



Universidad Autónoma de Madrid

Facultad de Medicina

**DETERMINAR LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA
EN PERSONAS MAYORES
HIPERTENSAS**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TRABAJO FIN DE GRADO

M^a GEMA MORENO ESCUDERO

TUTORA: Carmen Martín Salinas

MAYO 2016

INDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	16
OBJETIVOS	22
MÉTODO.....	24
DISCUSIÓN.....	30
BIBLIOGRAFÍA	34
AGRADECIMIENTOS	40
ANEXOS	42
ANEXO 1. ENTREVISTA CLÍNICA.....	44
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS.....	46
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	49
ANEXO 4. RECOMENDACIONES AL PACIENTE HIPERTENSO	50

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El aumento de la esperanza de vida junto a un estilo de vida cada vez menos saludable, está causando un espectacular incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, entre las que destaca la hipertensión arterial. Su tratamiento está dirigido, tanto a reducir las cifras de presión arterial como a prevenir las complicaciones. Sin embargo, menos del 50% de los sujetos hipertensos tienen sus cifras de presión arterial controladas. Por tanto, parece necesario determinar los motivos del incumplimiento terapéutico que nos orienten en el diseño de programas educativos como medida para conseguir un autocuidado eficaz por parte del propio paciente.

OBJETIVOS. Determinar la información para el autocuidado en hipertensión arterial que tienen las personas de 65 y más años y sus familiares.

METODOLOGÍA. Estudio descriptivo transversal en el que se va a utilizar un método de triangulación, para identificar las posibles diferencias y similitudes en el conocimiento y adherencia terapéutica de pacientes hipertensos del ámbito rural y urbano, a través de una encuesta semiestructurada y grupos de discusión.

DISCUSIÓN. La aplicabilidad para la práctica de este proyecto, la encontramos en la identificación de las dificultades que tienen los usuarios para la adherencia terapéutica en los problemas crónicos de salud. De esta modo se pueden orientar nuestras intervenciones educativas hacia la satisfacción de las necesidades de este grupo de población.

PALABRAS CLAVES

Educación terapéutica, adherencia terapéutica, enfermería, atención primaria, hipertensión arterial, envejecimiento.

ABSTRACT

INTRODUCTION. The increasing life expectancy together with an unhealthy life style, it is causing a dramatic increase in chronic and degenerative disease, among which high blood pressure stands out. The treatment is aimed both to reduce blood pressure level and prevent complications. However, less than 50% of hypertensive patients have their blood pressure controlled. So it seems necessary to determine the reasons for non-adherence to guide us in designing educational programs, as a measure for effective self-care by the patient.

OBJECTIVES. Determine the information for self-care in hypertension with people 65 or older and their families.

METHODOLOGY. Cross-sectional study in which they are using a triangulation method to identify possible differences and similarities in therapeutic knowledge and adherence of hypertensive patients in rural and urban areas, through a semistructured survey and discussion groups.

DISCUSSION. The applicability for the practice of this project, is found in the identification of the difficulties of patients for adherence in chronic health problems. By helping them being capable of handling their illness through our educational interventions.

KEYWORDS

Therapeutic education, therapeutic adherence, nursing, primary care, high blood pressure, ageing.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida de la población junto a un estilo de vida cada vez menos saludable, está causando un cambiante escenario epidemiológico en el que destaca un espectacular incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas como la hipertensión arterial, la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2. En el momento actual, no cabe ninguna duda que en los próximos años la atención a los pacientes crónicos supondrá uno de los mayores desafíos a los que tendrá que enfrentarse el Sistema Nacional de Salud (SNS) (1).

Una de estas enfermedades, la hipertensión arterial (HTA) es un proceso crónico, silencioso, de causa desconocida y caracterizado por la elevación persistente de la presión arterial (PA) por encima de los valores establecidos como normales (2). La Guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial para el manejo de la hipertensión arterial establece el diagnóstico de HTA con cifras de presión arterial sistólica (PAS) mayores de 140 mmHg (tanto para pacientes de alto y bajo riesgo cardiovascular) y de presión arterial diastólica (PAD) superiores a 90 mmHg (excepto los pacientes diabéticos que serán mayores de 85 mmHg) (3). Se considera que una persona tiene HTA cuando después de controles reiterados de la presión arterial, presenta cifras $\geq 140/90$ mmHg, según la evidencia derivada de ECa que indica que, en pacientes con estos valores de PA, las reducciones inducidas por tratamiento farmacológico son beneficiosas (4) (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de la HTA en diferentes niveles, según las cifras de PA.

CATEGORÍA		SISTÓLICA (mmHg)	DIASTÓLICA (mmHg)
Óptima		<120	<80
Normal		120-129	80-84
Prehipertensión		130-139	85-89
Hipertensión	Estadio 1	140-159	90-99
	Estadio 2	160- 179	100-109
	Estadio 3	≥ 180	≥ 110

Tomado de la guía de la ESH/ESC (3)

Inicialmente la HTA no produce síntomas, pasando inadvertida durante muchos años. En algunos casos avanzados, se acompaña de intenso dolor de cabeza, hemoptisis, mareos, enrojecimiento facial, desmayos y zumbido de oído.

En 2008, un 40% de la población mundial mayor de 25 años tenía HTA. La máxima prevalencia se registra en África con un 46%, frente al 35% observado en el continente americano. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de HTA es menor en los países con ingresos altos, aunque está en relación con gran número de variables, como la edad, la raza, el sexo y la situación geográfica (5). También, se observan diferencias notables en los niveles medios de la PA en diferentes países, sin tendencias sistemáticas hacia cambios de la PA en la última década (4). Por otro lado, los datos comparativos sobre la prevalencia de la HTA y las tendencias temporales de la PA en distintos países europeos son escasos, alcanzando el 30-45% de la población general, con un marcado aumento en edades más avanzadas. En el caso de España y según el estudio de Martell (6), la prevalencia oscila entre el 25% y el 35 % de la población adulta, llegando al 40 % en edades medias y a más del 60 % en los mayores de 60 años, afectando en total a unos 10 millones de individuos adultos (7).

