



Universidad
de La Laguna



ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Pacientes con Hipertensión Arterial, Dislipemia y Sobrepeso

Nuria Fernández Pacheco

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería y Fisioterapia
Universidad de La Laguna

2015

ULL

Universidad
de La Laguna



ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Pacientes con Hipertensión Arterial, Dislipemia y Sobrepeso

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Autora: Nuria Fernández Pacheco

Una firma manuscrita en tinta azul, que parece ser la de Nuria Fernández Pacheco.

Firma de la alumna

Tutora: Margarita Hernández Pérez

Una firma manuscrita en tinta azul, que parece ser la de Margarita Hernández Pérez.

VºBº de la Tutora

La Laguna, Junio de 2015



Universidad
de La Laguna



ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Pacientes con Hipertensión Arterial, Dislipemia y Sobrepeso

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Autora: Nuria Fernández Pacheco

RESUMEN:

La adherencia terapéutica es un tema de gran relevancia, especialmente en lo que se refiere a enfermedades crónicas no transmisibles tales como la hipertensión arterial (HTA), las dislipemias, la diabetes, etc., cuya prevalencia ha ido en aumento debido al mal control que llevan los pacientes sobre su enfermedad.

Una adherencia deficiente a los tratamientos y/o recomendaciones sanitarias, supone además un aumento de los recursos económicos. Dada su magnitud y trascendencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Conferencia Española de Consenso sobre Adherencia Terapéutica, han considerado el problema de la adherencia terapéutica como un problema de Salud Pública.

Es importante el empleo de recursos para conocer el grado de adherencia que un paciente tiene a las medidas farmacológicas y no farmacológicas. Y es dentro de este contexto, donde se propone este Proyecto de Investigación con el objetivo principal de conocer el grado de adherencia que los pacientes diagnosticados de HTA y alguna dislipemia, además de padecer sobrepeso/obesidad, tienen al tratamiento farmacológico e higiénico-dietético.

Para ello se llevará a cabo un estudio descriptivo y transversal en una población formada por 1921 pacientes con HTA, alguna dislipemia y sobrepeso/obesidad, adscritos al Centro de Salud Orotava-Dehesas (Tenerife, España). Como instrumentos de medida se usarán una serie de cuestionarios ya validados como son: el test de Morisky-Green, el test de Batalla, el Perfil de Salud Nottingham, el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea, el cuestionario internacional de adherencia al ejercicio físico, y el test de Apgar familiar.

PALABRAS CLAVE: Adherencia terapéutica, cumplimiento, hipertensión arterial, dislipemias, sobrepeso u obesidad.

SUMMARY:

Adherence is a topic of great importance, especially in relation to non-communicable chronic diseases, such as high blood pressure (hypertension), dyslipemias, diabetes, etc., whose prevalence has been increasing because of the poor control that patients have about their disease.

Besides, poor adherence to treatments and/or health advices represents an increase of the economic resources. Due to its magnitude and importance, the World Health Organization (WHO) and the Spanish Consensus Conference on Adhesion Therapeutics, have considered the problem of adherence a public health issue.

It is important the use of resources to define the degree of adhesion that a patient has to pharmacological and non-pharmacological measures. In this context is proposed this research project with the main objective of determining the level of adhesion that patient, with hypertension and any dyslipemia, in addition to being overweight/obesity, have to pharmacological and hygienic-dietary treatment.

For this project will be held a descriptive and cross-sectional study in a population consisting of 1921 patients with hypertension, dyslipidemia and any overweight /obesity, assigned to the Orotava-Dehesas Health Center (Tenerife, Spain). As measuring instruments will be used a set of already validated questionnaires: the Morisky-Green test, the Batalla test, the Nottingham Health Profile, the questionnaire of adherence to the Mediterranean diet, the international questionnaire of adherence to physical exercise and finally, the family Apgar test.

KEY WORDS: adherence, compliance, hypertension, dyslipemias, overweight or obesity.

AGRADECIMIENTOS

La elaboración del presente trabajo de final de Grado es producto de las orientaciones, sugerencias y motivación de la profesora Margarita Hernández Pérez, quien me ha ayudado y guiado durante estos meses con paciencia y dedicación. ¡Muchas gracias!

También, me gustaría agradecer al Centro de Salud Orotava-Dehesas por la ayuda recibida para la realización del mismo.

Como no, a mis padres y hermanas, por su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años para que yo pudiese llegar donde ahora estoy,

Y, por último, a todos mis amigos, los de toda la vida y los que he ido conociendo durante esta etapa universitaria, porque sin ellos no hubiese podido disfrutar tanto de este bonito camino.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Hipertensión, Dislipemias y Sobrepeso	1
1.2. Adherencia Terapéutica: Definición	3
1.3. Consecuencias de la Falta de Adherencia Terapéutica	4
1.4. Factores Determinantes de la Adherencia Terapéutica	5
1.4.1. <i>Factores Socioeconómicos y Sociodemográficos</i>	5
1.4.2. <i>Factores Relacionados con el Tratamiento</i>	6
1.4.3. <i>Factores Relacionados con el Paciente</i>	7
1.4.4. <i>Factores Relacionados con la Enfermedad</i>	7
1.4.5. <i>Factores Relacionados con el Sistema o Equipo Sanitario ...</i>	7
1.5. Métodos para Medir la Adherencia Terapéutica	8
1.5.1. <i>Métodos Directos</i>	9
1.5.2. <i>Métodos Indirectos</i>	9
1.5.2.1. Recuento de Comprimidos	9
1.5.2.2. Cumplimiento Autocomunicado. Cuestionario de Morisky-Green.....	10
1.5.2.3. Juicio Clínico.....	10
1.5.2.4. Evolución Clínica y Aparición de Efectos Adversos	11
1.5.2.5. Asistencia a Citas	11
1.5.2.6. Conocimiento de la Enfermedad. Test de Batalla....	11
1.6. Estrategias para Mejorar la Adherencia Terapéutica	12
1.7. Intervenciones de Enfermería para Mejorar la Adherencia Terapéutica	13
1.7.1. <i>Intervenciones Cognitivas</i>	13
1.7.1.1. Información/Educación del Paciente.....	13
1.7.1.2. Mejora de la Comunicación Paciente-Profesional....	13
1.7.2. <i>Intervenciones Conductuales: Comportamiento y Motivación del Paciente</i>	14
1.7.3. <i>Intervenciones sobre el Tratamiento: Reducción de la Complejidad del Tratamiento</i>	14
1.7.4. <i>Intervenciones de Apoyo Social y Familiar</i>	15
1.8. Tratamiento de la Hipertensión, Dislipemias y Sobrepeso	15
1.8.1. <i>Tratamiento Farmacológico de la Hipertensión Arterial</i>	15

