial. Podemos definirlo como el la capacidad de una persona por tener un comportamiento adecuado en cuanto a la toma de medicamentos, pautas alimentarias y la ejecución de modificaciones en el estilo de vida, siguiendo las recomendaciones dadas por el profesional sanitario (Pisano y González, 2014).

Actualmente, se considera un gran problema la baja adherencia terapéutica de los pacientes a su programa de tratamiento. Sobre todo, en pacientes con enfermedades crónicas o de larga duración. En países desarrollados, se cifra en torno a un 51%, el porcentaje de pacientes con una mala adherencia. En muchas ocasiones, este problema es un poco invisible a los sanitarios, ya que se pone mucho énfasis en el tratamiento farmacológico, en investigar nuevos tratamientos con mejores resultados. Está claro que una mejor inversión de los esfuerzos en el conocimiento de aquellos factores que pueden intervenir en los personas con la baja adherencia y verlos como oportunidades de mejora.

La Organización Mundial de la Salud, dice que: un 50% de los pacientes hipertensos que se tratan, pasado un año, abandonan la atención sanitaria, el resto de pacientes hipertensos, si permanecen bajo supervisión, pero su adherencia incluso a la toma de medicamentos está alrededor del 80%.

En torno al 76% de los pacientes hipertensos mal controlados, encuentran la causalidad en la falta de adherencia farmacológica. En contraposición a esto, podemos

afirmar que, una adecuada adherencia, ayuda a disminuir incluso el riesgo de ACV de un 31% y un 44%, de IAM en un 16%, así como una disminución de las cifras de insuficiencia cardiaca, disminución de la función renal, ceguera y la demencia.

La eficiencia tanto en la economía como en la salud, beneficiada por la redistribución de los recursos (personales, materiales y económicos), incluso aquellos destinados a un mejor conocimiento de los factores influyentes, podrían mejorar considerablemente la calidad de la salud de los pacientes, ya que habría un claro beneficio tanto para su salud, como en las repercusiones sobre los costes sanitarios.

Uno de los factores que más influye, es la asintomatología de la enfermedad. No tener síntomas hace que las personas no se sientan enfermas, por lo que no consideran importante una prevención ni un tratamiento de la enfermedad. Además existen otros factores determinantes en la actitud que toman los pacientes para con el tratamiento con fármacos o sin fármacos recomendado por el profesional sanitario. Algunos de los factores que favorecen la falta de adherencia son:

- Nivel socioeconómico, características sociodemográficas, desempleo.
- Comprender la hipertensión, su riesgo, implicación en el seguimiento de las cifras de tensión. También es importante la relación terapéutica con el profesional.
- Acceso a farmacología y los costes de los fármacos.
- Tratamiento: tipo y complejidad (Pisano y González, 2014).

Prevención, control y seguimiento de pacientes hipertensos: función enfermera

Los profesionales enfermeros son un pilar fundamental en el tratamiento de la enfermedad. Es necesaria la implicación total en un abordaje multifocal del problema, considerando de igual importancia el tratamiento farmacológico como el no farmacológico. Se ha demostrado que la atención y seguimiento de estos pacientes, reduce las cifras tensionales hasta en 5 mmHG, por lo que es fundamental que la atención del equipo multidisciplinar al paciente sea eficiente (Mancia et al., 2013).

Los cuidados enfermeros deben estar en concordancia con el proceso enfermero, incluyendo (valoración, diagnóstico, plan de cuidados, ejecución y evaluación), incluso dentro de este proceso, empleamos lo que se conoce como conducta terapéutica, que evalúa la adherencia al tratamiento de los pacientes (Boffí, García, y Martínez, 2015).

La fase de prevención y seguimiento, son el momento en el que el profesional desarrolla las actividades educativas, tanto en grupo como de manera individual, atendiendo a todas las etapas de la vida. La fase de diagnóstico conlleva un control de las cifras tensionales tanto en consulta como en el domicilio incluido como tarea del paciente para consigo mismo. El profesional enfermero establece la planificación de los cuidados, incluyendo la consulta telefónica, haciendo hincapié en la medición en el domicilio AMPA

(Automedición de la presión arterial), siendo un factor importante de la adherencia (Márquez et al., 2009).

Objetivo

El principal objetivo de este trabajo es identificar las intervenciones principales en pacientes con hipertensión, que les ayuda a mejorar su adherencia terapéutica.

Como objetivo específico, generado a partir del principal, hemos definido: determinar cuál es el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos así como los que pueden influir en la adherencia a los fármacos y cuáles son las consecuencias de un seguimiento anómalo de las cifras de hipertensión.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la búsqueda y estudio en profundidad de publicaciones y estudios científicos, encontrados en las bases de datos indexadas en Ciencias de la Salud siguientes: Dialnet, Cuiden, SciELO, Pubmed, Medline Plus y el buscador Google Académico entre otros limitándose la búsqueda a los artículos publicados en inglés y español.