La HTA se considera un problema de salud pública dada su trascendencia sanitaria y socioeconómica, en la que intervienen una serie de factores de riesgo en su aparición (Cuadro 1), que si no se trata o no se controla correctamente puede dar lugar a distintas complicaciones originadas por los cambios que se producen en los vasos sanguíneos como consecuencia de la elevada presión a la que están sometidos. Se asocia al desarrollo de arteriopatía coronaria, de accidentes cerebrovasculares, de arteriopatía periférica y de enfermedad renal crónica, considerándose un verdadero factor de riesgo cardiovascular. Además, mantiene una relación muy estrecha con la diabetes mellitus, la dislipemia, el tabaquismo y el sedentarismo.

Cuadro 1. Factores de riesgo de HTA

Antecedentes familiares	Se transmite de padres a hijos
Peso corporal	Sobrepeso y obesidad
Edad	A mayor edad, mayor posibilidad de presentar hipertensión
Etnia	Más frecuente en negros americanos
Hábitos de vida	Sedentarismo, consumo excesivo de sal, grasas saturadas, alcohol, tabaco.
Estrés	Niveles altos favorecen la HTA
Algunos medicamentos	Corticoides, uso crónico de antiinflamatorios y anticonceptivos orales, medicamentos efervescentes, gotas nasales.

Tomado de Moreno (8)

Paralelamente, el tratamiento de la HTA está dirigido tanto a reducir las cifras de PA como a prevenir las complicaciones. Según The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (9) las recomendaciones para las intervenciones que se realizan a lo largo de la vida en la mayoría de los pacientes están basadas en la evidencia disponible de ECA. Incluye medidas no farmacológicas asociadas a modificaciones en el estilo de vida (cuadro 2), encaminadas a la adquisición de hábitos de vida saludables que mejoran la eficacia del tratamiento farmacológico y, en algunos casos, permiten suprimir o reducir la necesidad de fármacos específicos para el control de la PA. La incorporación de modificaciones dietéticas orientadas a restringir el sodio y el alcohol, a controlar el peso corporal y evitar el tabaco y el sedentarismo constituye una parte fundamental del tratamiento no farmacológico de la HTA; se deben mantener durante toda la vida, sobre todo en individuos de alto riesgo. De ahí que, para propiciar el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables, es indispensable incorporar la educación del enfermo como parte del tratamiento (10, 11).

Cuadro 2. Modificaciones en el estilo de vida para el control de la presión arterial.

Reducción de peso en caso de obesidad.

Disminuir la ingesta de sal a < 6 g de cloruro sódico al día.

Actividad física anaeróbica (30 minutos como mínimo, tres a cinco días a la semana).

Abandono del tabaco.

Reducción del consumo de alcohol a dos bebidas fermentadas (vino o cerveza) por día en hombres y una en mujeres.

Limitar el consumo de grasas saturadas y de colesterol.

Asegurar una ingesta dietética adecuada de potasio, calcio y magnesio a partir de los alimentos.

Relajación y Biofeedback.

Elaboración propia

Empero, el tratamiento farmacológico de la HTA está indicado cuando las medidas para modificar el estilo de vida no son eficaces o resultan insuficientes para reducir y controlar la PA, tanto en pacientes jóvenes como en los de mayor edad (12). En general, se van a necesitar dos o más fármacos de distinto grupo para conseguir un control eficaz de la PA; sin embargo, se recomienda utilizar el menor número posible de ellos, la mínima dosis eficaz y el menor número de tomas diarias para facilitar la adherencia terapéutica (4) (Cuadro 3).

Cuadro 3. Fármacos empleados actualmente para controlar la HTA.

Diuréticos tiazídicos

Bloqueantes β adrenérgicos

Antagonistas del calcio

Inhibidores de la enzima convertora de angiotensina (IECA)

Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II)

Vasodilatadores

Elaboración propia

No obstante, menos del 50% de los sujetos hipertensos tienen sus cifras de presión arterial controladas (13). En relación con este fenómeno, el VII Informe del Joint National Committee (14) ha señalado que la principal causa del fracaso en el control de la HTA es el incumplimiento del tratamiento.

De hecho, la efectividad de un tratamiento no depende exclusivamente de que la prescripción sea correcta, sino que está condicionada fundamentalmente por la colaboración del paciente, que también influye en la adherencia al tratamiento no farmacológico y más concretamente, con la dieta y con la actividad física (15).

Cabe señalar, como indica De la Cruz (16) en una propuesta de proceso enfermero en el paciente hipertenso puntos como: incumplimiento de la dieta, falta de interés por el peso ideal, consumo excesivo de sal, entre otros, que crea la necesidad de proporcionar apoyo educacional al paciente como medida para conseguir un autocuidado suficiente y delimitar los problemas y la evolución de la HTA.

En otro orden de cosas, el envejecimiento a pesar de ser un proceso fisiológico y dinámico que acompaña a todos los seres vivos desde el nacimiento hasta la muerte, provoca una serie de cambios en el organismo de la persona mayor, caracterizados esencialmente por una pérdida de los mecanismos de reserva (Cuadro 4). En el caso del ser humano, su inicio es solapado y característico para cada individuo debido a sus influencias personales, comunitarias, laborales y medioambientales (17).