1.8.2. <i>Tratamiento Farmacológico de las Dislipemias</i>	17
1.8.1.1. Estatinas: Inhibidores de la HMG-CoA reductasa.....	17
1.8.1.2. Inhibidores selectivos de la absorción de colesterol: Ezetimiba.....	18
1.8.3. <i>Tratamiento No Farmacológico. Medidas Higiénico- Dietéticas</i>	20
1.8.3.1. Reducción de Peso	20
1.8.3.2. Proporción Adecuada de Lípidos en la Dieta y Reducción del Consumo de Sal	21
1.8.3.3. Consumo Moderado de Alcohol.....	23
1.8.3.4. Abandono del Tabaco	23
1.8.3.5. Ejercicio Físico.....	23
1.9. Justificación y Objetivos	24
2. MATERIAL Y MÉTODO	26
2.1. Diseño de Estudio	26
2.2. Población y Muestra	26
2.3. Criterios de Inclusión y Exclusión	26
2.4. Variables. Instrumentos de Medida. Recogida de Datos	27
2.5. Análisis Estadístico	28
3. CRONOGRAMA	29
4. LOGÍSTICA	30
5. BIBLIOGRAFÍA	31
6. ANEXOS	34
6.1. Anexo 1	35
6.2. Anexo 2	37
6.3. Anexo 3	38
6.4. Anexo 4	39
6.5. Anexo 5	41
6.6. Anexo 6	42
6.7. Anexo 7	43
6.8. Anexo 8	44

1. INTRODUCCION

1.1. Hipertensión, Dislipemias y Sobrepeso

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte y hospitalización en la población española, y existe un gran número de personas asintomáticas que se encuentran en grave riesgo de padecer un evento cardiovascular por tener dos o más factores de riesgo¹.

En el mundo se registran cada año 16,7 millones de muertes que son causadas por dichos factores de riesgo cardiovascular. Entre las diez principales amenazas mundiales para la salud, cinco de ellas se relacionan con la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo de alcohol, las dislipemias y la obesidad o sobrepeso². Durante el año 1998, el 37% de todas las defunciones fueron por enfermedades cardiovasculares. Desde mediados de los años sesenta se ha producido en nuestro país un descenso de las tasas de mortalidad, ajustadas por edad, de enfermedades del aparato circulatorio y debido a cardiopatía isquémica. No obstante, en las últimas décadas, y a consecuencia del aumento de la población y de su progresivo envejecimiento, ha aumentado el número de defunciones por cardiopatía isquémica de manera sustancial. Esto va unido a la tasa de morbilidad hospitalaria por ECV, 1292 estancias por 100.000 habitantes en el mismo año, lo que da lugar cerca de 5 millones de estancias hospitalarias^{1,3}.

Los factores que influyen en el deterioro de nuestra salud, y que están relacionados con el padecimiento de las ECV, pueden ser agrupados en diversas categorías. Por un lado, tenemos los factores de riesgo de tipo genético y biológico (hipertensión dislipemias, diabetes mellitus, obesidad), cuya influencia negativa esta modulada por factores de comportamiento (dieta, actividad física, tabaquismo) y que, a su vez, depende de factores estructurales (características demográficas cambiantes de la sociedad en la que vivimos, desarrollo económico, coyuntura sociopolítica, educación, cultura y globalización)⁴.

La hipertensión arterial (HTA), al igual que la hipercolesterolemia y la obesidad, constituyen unos de los principales factores de riesgo (FR) modificables para el desarrollo de dichas enfermedades⁵. Dichos FR causan directa o indirectamente una elevada morbimortalidad en la población, lo que no solo tiene un impacto humano, sino además socioeconómico con un gran consumo de recursos sanitarios. Efectivamente, dada su magnitud y trascendencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha

calificado a ambos como “problemas de salud pública de primer orden”, no sólo para el sistema sanitario de nuestro país, sino para el de otros países desarrollados^{6,7,8}.

En lo que se refiere a la HTA, su prevalencia en la población general adulta española es de aproximadamente un 35%, llegando a un 40% en mediana edad y más del 60% en los mayores de 60 años, afectando a un total de 10 millones de individuos adultos^{6,9,10}.

Si hablamos de hipercolesterolemia, en España alrededor del 20-25 % de los adultos de edades medias presentan el colesterol total superior a 250 mg/dL; entre el 50 y 60% se sitúan por encima de 200 mg/dL¹⁰. En la práctica, uno de cada cuatro pacientes que acuden al servicio de Atención Primaria está diagnosticado de alguna dislipemia. Referente a estos datos, se pueden observar diferencias según la localización geográfica, siendo Canarias (33,9%), y Murcia (30,7%) las comunidades autónomas con mayor prevalencia¹¹.

En cuanto al problema del sobrepeso y la obesidad, según datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud en el año 2013 (ENS 2011/12) sobre el Índice de Masa Corporal (IMC), se descubre que el 53,7% (sobrepeso: 36,7% - obesidad: 17%) tienen un IMC superior al grupo considerado como normopeso ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$) y corresponden al 44,2% de la población encuestada. En Canarias, la población adulta (mayor o igual a 18 años) tienen un porcentaje de sobrepeso del 35,1% y de obesidad del 18,2%, situando a las mujeres como las que tienen un porcentaje más elevado a la media para la obesidad (18,6%)¹².

Aparte de la carga hereditaria y biológica de cada persona, tenemos que tener en cuenta la grave influencia que la sociedad en la cual vivimos tiene sobre nuestra salud. El consumismo descomedido y su influencia en nuestros hábitos y comportamiento, los intereses económicos de la industria alimentaria, la poca capacidad de los organismos reguladores para incidir en estos aspectos, las crecientes desigualdades sociales y culturales y, en general, la escasa comunicación entre los sectores involucrados en la regulación y el control de nuestra salud, son algunos de los determinantes que nos conducen a llevar una vida poco saludable y ser víctimas de una serie de enfermedades crónicas como son la HTA, las dislipemias y el sobrepeso u obesidad⁴.

Es por todo ello que, debemos tener muy en cuenta dos aspectos concretos que tienen gran influencia en la salud: el comportamiento del propio paciente en

cuanto al cumplimiento de una determinada estrategia dirigida a mejorar su estilo de vida y, su adherencia a la pauta terapéutica que se le ha prescrito. Ambos hacen referencia al manejo que tiene el paciente sobre su propia enfermedad; un aumento que cobra creciente importancia según aumenta la prevalencia de afecciones crónicas y la duración de las estrategias terapéuticas⁴.

1.2. Adherencia Terapéutica: Definición

Hoy por hoy no existe acuerdo sobre una definición particular del concepto de adherencia terapéutica. Comúnmente nos podemos encontrar en la literatura con conceptos tales como: cumplimiento, adherencia, cooperación, colaboración, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión y concordancia. Sin embargo, una definición muy divulgada es la de Sackett y Haynes (1979), quienes conceptualizan la adherencia como una situación en que la conducta del paciente se corresponde con las instrucciones clínicas entregadas¹³.