Como facilitadores de búsqueda se emplearon los distintos operadores booleanos existentes y los descriptores: “hipertensión arterial”, “intervención”, “adherencia terapéutica”, “función enfermera”.

Algunas de las fórmulas de búsqueda introducidas en los buscadores fueron: “hipertensión arterial” AND “adherencia terapéutica”, “hipertensión arterial” AND “intervención” AND “función enfermera”, “adherencia terapéutica” AND “intervención”.

Se excluyeron las publicaciones que no contenían información relacionada con el objeto de estudio, las duplicadas, los resúmenes de conferencias y las referencias con escasa o nula evidencia científica.

RESULTADOS

Se seleccionaron 13 estudios que proponían intervenciones para una mejora de la adherencia farmacológica y no farmacológica. Estos estudios han sido agrupados en seis categorías de intervenciones diferentes:

- Información: se realizan intervenciones que ofrecen a los pacientes información sobre la enfermedad, no es algo que se realice de forma aislada, ya que tienen que ir en concordancia con otras intervenciones (Schroeder, Fahey, y Ebrahim, 2014).

- Educación: el objetivo de este tipo de intervención es conseguir que el paciente aumente sus conocimientos, aptitudes y habilidades, así como el tratamiento de la enfermedad (Rivero, Guiriguet, Albaladejo, Rovira, y Estévez, 2010).

- Seguimiento: el objetivo de este tipo de intervención está enfocado en que el paciente realice un control sobre aquellos factores relacionados con la enfermedad, (AMPA, MAPA), control de fármacos, dosificadores de pastillas, peso, glucemia, analíticas, consultas telefónicas. Los estudios no arrojan datos significativos en los que realmente haya una relación de mejora con el riesgo, como por ejemplo las cifras tensionales, reducción de índice de grasa corporal, perímetro del abdomen, colesterol etc. (Zurera, Caballero, y Ruiz, 2014).

- Tratamiento: al menos en 5 de los estudios se menciona la intervención sobre el tratamiento, coincidiendo en que estas intervenciones presentan resultados positivos en cuanto a la adherencia terapéutica, así como en una reducción de las cifras tensionales (Zurera, Caballero, y Ruiz, 2014).

- Otras intervenciones complejas: son intervenciones combinadas aplicadas en otros ámbitos como el ambiente laboral, las visitas en el domicilio, consultas telefónicas, contacto vía email, terapia familiar y apoyo social; es una manera multifocal de abordar el problema, presentando buenos resultados en su uso (Zurera, Caballero, y Ruiz, 2014).

- Relación profesional-paciente: la relación que existe entre el profesional y el paciente es fundamental y está basada en una relación empática, de ayuda, con una comunicación fluida, confianza y asertividad. Se consideran relativamente novedosas estas intervenciones, y es uno de las más importantes por su importancia en cuanto a los resultados obtenidos en los pacientes que mantienen una buena relación con el profesional sanitario (Schroeder, Fahey, y Ebrahim, 2014).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En general, los estudios nos han mostrado datos suficientes para concluir que no existen suficientes evidencias que demuestren efectividad en las intervenciones realizadas. Es cierto, que hay diferencias positivas con las intervenciones que tienen relación con la farmacología y su seguimiento.

También podemos decir, que aunque no sean muy significativos los resultados, sí que muestran buenos resultados en cuanto a la adherencia terapéutica, así como en los factores de riesgo cardiovascular, como pueden ser: mejora del control de las cifras de tensión arterial, reducción de las cifras, reducción de peso, incremento del ejercicio físico, etc.

Hay muchas esperanzas puestas en las intervenciones complejas, así como en la relación entre el profesional sanitario y el paciente. Los pacientes son cada vez más conscientes de que la responsabilidad no solamente recae en su actitud para con la enfermedad, sino que es muy importante tener en cuenta otra serie de factores que tienen que ver con su relación enfermero-paciente y con la motivación para llevar a cabo el autocuidado y la autorresponsabilidad.

La Enfermería, desde la consulta de atención primaria, es fundamental a la hora del trabajo con los pacientes (Mancia et al., 2013).

Es importante hacer hincapié en el trabajo a desarrollar para con los pacientes desde un enfoque multifactorial: hábitos de vida y estilo saludable, prevención de otras enfermedades relacionadas, promoción de estilos de vida saludables en la familia, automedición de las cifras de tensión arterial, de esta forma podríamos obtener mejores resultados (Márquez et al., 2009).

La realización de este trabajo nos ha llevado a las siguientes conclusiones:

- No se obtienen resultados significativos con las intervenciones que están enfocadas únicamente en la adherencia terapéutica. Esto puede estar causado por diferentes motivos como pueden ser: intervenciones de forma aislada y en el corto plazo, instrumentos de valoración simple de la adherencia terapéutica y el uso del método cuantitativo.