No obstante, la vejez no es una enfermedad, aunque a medida que se envejece se es más vulnerable ante cualquier clase de agresión por lo que las posibilidades, tanto de enfermar como de presentar complicaciones, son mayores. En particular, la HTA es una de las patologías más prevalentes en el mundo actual favorecida por los numerosos cambios asociados al envejecimiento y que tienen que ver, de manera universal, con las modificaciones fisiológicas a las que se ve sometido el organismo en el curso de este proceso fisiológico. Dichos cambios, responsables de la elevación progresiva de la PAS, se derivan de las modificaciones que tienen lugar en la pared arterial así como en los sistemas de regulación neurohormonal. En efecto, el aumento del grosor de la íntima arterial por depósito de calcio, colesterol y tejido conjuntivo comporta un endurecimiento de las arterias que conlleva mayor rigidez, pérdida de elasticidad y distensibilidad, junto con disminución de la luz vascular. En consecuencia, provoca un

aumento de la resistencia vascular periférica, que contribuirá, en gran medida, al aumento de la presión arterial.

Cuadro 4. Cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento.

Reducción de la función renal: Los medicamentos tardan más en ser eliminados del organismo.

Reducción de la función hepática: Algunos medicamentos pasan en mayor concentración y se quedan mayor tiempo en sangre, se retrasa su metabolización.

Reducción de la función cardíaca: El bombeo sanguíneo se ralentiza y los medicamentos tardan más en distribuirse.

Alteración del sistema nervioso: Disminuye el número de receptores y transmisores y los medicamentos que actúan sobre él pueden presentar un efecto más pronunciado.

Reducción de la función inmunitaria: Esto tiene una doble vertiente; por un lado, el anciano es más propenso a contraer infecciones, y también más susceptible de desarrollar tumores y procesos neoplásicos. Por otro, presenta menor número de procesos alérgicos, así como menos problema de rechazo.

Reducción de la motilidad intestinal: Haciéndose más lenta la absorción de medicamentos.

Cambios en el comportamiento, costumbres, etc., que repercuten en el uso correcto de los medicamentos por parte de las personas mayores.

La soledad y la falta de comunicación: Se acentúa en las personas de edad que a menudo han perdido a seres queridos de la misma edad (pareja, amigos, hermanos...) o bien que se aíslan a propósito al ser conscientes de sus facultades.

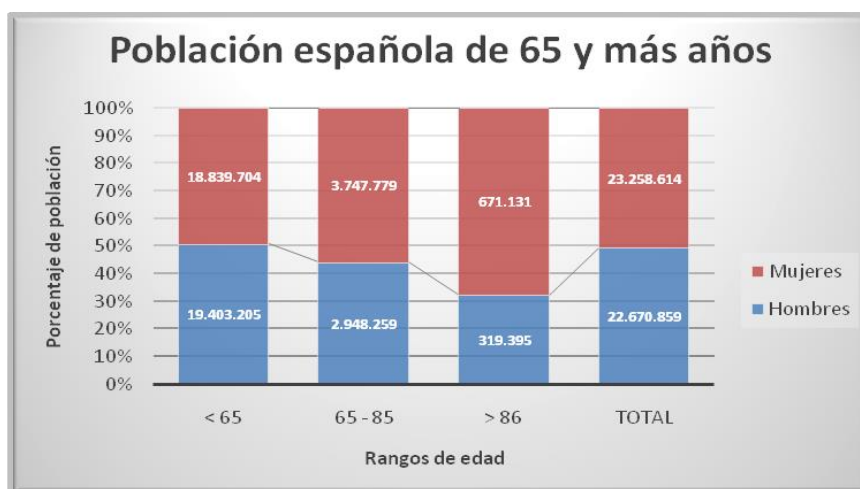
Pérdida de habilidad física: Visual, auditiva o manual.

Pérdida de memoria de hechos recientes impide recordar las instrucciones recibidas.

Elaboración propia

Por otra parte, en España la esperanza de vida se encuentra dentro de las más elevadas de Europa con cifras de 77,8 años para los hombres y de 84,3 años para las mujeres (18). Pero el envejecimiento seguirá creciendo en nuestro país de tal modo, que para el año 2060, se prevé que un tercio de su población estará compuesta por adultos mayores (gráfico 1).

Gráfico 1. Esperanza de vida para la población española $N_T= 45.929.476$



ENSE, 2011-12 (18)

A esto contribuye sobre todo el aumento de la esperanza de vida al nacer que se ha duplicado ampliamente en el curso del último siglo. Más del 80% de los nacidos después del año 2000 superarán los 80 años, mientras que nonagenarios y centenarios se multiplicarán tanto en términos absolutos como relativos.

Así mismo, la percepción del estado de salud es más negativa según aumenta la edad. Pero si se considera la salud objetiva (el cómo estoy), medida a través de encuestas a ancianos y a profesionales, informes de alta hospitalaria, estudios epidemiológicos, frecuencia de consultas u hospitalizaciones, consumo de fármacos o de otros recursos sanitarios, etc, se observa que, entre otros, presentan problemas cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, entre el 70 y el 80% de la población mayor de 65 años (19).

Estas cifras bastan por sí solas para justificar las investigaciones sobre el envejecimiento desde el punto de vista de la salud y de la economía. El principal objetivo de las instituciones del Estado es que esta mayor expectativa de vida vaya acompañada de una notable calidad de la misma. No obstante, diversos estudios han señalado problemas importantes en el manejo de los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo de los de mayor edad, tales como una alta proporción de diagnósticos tardíos, utilización inapropiada de medicamentos y errores al proporcionar recomendaciones acerca de la dieta y el ejercicio (20).