Según la OMS, el término “adherencia” hace referencia a “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las acordadas con el profesional sanitario”². Dicha definición está fundamentada en la expuesta por Haynes *et al.* (1976). La principal distinción de ésta, es que la adherencia requiere la aprobación del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una cooperación activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. En cambio, la definición “cumplimiento” implica dejar al paciente en un lugar de pasividad, que reduce su función en el tratamiento a la de obedecer las prescripciones del profesional, y coloca en segundo plano la responsabilidad, iniciativa y capacidades que puede tener el enfermo frente al desarrollo de su tratamiento. Además, no contempla aspectos personales implicados en la asunción de conductas de riesgo^{2,14}.

Dado que la adherencia terapéutica al tratamiento es un tema complejo y multifactorial, es conveniente que dejemos atrás el modelo paternalista que planteaba Haynes *et al.*, y sigamos un modelo de decisiones compartidas, ya que es un grave error etiquetar y estigmatizar a un paciente como “no adherente” o “incumplidor”, atribuyéndole en exclusividad la responsabilidad de dicho problema¹⁵.

1.3. Consecuencias de la Falta de Adherencia Terapéutica

Actualmente nos podemos encontrar ante un escenario epidemiológico donde se muestra un notable aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente de las enfermedades cardiovasculares que constituyen la primera causa de muerte prematura y de discapacidades a nivel global. Dichos problemas de salud, recogen dentro de sus factores de riesgo primarios la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la HTA y las dislipemias, entre otros¹⁶.

A pesar de todas las mejoras y de los tratamientos eficaces de los que se dispone para el manejo y control de éstas enfermedades, podemos observar tras numerosos estudios realizados, que son muy pocos los países que tienen más de la mitad de su población con HTA, DM2 y dislipemia controlada. Los países desarrollados muestran unas cifras más altas de control frente a la mayor parte de los países de Latinoamérica, lo cual supone una situación mucho más complicada ya que los recursos que éstos tienen son mucho más limitados¹⁶.

El incumplimiento o falta de adherencia constituye un problema complejo que engloba una gran variedad de situaciones y presenta múltiples causas, y del que se hace necesario conocer su prevalencia real para cada enfermedad, con el objetivo de combatirla y mejorar la salud del paciente. Es tal la baja adherencia a los tratamientos y/o recomendaciones sanitarias, que tan sólo en los países desarrollados el incumplimiento farmacológico de patologías crónicas tales como la HTA, las dislipemias y la DM2 oscila entre el 40-60%, y el no farmacológico entre el 70% y el 95%¹⁷. A pesar de esta elevada prevalencia, resulta difícil la detección del incumplimiento, ya que muchas veces las afirmaciones de los pacientes no son del todo fiables, ni la opinión del médico por mucha experiencia que éste tenga¹⁷.

Hoy día se estima que entre un 20-50% de los pacientes son atendidos de forma irregular en las consultas de diferentes Centros de Salud, por lo que no se descubre o canaliza adecuadamente a quienes sufren padecimientos que requieren unos tratamientos específicos especializados, además de no ser atendidos como se debe aumentando la demanda entre el 70 y 80%. Según estos datos, la Secretaría de Salud indica que únicamente el 4-12% de los pacientes con algún tipo de problema de especialidad, siguen de forma perfecta el tratamiento farmacológico ante un diagnóstico correcto¹⁸.

Un estudio realizado sobre diabetes y enfermedad cardiaca mostró que los pacientes con falta de adherencia tenían tasas de mortalidad mucho más elevadas (12,1%) que los pacientes que si llevaban a cabo un buen cumplimiento (6,7%), y en otro estudio llevado a cabo en pacientes con diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia e insuficiencia cardiaca, que las tasas de hospitalización para dichas patologías eran significativamente más altas en pacientes que tenían baja adherencia, que en los que si cumplían correctamente con sus tratamientos (13% vs. 30% para diabéticos; 19% vs. 28% en hipertensión)¹⁹.

En lo que a la HTA se refiere, numerosos estudios han revelado que entre un 60-65% de los pacientes con esta patología no controlan adecuadamente sus cifras de presión arterial, siendo su causa principal el incumplimiento terapéutico. Lo mismo ocurre con la hipercolesterolemia que, a pesar de haberse aumentado la prescripción de medicamentos y de haber intensificado los esfuerzos para lograr estilos de vida más saludables en la población, aún existe una falta de adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico y a los cambios en los hábitos de vida^{9,20}.

En España, la prevalencia del incumplimiento farmacológico en enfermedades crónicas oscila entre el 16-75% dependiendo de cuál sea el método de medida³. Por dicha causa, tanto la OMS, como la Conferencia Española de Consenso sobre Adherencia Terapéutica, han considerado el problema de la adherencia terapéutica como uno de los grandes dificultades de Salud Pública, no sólo por su magnitud sino por las implicaciones clínicas y socioeconómicas que de él se derivan^{2,21}.

1.4. Factores Determinantes de la Adherencia Terapéutica

Según la OMS, la adherencia terapéutica es multidimensional y está determinada por la acción reciproca de 5 factores o dimensiones que se expondrán a continuación:

1.4.1 Factores Socioeconómicos y Sociodemográficos.

Existen deficiencias en la adherencia a los tratamientos, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Dentro de estos aspectos socioeconómicos se incluyen: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro sanitario, el elevado coste del transporte y de la medicación, la falta de

redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares sobre la enfermedad y el tratamiento y disfunción familiar²².

Por otro lado, se ha expuesto que la raza también constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si los miembros de una raza en particular viven en su país de origen o no. Esta no sólo influye por las creencias culturales de cada uno sino, además, por las desigualdades sociales que pueden existir.

Otro factor que también interviene son las guerras (inclusive una vez acabadas), debido principalmente a las experiencias de éstas, las dificultades económicas, la falta de control médico, el fatalismo y la anarquía.

Asimismo, la edad es otro componente que influye notablemente. La adherencia a los tratamientos en los niños y adolescentes tiene un promedio del 58% en los países de desarrollo, siendo los niños pequeños los que mejor se adhieren respecto a los adolescentes, lo cual muchas veces es gracias a la capacidad de los padres o tutores para comprender y seguir el tratamiento de manera adecuada. En relación con los ancianos, el riesgo de adherencia deficiente está determinado por la prevalencia de deficiencias cognoscitivas y funcionales⁷.