- La adherencia terapéutica puede ser exitosa desde un modelo multifactorial, ya que la aplicación de intervenciones complejas aplicadas sobre varios factores puede obtener mejores resultados que la utilización de manera aislada.

- Sería interesante que los profesionales impartieran talleres a los pacientes, donde explicaran de manera práctica las técnicas y estrategias necesarias para tener un buen control de la enfermedad, mejorar sus hábitos de vida, con el fin de conseguir una mejora en la adherencia terapéutica.

- Una relación saludable, de ayuda entre el profesional sanitario y el paciente así como no culpar al paciente por una falta de adherencia terapéutica, motivados por un trabajo educativo enfocado en el autocuidado y la autorresponsabilidad, se muestran como la alternativa más efectiva con el objetivo de conseguir unos buenos resultados.

- Gracias a la realización de este trabajo, hemos podido profundizar y analizar en el conocimiento sobre el este tema y gracias a este análisis, hemos sentido la necesidad de abrir nuevas líneas de investigación, sobre todo en materia preventiva como pilar fundamental de trabajo.

REFERENCIAS

- Ávila-Agüero, M.L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2), 71-73.
- Benedi, J., y Romero, C. (2005). Antihipertensivos. *Farmacia Profesional*, 19(9), 58-63.
- Bofí, P., García, E., y Martínez, F. (2015). Comparación de las intervenciones de educación sanitaria y de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que acuden a una farmacia comunitaria (Estudio FISFTES-PM). *Atención Primaria*, 47(3), 141-148.
- Fernández, L., Guerrero, L., Segura, J., y Gorostidi, M. (2010). Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 27(1), 41-52.

- Guitard, M., Torres, J., Farreny, D., Gutiérrez, J., Martínez, M., y Artigues, E. (2013). Cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física en personas hipertensas asistidas en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 365-368.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (2013). *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, 53. Madrid.
- Llaves, E., Segura, M., García-Jiménez, E., y Baena, I. (2014). Sistemas personalizados de dosificación en el cumplimiento del tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión y dislipemias. *Atención Primaria*, 41(8), 472-473.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., y Böhm, M. (2013). Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 66(11), 880-880.
- Márquez, E., Martel, N., Gil, V., Martín, J.L., De-la-Figuera, M., y Casado, J.J. (2009). Intervención no farmacológica como estrategia para favorecer el control de la hipertensión arterial y mejorar el cumplimiento antihipertensivo. *Atención Primaria*, 41(9), 501-510.
- OMS (2014). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción* (Internet). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2013). *Información general sobre la hipertensión en el mundo* (Internet). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2013). *Ingesta de sodio en adultos y niños* (Internet). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Páez, A.N., Caballero, L.P., López, N., Oróstegui, M., Orozco, L.C., y Valencia, L.I. (2014). Validez de constructo de un instrumento de enfermería para evaluar adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Enfermería Global*, 13(34), 37-47.
- Patton, K., y Thibodeau, G. (2013). *Anatomía y fisiología*. Barcelona: Elsevier.
- Pérez, J., Ballesteros, A., González, M., Delgado, E., Aragón, R., y Mediavilla, M. (2012) ¿Qué intervenciones no farmacológicas son efectivas en el control de la H.T.A. esencial del adulto en Atención Primaria? *Evidentia*, 9(37), 1-6.
- Pisano, M.M., y González, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 24(1), 59-66.
- Rivero, I., Guiriguat, C., Albaladejo, C., Rovira, A., y Estévez, M. (2010). Efectividad de una intervención terapéutica en hipertensos con mal control por monitorización ambulatoria de la presión arterial. *SEMERGEN*, 36(6), 317-324.
- Ruilope, L.M., y Banegas, J.R. (2016). El estudio SPRINT en la práctica clínica: ¿se debe modificar el objetivo de control de la presión arterial? *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 33(2), 47-50.
- Schroeder, K., Fahey, T., y Ebrahim, S. (2014). *Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios*. La Biblioteca Cochrane Plus (Internet).
- Sicras, A., Galera, J., Muñoz, G., y Navarro, R. (2011). Influencia del cumplimiento asociado a la incidencia de eventos cardiovasculares y los costes en combinaciones a dosis fijas en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Medicina Clínica*, 136(5), 183-191.
- Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (2016). Día Mundial de la Hipertensión, 17 de mayo de 2016 (Internet). Disponible en: <http://www.seh-jelha.org/>.
- Uthman, O., Hartley, L., Rees, K., Taylor, F., Ebrahim, S., y Clarke, A. (2015). Intervenciones concurrentes de promoción de la salud para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en los países de ingresos bajos y medios («ámbitos de recursos limitados»). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Internet). (Art. No.: CD011163. doi: 10.1002/14651858.CD011163.pub2).

Zurera, I., Caballero, M., y Ruiz, M. (2014). Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica*, 17(4), 251-260.

Recibido: 4 de noviembre de 2017

Recepción Modificaciones: 17 de diciembre de 2017

Aceptado: 13 de enero de 2018