En este sentido, el mejor tratamiento pierde efectividad si la persona no sabe o no está motivada para responsabilizarse de su autocuidado diario. Además, como en todo problema crónico de salud, la adherencia al tratamiento es básica para el éxito terapéutico. Y en este sentido, el proceso educativo posibilita al paciente a situarse en un rol más activo e involucrarse en la toma de decisiones en relación a su tratamiento. Ante esta situación es necesario responder con oportunidad y efectividad y con un enfoque centrado en el paciente, existiendo unanimidad en que las enfermeras son un componente clave para facilitar educación, prevención y atención personalizada (20) a pacientes acerca de las causas de la enfermedad, cambio a estilos de vida saludables, información acerca del autocuidado, prevención de riesgos y disciplina en el tratamiento. Adicionalmente, estas actividades educativas mejoran la satisfacción y la autopercepción del estado de salud en los pacientes (21).

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El conocimiento que tienen las personas es un factor importante para hacer frente al autocuidado de los problemas crónicos de salud. En este sentido, la educación terapéutica (ET) destinada a aumentar los conocimientos, habilidades y actitudes favorables hacia el manejo de la presión arterial puede conllevar cambios en el estilo de vida que favorezca el cumplimiento terapéutico y optimicen las cifras de la presión arterial.

La OMS define la ET, “como el conjunto de actividades educativas esenciales dirigidas a la gestión de enfermedades crónicas, llevadas a cabo por los profesionales de la salud formados en el campo de la educación, y creadas para ayudar al paciente o grupos de pacientes y a sus familiares a realizar su tratamiento y prevenir complicaciones evitables, mientras se mantiene o mejora la calidad de vida” (22).

Por añadidura, los mayores de 65 años son los que menos se informan por los prospectos de los medicamentos y por internet, pero sí lo hacen y generalmente por encima de la media, a través de conocidos y familiares y fundamentalmente, por las enfermeras como parte del equipo multidisciplinar. A menudo dichas enfermeras, como está recogido en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (23,24), son la pieza clave en la continuidad de cuidados, cumplen el papel de enlace entre la asistencia primaria y especializada, y llevan a cabo acciones de formación de la población usuaria de los servicios de salud, además de colaborar en programas de educación al consumidor.

En consecuencia, la ET es una prioridad en el tratamiento de los problemas crónicos que incluye intervenciones educativas que proporcionan a los pacientes los conocimientos y destrezas necesarias para afrontar las exigencias de la nueva situación de salud, así como promueven la motivación y los sentimientos de seguridad y responsabilidad esenciales para llevar a cabo sus autocuidados, sin afectar la autoestima y el bienestar general. Todo ello con relaciones interpersonales de mayor flexibilidad, aceptación y empatía, trabajando la relación de confianza e implicación familiar (13).

Parafraseando a Joslin, “La educación pretende que las personas piensen por sí mismas, tomen sus propias decisiones y se fijen sus propios objetivos acordes con sus circunstancias personales. El beneficiario y heredero de este proceso será el paciente” (25).

Del mismo modo, el concepto de adherencia es usado para denotar el grado en que una conducta (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o de la salud. Implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente (13). Este concepto compromete de una manera activa al profesional sanitario y al sujeto, alejándose de la anteriormente frecuente pasividad del paciente en relación con su enfermedad. Aparece así el modelo de colaboración entre proveedor de servicios y paciente, como un medio para lograr la adherencia al tratamiento más efectiva. Dicha adherencia comprende diversas conductas y requiere que el paciente tenga autonomía para decidir y además esté motivado para ello (16) (Cuadro 5).

No obstante, es frecuente la falta de adherencia al tratamiento de los individuos con HTA, observándose dos tipos de pacientes. Unos interrumpen el tratamiento, lo que representa un problema mayor porque, normalmente, su comportamiento es intencionado y, suele ser difícil que lo reanuden una vez interrumpido. El otro tipo de pacientes toman la medicación de forma irregular por retraso en los horarios o interrupción durante breves periodos de tiempo, representando un riesgo alto de abandono (4).

La mala adherencia es muy común para la modificación del estilo de vida y, frecuentemente, se extiende a la medicación prescrita con bastante rapidez. Más de un tercio de los pacientes abandona el tratamiento inicial después de 6 meses, y la mitad, después de 1 año; además, el 10% olvida tomar la medicación a diario (26,27).

Cuadro 5. Conductas necesarias para la adherencia terapéutica.

Propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento

Asistencia a citas de seguimiento

Uso correcto de la medicación prescrita

Realizar cambios apropiados en el estilo de vida

Evitar conductas contraindicadas

Elaboración propia

De ahí, que la falta de adherencia terapéutica sea un problema de gran trascendencia para la práctica clínica que debe ser abordado tanto desde el punto de vista preventivo como de intervención, una vez diagnosticada la enfermedad y teniendo en cuenta las variables que pueden afectar a dicha adherencia terapéutica (cuadro 6).

Asimismo, es evidente que la educación para la salud facilita la modificación de hábitos y comportamientos, lo que permite restablecer y conservar la salud; así como, mejorar la calidad de vida. A su vez, con la implementación de programas educativos se promueve tanto la adherencia terapéutica como la mejora de las expectativas de vida del paciente frente a la enfermedad (16).

Cuadro 6. Variables implicadas en la adherencia terapéutica.