1.4.2 Factores Relacionados con el Tratamiento

Dentro de los factores relacionados con el tratamiento se incluyen: la politerapia, la complejidad del régimen médico, los tratamientos crónicos y/o recurrentes, los fracasos de tratamiento que ha llevado el paciente anteriormente, los cambios frecuentes de tratamiento, la aparición de efectos colaterales de éste, la incomprensión del régimen terapéutico, el costo de la medicación, las formas farmacéuticas y/o envases de uso complejo.

Se ha comprobado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia, la cual disminuye cuando el tratamiento es prolongado, como en el caso de las enfermedades crónicas como la HTA y las dislipemias, o cuando se utilizan diversos fármacos de forma simultánea o el esquema de dosis es complicado. También, cuando la vía de administración requiere de

personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos considerables disminuye el grado de adherencia⁷.

1.4.3 Factores Relacionados con el Paciente

Los factores relacionados con los pacientes constituyen una parte importante en la adherencia al tratamiento. Dentro de éstos nos podemos encontrar con: la falta de motivación que existe en el enfermo para recuperar la salud, la mala comunicación, la actitud despreocupada hacia la enfermedad y/o el tratamiento, el escaso grado de conocimiento sobre su enfermedad y/o de la terapia, la desconfianza en la eficacia del tratamiento, la percepción que tiene el paciente de su enfermedad como poco grave y, finalmente, el desconocimiento de las consecuencias del incumplimiento^{7,22,23}.

1.4.4 Factores Relacionados con la Enfermedad

La enfermedad es también un factor relevante, pues se ha observado que a medida que aumenta la cronicidad el cumplimiento del tratamiento disminuye. La percepción subjetiva de la gravedad también influye, es decir, si el paciente se percata que su enfermedad es grave y pone en riesgo su vida, cumplirá con mayor precisión el tratamiento. Sin embargo, si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, se adherirá menos al tratamiento y, cuando el tratamiento tiene fines preventivos ocurre lo mismo. Por otro lado, cuando hay casos en los que la enfermedad compromete la conciencia y el desempeño social del individuo, la adherencia al tratamiento es especialmente difícil⁷.

1.4.5 Factores Relacionados con el Sistema o Equipo Sanitario

Es cierto que una buena relación proveedor-paciente ayuda en la mejora de la adherencia terapéutica, pero existen diversos factores que producen un efecto contradictorio, dentro de los cuales se encuentran: los servicios de salud pocos desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, los sistemas incompletos de distribución de medicamentos, la falta de conocimiento y enseñanza del personal sanitario para el control de las enfermedades crónicas, la abundante carga de trabajo del personal de asistencia sanitaria, la falta de alicientes y retroalimentación sobre el desempeño de su trabajo, las consultas de corta

duración, la poca capacidad del sistema para dar enseñanza a los usuarios y proporcionar un seguimiento adecuado, la incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidados, la falta de conocimientos sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para su mejora²².

1.5. Métodos para Medir la Adherencia Terapéutica

Medir el grado de cumplimiento es una tarea difícil ya que existen una gran cantidad de factores implicados en su medición. Realmente no disponemos en la práctica clínica de ningún método ideal que permita valorar todos los aspectos del cumplimiento^{6,24}.

La correcta medición de las diferentes variables que influyen en la adherencia es la base para la toma de decisiones en salud. Es por ello, que los instrumentos de medida no deben basarse de forma exclusiva en los fármacos, sino que además debe incluir las conductas de cumplimiento dietético, el ejercicio físico, las relaciones sociales, las recomendaciones sanitarias, la evitación del riesgo y las conductas generadoras de salud¹⁵.

La OMS recomienda como medida del comportamiento más avanzado un enfoque multimétodo que combine medidas objetivas razonables y de autonotificación factibles¹⁵.

Según la clasificación clásica los métodos diagnósticos se pueden clasificar en métodos directos y métodos indirectos (tabla 1.5).

Tabla 1.5. Métodos Diagnósticos del Cumplimiento Terapéutico

Métodos Directos

Técnicas de laboratorio para determinar niveles de un fármaco, metabolitos o marcadores bioquímicos específicos

Métodos Indirectos

- Recuento de comprimidos
- Juicio clínico
- Cumplimiento autocomunicado. Cuestionario de Morisky-Green
- Evolución clínica
- Aparición de efectos adversos
- Asistencia a citas

Fuente: Orihueta R et al. *Cumplimiento terapéutico. SEMERGEN. 2008; 34(5): 235-243*

1.5.1. Métodos Directos

Son aquellos en los que se utilizan técnicas de laboratorio para determinar los niveles del fármaco, de sus metabolitos o de marcadores bioquímicos específicos del mismo en algún fluido corporal (sangre, orina, sudor, etc.)²⁵.

Generalmente son objetivos y específicos; sin embargo, obtienen valores de incumplimiento mucho mayores que con los métodos indirectos, y son poco útiles ya que la presencia del medicamento en los líquidos corporales solamente garantiza el correcto cumplimiento de las dosis previas a la determinación, por lo que podemos tener falsos positivos y encontrarnos ante un cumplidor de bata blanca.

Además, son técnicas costosas que requieren de infraestructura y no pueden ser utilizadas en Atención Primaria. Es por ello, que son poco útiles y quedan reservados para la investigación, para fármacos con rango terapéutico muy estrecho o para pacientes y situaciones concretas donde sean necesarios emplearse^{7,26}.

1.5.2. Métodos Indirectos

En este caso, no son tan precisos y fiables como los métodos directos, pero dada sus características son los más adecuados para el empleo en la práctica clínica diaria²⁶. En ellos se valora la adherencia a partir de las circunstancias que se relacionan con el nivel de control de la enfermedad. Los más utilizados son:

1.5.2.1. Recuento de Comprimidos

Es considerado el método más fiable dentro de los métodos indirectos que existen, por lo que es el que mayoritariamente se utiliza en estudios de validación de otros métodos.

Consiste en contar la medicación sobrante en un envase dispensado previamente, de tal forma que, conociendo la pauta de administración y los días transcurridos entre la fecha de dispensación y la fecha de recuento, se puede calcular si el paciente es o no cumplidor. Los resultados que se obtienen son objetivos y fiables. No obstante, en algunas ocasiones puede inducir a cierta sobreestimación del cumplimiento, que puede ser evitado si se realizan visitas “sorpresa” para realizar el recuento. Dicha sobreestimación se produce, ya que se debe asumir que la medicación ha sido consumida ausente ha sido consumida por el paciente, lo cual puede no ser verdad^{7,23,26}.

1.5.2.2. Cumplimiento Autocomunicado. Cuestionario de Morisky-Green

Dicha técnica se basa en preguntar al paciente directamente sobre el seguimiento que realiza del tratamiento prescrito. Es muy importante la forma en la que se realizan las preguntas, pues esto va a determinar la validez y fiabilidad de las respuestas. Lo más recomendable es el uso de preguntas facilitadoras (que abren puerta a una respuesta negativa del paciente) como por ejemplo: “comúnmente es difícil tomarse la medicación a diario, ¿le ocurre a usted?”. Esta pregunta hace que se subestime el incumplimiento aunque, al presentar una elevada especificidad, cuando el paciente afirma tomar menos de lo indicado casi con total seguridad nos encontramos ante un paciente no cumplidor.