Características de la enfermedad y del tratamiento	Gravedad de la enfermedad
	Duración del tratamiento
	Efectos secundarios del tratamiento
	Complejidad y dosificación del tratamiento
	Atribuciones y representación mental de la enfermedad y el tratamiento
Características del paciente	Nivel intelectual y/o estudios recibidos
	Conducta de cumplimiento
	Niveles de estrés
	Creencias y actitudes
Factores sociales	Relaciones familiares
	Altos niveles de apoyo social
Características de la relación terapéutica	Comunicación verbal y no verbal
	Grado de empoderamiento del paciente
	Relación de confianza
	Satisfacción afectiva del paciente

Tomado de Brandon y Feist (28) y Delamater (29).

En consecuencia, con este proyecto se pretende facilitar el cumplimiento terapéutico además de promover conductas de salud, actuando sobre los factores individuales que influyen en la adherencia terapéutica.

OBJETIVOS

1.1. General

- Determinar los factores que dificultan el autocuidado en las personas de 65 y más años para el manejo y control de la HTA.

1.2. Específicos:

- Identificar el nivel de conocimientos en relación a la dieta terapéutica.
- Valorar las barreras que condicionan los cambios que tienen que adoptar en el estilo de vida.
- Señalar las creencias y falsos mitos acerca del tratamiento farmacológico.
- Promover actitudes positivas hacia la salud.

MÉTODO

Diseño

Estudio descriptivo transversal en el que se va a utilizar un método de triangulación.

Ámbito de estudio

Se han elegido para el estudio dos centros de salud, uno urbano y otro rural. El centro de atención primaria urbano es C.S. Presentación Sabio en la ciudad de Móstoles, Madrid, que atiende a una población de 27.846 habitantes de los cuales el 15.20%, 4.234 personas son mayores de 65 años. Esta población presenta un nivel socioeconómico medio-alto.

El centro de salud rural elegido es C.S. Villanueva de la Fuente en el municipio de Villanueva de la Fuente, Ciudad Real, que atiende a una población de 2.345 habitantes de los cuales, el 28,52%, 669 personas son mayores de 65 años. Esta población presenta un nivel socioeconómico medio-bajo.

Población diana

La población de estudio son los usuarios de los centros de salud que cumplan criterios de inclusión para formar parte de la muestra (Cuadro 7).

Cuadro 7. Criterios de inclusión y de exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Acceder de forma voluntaria al estudio	Rechazar la participación en el estudio
Ser usuario del CAP seleccionado	Ser usuario de atención a domicilio
Tener entre 65 y 80 años	Analfabetismo
Ser hipertenso	Tener la PA dentro de la normalidad
Pacientes sin deficiencias psíquicas	Pacientes con deficiencias psíquicas que les impida contestar el cuestionario

Elaboración propia

Tipo de muestreo

Los pacientes serán reclutados utilizando un método teórico de muestreo probabilístico, forma de conveniencia o intencional.

Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos; es decir, el investigador selecciona directa e intencionadamente los individuos de la población del estudio. El límite de la muestra se obtendrá cuando se produzca saturación teórica. A saber, cuando tras un mínimo de entrevistas éstas no nos proporcionen nuevos datos relevantes.

Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño muestral se ha utilizado la fórmula de comparación de proporciones, con una nivel de confianza del 95%, una precisión del 5%, con una proporción del 50%, y considerando un porcentaje de pérdidas del 20%. La muestra estimada es de 440 pacientes pertenecientes al Centro de Salud de Móstoles y, de 305 al de Villanueva de la Fuente.

Captación de la muestra

Los sujetos serán reclutados a partir de una lista con los nombres y direcciones de los pacientes seleccionados por consultorio que cumplan los criterios de inclusión y que accedan a colaborar de forma voluntaria y anónima. La propuesta de participación la hará la enfermera de la consulta cuando acuda el paciente.

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Perfil sociodemográfico de la población: edad, sexo, ámbito, formación, modo de convivencia.
- Perfil clínico: otras enfermedades, tratamientos, capacidad funcional.
- Nivel de autocuidado: conocimientos sobre dieta, fármacos, estilo de vida.

Herramientas del estudio

Se trata de un estudio mixto de triangulación en el que se realiza una investigación cuantitativa de diseño descriptivo transversal, a partir de un cuestionario como herramienta fundamental de recogida de datos (anexo 1). Este estudio se complementa con una técnica cualitativa diseñada a partir de grupos de discusión (anexo 2).

Para determinar el grado de comprensión de los ítems incluidos en el cuestionario, se validará mediante una prueba piloto con 50 pacientes, 25 procedentes del ámbito rural (Villanueva de la Fuente, Ciudad Real) y 25 del ámbito urbano (Móstoles, Madrid).

Recogida de datos (Trabajo de campo)

Se ha diseñado un cuestionario autocumplimentable a partir de la bibliografía consultada. Así mismo, se ha preparado una entrevista semiestructurada para ser aplicada a través de grupos de discusión.

En primer lugar, los pacientes seleccionados autocumplimentarán en la consulta el modelo de cuestionario propuesto. Una vez analizados cuantitativamente los datos, se formarán grupos homogéneos para llevar a cabo la reunión de los “grupos de discusión”, en los que la enfermera actuará de observadora recogiendo información para completar el análisis cuantitativo.

Análisis de la información

Se diseñará una base de datos con el programa Excell que permita realizar un análisis descriptivo y bivariante relacionado con las variables del estudio. Así mismo se realizará un análisis del contenido de la entrevista así como de la información obtenida en los grupos de discusión y, en base a los resultados obtenidos, se proporcionarán unas recomendaciones sobre el manejo de la HTA hasta que se diseñe e implante el programa de EpS. (Anexo 3).

Consideraciones éticas

Se contará con el permiso de la dirección del centro de salud y con el consentimiento de los pacientes (anexo 4), a los que se les informará individualmente sobre el propósito del estudio y su desarrollo, garantizando la confidencialidad conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (30).

DISCUSIÓN

La educación terapéutica destinada a aumentar los conocimientos, habilidades y actitudes favorables hacia el control de la presión arterial puede conllevar cambios en el estilo de vida que favorezca el cumplimiento terapéutico y optimicen el control de la presión arterial.

Al tratarse de un proyecto, cabe la posibilidad que nos encontremos con alguna dificultad a lo largo de la fase de recogida y análisis de datos no contemplados en el diseño del mismo, y que se incorporarán a medida que sean consideradas de interés. De igual modo, se estima la libertad para profundizar en los temas tratados en la entrevista.

La aplicabilidad para la práctica de este proyecto la encontramos en la identificación de las dificultades que tiene los usuarios así como las razones que las justifican, para llevar a cabo sus autocuidados relacionados con el manejo de la HTA. De este modo, se pueden orientar por parte de las enfermeras de AP intervenciones educativas hacia la satisfacción de las necesidades detectadas en este grupo de población. Los resultados permitirán establecer un programa de EpS dirigido a todos los pacientes con HTA pertenecientes a este centro de salud que posteriormente se podrá extrapolar a otros centros de la zona sur de la CAM. Por otro lado, en el caso de la zona rural, nos agilizará la detección de las diferencias y/o similitudes con la zona urbana que facilitarán el desarrollo de programas de EpS adaptados a los resultados obtenidos.

Podemos concluir que el conocimiento que tienen las personas hipertensas acerca de su autocuidado, es un factor importante para hacer frente al riesgo y al control de la HTA. En este orden de cosas, las enfermeras tienen un papel relevante en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular, fundamentalmente para facilitar educación y atención personalizada acerca de las causas de la enfermedad, de los cambios a estilos de vida saludables, del autocuidado, de la prevención de riesgos y de la disciplina en el tratamiento; todo ello inmerso en un programa de EpS, dentro de lo que se conoce como Educación Terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

-
1. Sistema Nacional de Salud. [Página principal en Internet] Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud; España: septiembre 2010; [citado 2 Feb 2016]. Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>
 2. Biblioteca virtual en Salud de Cuba (BVSCUBA) [base de datos en Internet] Cuba: Soca, P. E. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. *ACIMED*, 2009 ;20(3), 92-100. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol20_3_09/aci07909.pdf
 3. Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial para el manejo de la hipertensión arterial (SEH-LELHA), S. E-L. Guía Española de Hipertensión Arterial. España; 2005. p. 3-8. Disponible en: http://www.seh-lelha.org/pdf/guia05_2.pdf
 4. Grupo de Trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Mancia G, Redon J. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, España; 2013;66(11):980.e1-e6 p. 1-64. Disponible en: http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90249392&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=38&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v66n11a90249392pdf001.pdf
 5. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Página principal en Internet]. Ginebra, Suiza; Información general sobre la Hipertensión Arterial; c2013 [consultado 18 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
 6. Martell N, Márquez E y Gil Guillén V. El incumplimiento terapéutico es una de las principales barreras para controlar la hipertensión arterial. *Jano On-line y agencias*; 2003 Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=25283>
 7. Banegas Banegas JR. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. Elsevier [Revista on-line] 2005; 22(9). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-epidemiologia-hipertension-arterial-espana-situacion-13083088>

-
8. Moreno J L. Aportaciones del Proyecto Cardiorisc en la optimización del manejo del paciente (Hipertensión riesgo vascular) Elsevier [Revista on-line] España SL 2010; 27 (supl 1), 9-12.
 9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. América, C. N; diciembre 2003 [Consultado enero 2016] Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf
 10. Frenk Mora J, Tapia Conyer DR. Secretaria de Salud (SSA). Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial. Subsecretaria de prevencion y proteccion de la Salud. México; 2001. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/enf_cardiovasculares.pdf
 11. Estrada Reventos D, Soriano Giménez RM, Estruch Castella C, Fornas Ara C. Elaboración de un programa educativo grupal dirigido a las personas hipertensas y familiares. Enfermería Docente [Revista on-line] 2014; Vol. 1, 102. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/9>
 12. Cejudo, D.R., Palomares, J.M., Pasos, E.F. Hipertensión arterial: actualización de su tratamiento. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 1998; 22(4), 81-94.
Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/hta.pdf>
 13. Sánchez Cisneros N. Adherencia Terapéutica en Hipertensión Arterial. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2006; 14 (3): 98-101.
 14. Verdecchia P, Angeli F. Séptimo informe del Joint National Committee para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial: el armamento está a punto. Revista Española de Cardiología [Revista on-line] 2003; 56 (9):843-7 DOI: 10.1157/13051609. Disponible en: <http://revespcardiol.org/es/septimo-informe-del-joint-national/articulo/13051609/>
 15. Navarro Pena Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería Global

-
- [Revista on-line] Murcia; 2010: (19). ISSN 1695-6141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200004&script=sci_arttext
16. Cruz Quintana F, Schmidt Rio-Valle J, Villaverde Gutiérrez C, Prados Peña D, García Caro MP, Muñoz Vinuesa A. et al. Adherencia terapéutica en hipertensos: Estudio cualitativo. Index Enferm [revista en Internet]. [citado 2016 Mar 21]; Noviembre 2006; 15(54): 25-29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200005&lng=es
17. Sierra C, López Soto A. La hipertensión arterial en la población anciana. Francisco Guillen Ilera: un gigante de la geriatría. Revista Española de Geriatría y Gerontología [Revista on-line] Barcelona; 2008; 43 (Supl 2):53-59. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/124/124v43nSupl.2a90032753pdf001.pdf>
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Instituto Nacional de Estadística (INE). Determinantes de salud. Valores porcentuales y medias. ENSE 2011/12. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>
19. Scientific Electronic Library Online- SciELO [base de datos en Internet]. Sosa Rosado JM. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. An Fac med; 2010; 71(4):241-4. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a06v71n4.pdf>
20. Pérez-Cuevas R, Reyes Morales H, Doubova SV, Zepeda Arias M, Díaz Rodríguez G, Peña Valdovinos A, et al. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. Revista Panamá Salud Publica [Revista on-line]. 2009; 26(6):511-7.
21. Suárez Pérez R, García González R. Resultados de la extensión del programa de educación en diabetes a la atención primaria de salud en Ciudad de La Habana. Revista Cubana Endocrinol [Revista on-line]. 2005;112(2)