A menudo, se utiliza un cuestionario, el test de Morisky-Green (tabla 1.5.2.2.1, Anexo 3), para interrogar acerca de la adherencia. Sin embargo, los resultados son menores a los presentados por la pregunta facilitadora^{20,21}. Este test es uno de los más utilizados en Atención Primaria y ha sido validado para diversas enfermedades crónicas, tanto para HTA como para dislipemias^{6, 27,28}.

Tabla 1.5.2.2.1. Cuestionario de Morisky-Green

1. ¿Se olvida de tomar alguna vez la medicación?
2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?
4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar su medicación?

Incumplidor: aquel que responde de forma inadecuada una o más de las cuestiones planteadas

Fuente: Rodríguez Chamorro MA et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008; 40(8): 413-417

1.5.2.3. Juicio Clínico

Expresa el juicio de valor indicado por el profesional en relación a su opinión acerca del grado de cumplimiento de un paciente, y desde su punto de vista teórico y experimental, en el conocimiento que éste tiene sobre los pacientes atendidos. Los resultados de validación no son nada favorables al método, pues tienden a minimizar el incumplimiento²⁶.

1.5.2.4. Evolución Clínica y Aparición de Efectos Adversos

Una de las señales de buen cumplimiento es la curación y el control del proceso, siendo paciente no cumplidor aquel no curado y mal controlado. Asimismo, otro signo de cumplimiento puede ser la aparición de efectos adversos de la medicación. Ambos procesos tienen una escasa consistencia, sus resultados de validez son pobres y tienden a sobreestimar el incumplimiento²⁶.

1.5.2.5. Asistencia a Citas

Se estima que la ausencia a citas es una de las formas más frecuentes y graves de incumplimiento; sin embargo, ello no quiere decir que los pacientes que acuden a sus citas programadas sean cumplidores, ni los que no acuden que no lo sean^{7,26}.

1.5.2.6. Conocimiento de la Enfermedad (Test de Batalla)

Uno de los elementos favorables para el cumplimiento terapéutico es el conocimiento que el paciente tiene sobre su enfermedad y tratamiento.,

Éste se realiza mediante cuestionarios con preguntas sencillas para evaluar el nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre su proceso. Uno de los más habituales es el test de Batalla (tabla 1.5.2.6.1, Anexo 3), que previamente se utilizaba de forma única para la HTA y que ha sido modificado de tal manera que puede ser utilizado para otras enfermedades^{7, 23, 26}.

Tabla 1.5.2.6.1. Cuestionario sobre conocimientos de hipertensión arterial. Test de Batalla

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?
3. Cite dos o más órganos que puedan afectarse por tener la tensión elevada.

Incumplidor: aquel que responde de forma errónea una o más de las cuestiones planteadas.

Fuente: Rodríguez Chamorro MA et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008; 40(8):

413-417

Los métodos directos son los idóneos pero son costosos y difíciles de implementar en la práctica diaria. Es por ello, que los métodos indirectos son los que se utilizan con mayor frecuencia dado su bajo coste y fácil manejo. Como comentábamos al principio de este apartado, no existe ningún método ideal, con lo cual, la mejor estrategia posible sería la combinación de varios métodos.

1.6. Estrategias para Mejorar la Adherencia Terapéutica

Existen numerosos estudios que han valorado y clasificado de una manera u otra, diferentes estrategias para mejorar el cumplimiento de los pacientes. De forma general, éstas pueden ser agrupadas en las siguientes categorías:

- Técnicas. Van dirigidas a simplificar el régimen de prescripción disminuyendo el número de dosis diarias mediante el uso de fórmulas de liberación controlada, o reduciendo el número de fármacos diferentes utilizados.
- Conductuales. Recordatorios o ayudas de memoria hacia el paciente (mediante llamadas de teléfono, mensajes o correos electrónicos), sistemas de dosificación de alarmas que recuerden el horario de la toma u organizadores de la medicación. También, se utilizan calendarios de cumplimiento donde se apunta que la medicación ha sido tomada. Se pueden ofrecer recompensas cuando se lleva a cabo el cumplimiento terapéutico.
- Educativas. Facilitar al paciente los conocimientos acerca de su enfermedad y tratamiento, así como la importancia de la adherencia, para que éste adopte de forma voluntaria una actitud positiva frente a la medicación.
- De apoyo social y familiar. Se quiere conseguir la mejora de la adherencia a través de un buen soporte social (por ejemplo, programas de ayuda a domicilio, la concesión de ayudas para costear los medicamentos, prescripción de medicamentos con mejor coste-beneficio, etc.), y la implicación de los familiares o amigos en el control de la enfermedad y su tratamiento.
- Dirigidas al profesional sanitario, la administración y la industria farmacéuticas. Su finalidad es ayudar tanto a los médicos, enfermeros como a farmacéuticos para mejorar la adherencia del paciente mediante programas de educación técnicas comunicativas y de enseñanza, o

estrategias conductuales que normalmente están basadas en recordar al médico la necesidad de abordar medidas preventivas con sus pacientes. Respecto a la industria, las intervenciones deben ir dirigidas a la investigación y desarrollo de formulaciones alternativas que permitan facilitar la posología o facilitar la administración del fármaco.

- Combinadas. Realización de varias intervenciones de forma paralela¹⁴.

1.7. Intervenciones de Enfermería para Mejorar la Adherencia Terapéutica

Los profesionales de Enfermería están implicados en la gestión del control de las enfermedades crónicas, dado que éstos son parte integrante de un equipo multidisciplinar sanitario. Además, la adherencia terapéutica es uno de los ejes en los que se asienta su atención, debiendo identificar las capacidades potenciales de autocuidado del paciente mediante un vínculo de confianza y empatía, instaurando estrategias simples, y realizando un abordaje multidisciplinar entre médicos, enfermeros y farmacéuticos, para incrementar la efectividad y seguridad de los tratamientos²⁵.

1.7.1. Intervenciones Cognitivas

1.7.1.1. Información/Educación del Paciente

Una de las actividades fundamentales de la enfermera es educar al paciente, la cual comprende la educación individual y grupal, con apoyo audiovisual, verbal, información escrita, refuerzos telefónicos, por e-mail, en la consulta, en el domicilio y en la comunidad.

1.7.1.2. Mejora de la Comunicación Paciente-Profesional.

La calidad de la comunicación con el paciente es un factor clave para mejorar la adherencia y está muy relacionada con el tipo de adhesión terapéutica.

Una de las virtudes de las Consulta de Enfermería, es que en estas es donde se crea el clima para establecer esa relación terapéutica de calidad, siendo fundamental la realización de una escucha activa, considerar los miedos y los mitos existentes, al igual que fomentar la participación activa del paciente.

Una buena comunicación y una correcta transmisión de información son necesarias; no obstante, no es suficiente para modificar el comportamiento en la adherencia. La información se debe dar en términos de los beneficios del seguimiento del tratamiento, más que en términos de riesgo del mismo.

1.7.2. Intervenciones Conductuales sobre el Comportamiento y Motivación del Paciente

Dichas intervenciones están encaminadas a modificar o reforzar comportamientos favorecedores del cumplimiento, y mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso. Éstas se llevan a cabo mediante técnicas de responsabilidad, autocontrol y refuerzo conductual.

Podemos diferenciar entre intervenciones directas e indirectas. En las directas destacamos la vinculación de la toma del fármaco a actividades cotidianas, los refuerzos positivos o los recordatorios como llamadas de teléfono, por carta y alarmas horarias. Como intervención indirecta tenemos la entrevista motivacional, ya que no conduce a un cambio de comportamiento pero influye de manera positiva.

Desde un punto de vista multidisciplinar, el papel del farmacéutico puede ser destacado como agente de salud motivador de la adherencia a fármacos, actuando coordinadamente con los demás profesionales sanitarios.

1.7.3. Intervención sobre el Tratamiento: Reducción de la Complejidad del Tratamiento

Los pacientes más cumplidores suelen ser aquellos con terapias más sencillas. La polifarmacia es un factor común de la baja adherencia, al igual que la dosificación (a mayor dosificación, menor adherencia), y la vía de administración.

Las actuaciones que se realizan en este caso han de ser multidisciplinarias y coordinadas, contando con la participación de profesionales, pacientes y familias para obtener mayor efectividad.

La enfermera es la encargada de realizar una valoración integral, comprobando las dosis, frecuencia y pauta de tratamiento, investigando los efectos secundarios,

haciendo la conciliación de fármacos, reforzando la educación con información escrita, promoviendo informes de continuidad de cuidados, etc.

1.7.4. Intervenciones de Apoyo Social y Familiar.

Un adecuado entorno familiar parece favorecer la adherencia a los tratamientos, es por ello que se debe valorar el posible apoyo familiar que tiene el paciente, considerando la accesibilidad al centro y la disponibilidad que tienen para acudir al médico por recetas^{15, 25}.

1.8. Tratamiento de la Hipertensión Arterial, Dislipemias y Sobrepeso

1.8.1. Tratamiento Farmacológico de la Hipertensión Arterial

Existen diferentes fármacos para el tratamiento de la HTA (tabla 1.8.1.1 y tabla 1.8.1.2), ya sea en forma de monoterapia o con terapia combinada: diuréticos, bloqueadores adrenérgicos, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores I de la angiotensina II (ARA-II) e inhibidores directos de la renina²⁹.

Tabla 1.8.1.1. Clasificación de los fármacos antihipertensivos

Diuréticos <ul style="list-style-type: none">— De ASA o de máxima eficacia: furosemida, torasemida y bumetanida— Tiazídicos o de eficacia media: clortalidona, hidroclorotiazida, indapamida, piretanida y xipamida— Ahorradores de potasio o de escasa eficacia: amilorida, espironolactona, esplenona, triamtereno
Inhibidores adrenérgicos <ul style="list-style-type: none">— Periféricos: reserpina— Centrales: clinidina y metildopa— Bloqueadores α: fentolamina, doxazocina, torazocina y prazosin— Bloqueadores β cardioselectivos: atenolol, bisoprolol, celiprolol, metoprolol, nebivolol— Bloqueadores β no cardioselectivos: carteolol, nadolol, oxprenolol y propranolol— Bloqueadores α-β: carvedilol, labetalol
Antagonistas del calcio <ul style="list-style-type: none">— Dihidropiridínicos: amlodipino, barnidipino, felodipino, lacidipino, lercanidipino, manidipino, nircadipino, nifedipino, nisoldipino, nitrendipino— No dihidropiridínicos: diltiazem y verapamilo
IECA <ul style="list-style-type: none">— Benazepril, captopril, cilazapril, delapril, enalapril, espirapril, fosinopril, imidapril, lisinopril, perindopril, quinapril, ramipril y trandolapril
ARA-II <ul style="list-style-type: none">— Candesartan, eprosartan, irbesartan, losartan, olmesartan, telmisartan y valsartan
Inhibidores directos de la renina <ul style="list-style-type: none">— Aliskiren

Fuente: Castells Molina S, Hernández-Pérez M, Rodríguez Méndez S.A. Fármacos antihipertensivos. En: Castells Molina S, Hernández Pérez M. Farmacología en enfermería. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012: p. 268-285.

Tabla 1.8.1.2. Indicaciones del tratamiento específico de la hipertensión arterial