-
22. Therapeutic patient education. Continuing education programmers for health care providers in the field of prevention of chronic disease. WHO. Working Group; WHO-EURO, Copenhagen, Denmark 1998.
 23. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (27 de Junio de 2012). Obtenido de:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
 24. Quiroz García A. Centro Internacional de Conveniencias. La educación como herramienta fundamental en el tratamiento del paciente con diabetes. Congreso Nacional. Puerto Vallarta; 01/04 Mayo 2012 Disponible en:
[http://ammfen.org/memorias/27CongresosPtoVallarta\(XXVII\)/documentos/resumenes/024.pdf](http://ammfen.org/memorias/27CongresosPtoVallarta(XXVII)/documentos/resumenes/024.pdf)
 25. Joslin EP. Treatment of Diabetes Mellitus. 3rd ed. Lea and Febriger. Philadelphia, 1925.
 26. Corrao G, Zambon A, Parodi A, Poluzzi E, Baldi I, Merlino L, Cesana G, Mancina G. Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newlytreated patients: a population-based study in Italy. J Hypertens 2008;26:819–824.
 27. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure and low-density lipoproteincholesterol: a randomized controlled trial. JAMA 2006;296:2563–571
 28. Brandon L, Feist, J. Adherencia a las prescripciones médicas. Psicología de la Salud Madrid. Editorial Paraninfo. Madrid 2001; 107-138.
 29. Delamater A.M. Improving Patient Adherence. Clinical Diabetes. 2006; 24 (2): 71-75.
 30. Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999); 43088- 43099. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>
 31. Sáinz M, Fereres J. Asociación de educación para la salud (ADEPS). Guía de Intervención Educativa en el Paciente Hipertenso. España; 2008.

AGRADECIMIENTOS

Primero y más importante, me gustaría agradecer sinceramente a Carmen Martín Salinas por su labor como tutora en este Trabajo de Fin de Grado. Gracias por la dedicación, motivación, ideas, criterios y paciencia; ha sido un privilegio contar con su guía y ayuda.

Gracias a Loli Fernández Moreno, Alcaldesa del Excmo. Ayuntamiento de Villanueva de la Fuente (Ciudad Real) por la aportación de pirámide de población con datos estadísticos imprescindibles para la realización de este proyecto de investigación.

Al Excmo. Ayuntamiento de Móstoles y a los centros de salud Presentación Sabio y Villanueva de la Fuente por los datos ofrecidos.

Gracias a las personas que, de una manera u otra, han sido claves en las búsquedas de información que lo hicieron de forma desinteresada.

ANEXOS

ANEXO 1. ENTREVISTA CLÍNICA

Buenos días, mi nombre es Gema Moreno y soy alumna del Grado de Enfermería en la Universidad Autónoma de Madrid. Estoy realizando un estudio con la finalidad de conocer diversos aspectos asociados a la hipertensión arterial que usted presenta actualmente.

A continuación le haré una serie de preguntas, en la cual le pido que conteste la que considere más adecuada, o que mejor refleje su situación personal.

Todas las respuestas serán absolutamente confidenciales, y solo serán utilizadas para fines del estudio.

ANMANESIS

1. Datos personales: sexo, edad, presión arterial.
2. Historia dietética:
 1. Consumo de alimentos.
 2. Horario de comidas.
 3. Modo de alimentación: en familia, en el trabajo o fuera del hogar.

ENTREVISTA ESPECÍFICA

¿Qué cree usted que es la hipertensión arterial (HTA)?

¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?

¿Cuánto tiempo hace que se le diagnosticó la HTA?

¿Qué tipo de dieta cree que es beneficiaria para usted? ¿Con mucha o poca sal?

¿Es necesario comer frutas y verduras diariamente?

¿Se puede controlar la HTA con una correcta dieta?

Diariamente ¿Cuánto tiempo sale a caminar o hace deporte?

ENTREVISTA ESPECÍFICA (Continuación)

¿Considera que el estrés e inquietud puede alterar su tensión arterial (TA)?

¿Se puede controlar la HTA con medicación?

¿Toma los medicamentos prescritos a las horas indicadas?

¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos?

La mayoría de la gente puede tener dificultad en seguir el tratamiento... ¿tiene usted dificultad con el suyo?

¿Su familia conoce su tratamiento y le ayuda a preparar su medicación diariamente?

¿Dónde se controla la TA?

¿Acude al Centro de Salud para el control de TA en los días citados por el profesional sanitario?

En dicho centro de salud, ¿quién le realiza el seguimiento de la tensión arterial, su médico o enfermera?

¿Se hace controles de TA en alguna farmacia cerca de su domicilio?

¿Se controla en su domicilio la TA? Si es así, ¿tiene un tensiómetro electrónico o manual?

¿Dicho tensiómetro está validado por su profesional sanitario?

Gracias por la información ofrecida.