Fármaco	Indicación I. Evidencia-eficacia	Indicación II. A favor de la eficacia	Contraindicación posible	Contraindicación establecida
Diuréticos	<ul style="list-style-type: none"> — Insuficiencia cardíaca, HTA sistólica aislada (ancianos) y raza negra (diuréticos tiazídicos) — Insuficiencia renal (estadío final) e insuficiencia cardíaca (diuréticos de ASA) — Insuficiencia cardíaca y postinfarto de miocardio (diuréticos antialdosterona) 	<ul style="list-style-type: none"> — Diabetes mellitus — Osteoporosis 	<ul style="list-style-type: none"> — Síndrome metabólico — Intolerancia a la glucosa y embarazo (diuréticos tiazídicos) 	<ul style="list-style-type: none"> — Gota (diuréticos tiazídicos) — Insuficiencia renal e hiperkalemia (diuréticos antialdosterona)
Bloqueadores β	<ul style="list-style-type: none"> — Cardiopatía isquémica (angina e IAM) — Insuficiencia cardíaca — Taquiarritmias — Temblor esencial — Glaucoma — Embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> — Migraña — Hipertiroidismo — Fibrilación auricular — HTA por tacrolimus o ciclosporina 	<ul style="list-style-type: none"> — Arteriopatía periférica — Deportistas con actividad física importante y depresión — Intolerancia a la glucosa — Síndrome metabólico — Enfermedad pulmonar obstructiva crónica moderada-grave 	<ul style="list-style-type: none"> — Asma bronquial moderada-grave — Bloqueo aurículo-ventricular de 2º o 3º grado.
Antagonistas del Calcio	<ul style="list-style-type: none"> — HTA sistólica aislada (anciano) y edad avanzada — Cardiopatía isquémica (angina, hipertrofia ventricular izquierda) — Enfermedad vascular, aterosclerosis carotídea/coronaria y taquicardia supraventricular (verapamilo, diltiazem) 	<ul style="list-style-type: none"> — Arteriopatía periférica — Fibrilación auricular por tacrolimus o ciclosporina 	<ul style="list-style-type: none"> — Insuficiencia cardíaca congestiva — Taquiarritmias (dihidropiridinas) — Bloqueo aurículo-ventricular de 2º o 3º grado (verapamilo, diltiazem) 	<ul style="list-style-type: none"> — Insuficiencia cardíaca congestiva (verapamilo, diltiazem)
IECA	<ul style="list-style-type: none"> — Insuficiencia cardíaca — Postinfarto agudo de miocardio — Disfunción e hipertrofia ventricular izquierda — Nefropatía diabética (DM1 y DM2) y prevención secundaria de ictus 	<ul style="list-style-type: none"> — Prevención secundaria cardiovascular — Proteinuria/microalbuminuria — Nefropatía no diabética — Diabetes mellitus — Síndrome metabólico 		<ul style="list-style-type: none"> — Embarazo — Edema angioneurítico — Estenosis bilateral de la arteria renal — Hiperpotasemia.
ARA-II	<ul style="list-style-type: none"> — Nefropatía diabética (DM2) — Hipertrofia ventricular izquierda — Postinfarto de miocardio — Fibrilación auricular recurrente e intolerancia a IECA 	<ul style="list-style-type: none"> — Insuficiencia cardíaca — Nefropatía no diabética — Proteinuria/microalbuminuria — Síndrome metabólico 	<ul style="list-style-type: none"> — Edema angioneurítico por IECA 	<ul style="list-style-type: none"> — Embarazo — Estenosis bilateral de la arteria renal — Hiperpotasemia
Bloqueadores α	<ul style="list-style-type: none"> — Hipertrofia benigna prostática 	<ul style="list-style-type: none"> — Dislipemia 	<ul style="list-style-type: none"> — Hipotensión ortostática 	

Fuente: Castells Molina S, Hernández Perez M, Rodríguez Méndez S.A. Fármacos antihipertensivos. En: Castells Molina S, Hernández Perez M. Farmacología en enfermería. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012: p. 268-285

1.8.2. Tratamiento Farmacológico de las Dislipemias

Los principales fármacos hipolipemiantes son: fibratos, resinas secuestradoras de ácidos biliares, inhibidores de la HMG-CoA reductasa e inhibidores de la absorción del colesterol (ezetimiba).

En función de la situación biológica y de los factores de riesgo cardiovasculares presentes (FRCV), sin olvidar las medidas no farmacológicas y la necesidad de control del resto de estos FRCV, se podrían establecer las siguientes pautas terapéuticas, basadas en las directrices del ATP III:

1. Prevención primaria:
 - a) Si las LDL-col están entre 130 y 159: cambio de los estilos de vida.
 - b) Si se encuentran entre 160-190: se intensifican los cambios de estilos de vida, iniciando si es necesario un programa de actividad física. Se considera el tratamiento farmacológico si coexisten dos o más FRCV, incluidos ECV subclínica.
 - c) Mayores de 190: cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico.

2. Prevención secundaria: para personas con evento cardiovascular previo, diabéticos, independientemente del estatus vascular, y ancianos con equivalentes de riesgo:
 - a) Objetivo: mantener LDL-col por debajo de 100.
 - b) Si el LDL-col se sitúa entre 100 y 129: se maximizan los cambios en el estilo de vida.
 - c) Si es superior de 130: tratamiento farmacológico y cambios de estilo de vida.
 - d) Si HDL-col menor de 40, con colesterol total y LDL-col normales: abandono de alcohol y tabaco, realizar actividad física y disminución de peso serían maneras para aumentarlo. Las estatinas también ayudan a aumentar su valor, pero no está claro si son eficaces en prevención si el LDL-col son menores de 130, por lo que podría indicarse el gemfibrozilo, sobre todo si coexiste hipertrigliceridemia o síndrome metabólico.

1.8.2.1. Estatinas: Inhibidores de la HMG-CoA reductasa.

Pertenecen a un grupo de fármacos que inhiben la enzima HMG-CoA reductasa y son metabolizadas en el hígado mediante el citocromo P₄₅₀.

Su efecto más importante es la reducción del col-LDL, que oscila entre un 25-50%, los triglicéridos también los disminuye en un 10-20% y aumenta el col-HDL entre un 5-15%. Dicha reducción dependerá de la dosis. Si se administra la misma dosis, la potencia de las estatinas de las que se dispone más experiencia clínica es la siguiente: rosuvastatina > atorvastatina > simvastatina > pravastatina=lovastatina > fluvastatina³⁰.

En ancianos se inicia con la dosis mínima, y si fuera necesario aumentar la dosis se haría cada cuatro semanas. Tras iniciar el tratamiento o aumentar la dosis, es posible que se produzca una elevación transitoria de transaminasas, debiendo suspender el tratamiento si este aumento supera a tres veces la basal. Las complicaciones más importantes, pero poco frecuentes, son la miositis y rhabdomiolisis (debilidad muscular y calambres) con elevación de la creatinquinasa (CPK) por encima de cinco veces su valor basal. Por todo ello, se lleva a cabo una monitorización hepática y muscular (GOT, GPT Y CPK), antes y cada cuatro-seis semanas durante el primer año de tratamiento. En la insuficiencia renal moderada-severa se necesita disminuir la dosis. El gemfibrozilo, ácido nicotínico y macrólidos inhiben el citocromo P₄₅₀, aumentando así los niveles de estatinas. Si existe dislipemia mixta (hipercolesterolemia e hipertriglicemia) y necesita asociarse gemfibrocilo y estatinas, nunca se llegará a dosis máxima de ambos fármacos, y se pautarán de forma separada (gemfibrocilo en dosis matutina y estatina en dosis nocturna). Monitorizar estrechamente CPK y transaminasas³¹.

Las estatinas pueden ser utilizadas en hipercolesterolemias severas (en monoterapia o combinadas con resinas o con ezetimiba), y en hipercolesterolemias que no han respondido a otro tratamiento (tabla 1.8.2.1.1)³⁰. Hay que tener en cuenta que si una estatina se asocia a un fibrato, este último no debe ser gemfibrozilo, ya que aumenta el riesgo de efectos adversos.