A continuación le entregaremos un cuestionario que podrá rellenar en esta consulta o podrá rellenarlo en su domicilio, trayéndolo a esta misma consulta en los próximos dos días.

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

Estimado señor/a:

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar los conocimientos de las personas de 65 y más años, y de sus cuidadores sobre el manejo de la hipertensión arterial (HTA).

El cuestionario consta de 22 preguntas cerradas y categóricamente múltiples siendo: **si, no, no lo sabe, no contesta**, divididas en 5 bloques.

Colaboración **VOLUNTARIA Y ANÓNIMA**.

DATOS GENERALES

Edad: Presión arterial: /....
Domicilio: Urbano Rural
Sexo: Femenino Masculino
Estudios: Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios
Convive: Solo Pareja Hijos Otros

CUESTIONARIO:

Marque con una X en el espacio que Vd considere que la respuesta sea la correcta.

CONOCIMIENTO SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL				
PREGUNTAS	SI	NO	NO LO SABE	NO CONTESTA
¿Le han explicado qué es la hipertensión arterial (HTA)?				
¿Sabe a partir de qué valor se considera HTA?				
¿Es una enfermedad para toda la vida?				
¿El seguimiento de la HTA lo hace la enfermera del centro de salud?				
¿La HTA puede ocasionar complicaciones graves?				

DIETA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

PREGUNTAS	SI	NO	NO LO SABE	NO CONTESTA
¿Cree que es necesaria la dieta mediterránea para tener una mejor salud?				
¿Cree que es beneficioso para las personas con HTA seguir una dieta baja en grasas, rica en frutas y verduras?				
¿Es aconsejable reducir el consumo de sal?				
¿La obesidad aumenta la posibilidad de HTA?				

MEDICACIÓN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

PREGUNTAS	SI	NO	NO LO SABE	NO CONTESTA
¿Toma medicación para el control de la HTA?				
¿Sabe cuántos fármacos toma para el control de la HTA?				
¿Su familia conoce el tratamiento que toma diariamente?				
¿Se puede controlar la HTA sólo con medicación?				
¿Ud. modifica la dosis de medicación si le sube o le baja la presión arterial?				
¿Deja de tomar las pastillas si tiene la presión arterial controlada?				
¿Se automedica cuando no se encuentra bien? (dolor de cabeza o de huesos, malestar de estómago, fiebre...?)				

ACTIVIDAD-EJERCICIO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL				
PREGUNTAS	SI	NO	NO LO SABE	NO CONTESTA
¿Caminar cada día ½ - 1 hora, puede reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular?				
¿Tomar la vida con tranquilidad favorece el control de la HTA?				

OTRA MEDIDAS EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL				
PREGUNTAS	SI	NO	NO LO SABE	NO CONTESTA
¿Fumar aumenta el riesgo de HTA?				
¿Ingerir alcohol aumenta la presión arterial?				
¿Pueden tomar café las personas hipertensas?				

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación desarrollado por M^a Gema Moreno Escudero, estudiante de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid, y tutelada por Carmen Martin Salinas.

Entiendo que fui elegida para el estudio cualitativo de conocimientos sobre Hipertensión Arterial en personas con edad entre 65-85 años, usuarios de los Ambulatorios Urbano o Rural de los municipios mencionados.

Además doy fe que estoy participando de manera completamente voluntaria y que la información que apporto es anónima y confidencial, por lo que no se revelará a otras personas, no afectando mi situación personal, ni de salud. Y para que los resultados sean lo más confiable posible al estudio, el acceso será restringido para las investigadoras, por lo que es de vital importancia la honestidad en sus respuestas.

Este trabajo no presenta riesgos para el/la participante.

Por este documento, yo....., con domicilio en, en pleno uso de mis facultades mentales, me ofrezco a participar en el estudio.

Fecha: de 2016

Firma:

ANEXO 4. RECOMENDACIONES AL PACIENTE HIPERTENSO

SIGA UNA DIETA SANA Y EQUILIBRADA

Realice 5 comidas al día.

Consuma 5 raciones entre fruta, verdura fresca y ensalada diariamente.

Elija cereales ricos en fibra (integrales), legumbres y lácteos bajos en grasas (desnatados).

Reduzca el consumo de sal para condimentar sus alimentos.

Evite alimentos con alto contenido en sal: embutidos, platos precocinados, comida rápida, mantequilla, salsas que no sean caseras,...

Utilice aceites de sabor potente como el aceite de oliva virgen, aunque siempre en cantidades moderadas.

Precaución con los productos de pastelería, las bebidas gaseosas y el bicarbonato.

CONTROLE SU PESO

Evite el exceso de peso.

Si necesita perder peso acuda al especialista para que le asesore de manera más específica.

PRACTIQUE EJERCICIO FISICO REGULARMENTE

Aumente su actividad física.

Diariamente camine en sus desplazamientos, suba escaleras, etc.

Realice ejercicio físico 30-45 min. 3 días/semana de forma regular.

EVITE ESTRÉS

Aprenda a relajarse y a llevar un ritmo de vida tranquilo.

No se ponga nervioso, conduzca con calma, procure dormir bien y mantenga siempre una actitud positiva frente a los problemas.

TOME LA MEDICACIÓN PRESCRITA

Es fundamental tomar las medicinas prescritas por su médico.

No deje nunca de tomarlas aunque se controle su presión arterial.

EVITE TABACO Y CONSUMO DE ALCOHOL

Evite el consumo de bebidas alcohólicas

Si fuma, es recomendable suprimir el hábito tabáquico.

Evite el consumo excesivo de bebidas estimulantes o con cafeína (café, refresco de cola).

Tomado de Asociación de Educación para la Salud (ADEPS) (31)