1.8.2.2. Inhibidores Selectivos de la Absorción del Colesterol: Ezetimiba

La ezetimiba constituye el primer inhibidor selectivo de la absorción intestinal de colesterol sin interferir sobre la absorción intestinal de los ácidos biliares, vitaminas liposolubles, triglicéridos y ácidos grasos, lo cual representa una diferencia fundamental con otras modalidades terapéuticas³⁰. Está indicada para el tratamiento en la hipercolesterolemia primaria y la familiar homocigótica en asociación a las estatinas, o en monoterapia si no se toleran las estatinas o están contraindicadas (tabla 1.8.2.1.1). También puede ser utilizada en sitosterolemia

homocigótica³². Cuando es administrada por vía oral, rápidamente se glucoroniza en el intestino y se absorbe junto con su metabolito. Luego presenta una segunda glucoronización en el hígado y regresa al intestino. Se elimina un 78% mediante las heces y un 11% vía renal. Comienza a ejercer su acción antes de los 90 minutos de su administración y tiene una semivida larga (22 h), lo que permite su administración en una sola dosis diaria. No se metaboliza por el citocromo P₄₅₀, y no se han observado interacciones farmacocinéticas importantes con otros fármacos que sí utilizan esta vía metabólica.

La dosis óptima es de 10 mg/día (disminuye un 19% del col-LDL y aumenta discretamente un 3% del col-HDL) en sujetos con hipercolesterolemia moderada (monoterapia). En terapia combinada, la adición de ezetimiba al tratamiento en curso con estatinas produce una reducción adicional del col-LDL de un 21% sobre el efecto de la estatina, independientemente de la estatina utilizada³³. La coadministración inicial de ezetimiba con estatinas es más eficaz para reducir el col-LDL que la monoterapia con estatinas en todas las dosis estudiadas. Además, se ha demostrado que el efecto reductor de ezetimiba junto con la dosis más baja de estatina (10 mg) es similar al obtenido con la dosis más alta de estatina (80 mg/día). Generalmente, la ezetimiba es bien tolerada y segura, siendo los eventos adversos más frecuentes el dolor de espalda y la artralgia. En terapia combinada, hay un aumento de las transaminasas (más de tres veces su valor normal), con valores ligeramente superiores a los observados en los que sólo toman estatinas (el 1,3 frente al 0,4%). Dicha elevación suele observarse en los pacientes que tenían una ligera elevación de las transaminasas previa al inicio de tratamiento, y suele revertir sin discontinuar la medicación³³.

Tabla 1.8.2.1.1. Efectos de las estatinas y ezetimiba en monoterapia y en combinación

TRATAMIENTO	DESCENSO LDL (%)	INCREMENTO HDL (%)	DISMINUCION TG (%)
EN MONOTERAPIA			
Estatinas	25-63	4-12	14-29
Ezetimiba	18-15	1	9
EN COMBINACIÓN			
Ezetimiba/Estatinas	55-70	10-15	30-35

1.8.3. Tratamiento No Farmacológico. Medidas Higiénico-Dietéticas.

Según los documentos de consenso elaborados por las Sociedades Española de Arteriosclerosis, de Hipertensión arterial y de Cardiología, tanto como por las recomendaciones de la OMS, consideran como fundamentales una serie de aspectos para la prevención de riesgo cardiovascular:

- Reducción de peso.
- Proporción adecuada de lípidos en la dieta.
- Reducción de la ingesta de sal.
- Consumo moderado de bebidas alcohólicas.
- Supresión del tabaco.
- Adecuado ejercicio físico.

Lo que se pretende conseguir a partir de ello no es solo llevar un control adecuado de las cifras de presión arterial y del colesterol, sino además una actuación integral sobre el riesgo cardiovascular.

1.8.3.1. Reducción de Peso

La importancia del exceso de peso en la población depende de su papel como factor de riesgo cardiovascular y de su prevalencia en nuestro ámbito.

La obesidad actúa como factor de riesgo y en ocasiones se asocia con alteraciones circulatorias o metabólicas acompañantes (HTA, hipertrigliceridemia, reducción col-HDL, hiperglucemia, sedentarismo), y también de forma independiente.

La disminución de peso repercute positivamente sobre la HTA, resistencia insulínica (RI), diabetes e hipertrofia del ventrículo izquierdo. Para ello se debe ajustar una dieta hipocalórica, que debe ser calculada de manera individual, y su contenido calórico debe ser inferior al requerido. Usualmente, en la práctica clínica, se toman como referencia dietas de entre 1.200 y 1.500 calorías para pacientes obesos. La dieta, unido al ejercicio físico y psicoterapia, forman los tres pilares para el tratamiento de la reducción de peso^{34,35}.

1.8.3.2. Proporción Adecuada de Lípidos en la Dieta y Reducción del Consumo de Sal

Los malos hábitos alimenticios hacen que aumenten considerablemente los factores de riesgo cardiovasculares, debido al excesivo consumo de grasas saturadas, colesterol, azúcares, sal y por la poca frecuencia en la toma de verduras y frutas. Se ha constatado que la dieta mediterránea posee un efecto cardioprotector, ya que en ella se lleva a cabo un aumento del consumo de vegetales, frutas, lácteos descremados (bajos en grasas), cereales, aves, pescados y nueces, y es pobre en carnes rojas y bollería en general. La dieta, junto con la realización de ejercicio físico y la pérdida de peso, da como resultado el descenso de las cifras de presión arterial y del colesterol.

Siguiendo la idea de promover la dieta mediterránea en la población española, en la tabla 1.8.3.2.1 se recogen una serie de recomendaciones dietéticas pautadas por la Sociedad Española de Arteriosclerosis. A estas hay que añadir la limitación en el consumo excesivo de sal y de alimentos ricos en carbohidratos simples, en especial para los pacientes hipertensos y con sobrepeso³⁶.

Es evidente que el consumo de sal afecta al aumento de los niveles de presión, con lo cual se aconseja un consumo máximo de 5-6 g diarios, incidiendo en que algunos alimentos (como las conservas, embutidos, salazones y precocinados) que se ingieren contienen sal en su interior, y por ello no se les debe añadir más de la que tienen. La reducción del consumo de sal no solo da lugar a una disminución de las cifras medias de presión arterial sistólica (en unos 5 mmHg), sino que además reduce la hipertrofia ventricular izquierda y la incidencia de accidente cerebrovascular^{34, 35}.

De la misma manera, es muy importante reducir el consumo de grasas saturadas a un 10% o menos para tratar la hipercolesterolemia. Las grasas monoinsaturadas aportarán un 10-15% y las poliinsaturadas otro 10%, lo que daría lugar a un aporte calórico de grasa del 35% en nuestra dieta. Se sabe que las dietas donde el consumo predominante es la grasa vegetal no saturada y en grasa de pescado, son beneficiosas para la presión arterial.

Tabla 1.8.3.2.1. Recomendaciones Dietéticas de la Sociedad Española de Arterioesclerosis

ALIMENTOS	CONSUMO DIARIO	CONSUMO MODERADO (2-3 Veces/Semana o Diario con Moderación)	CONSUMO MUY ESPORÁDICO
Cereales	*Pan, *arroz, *pastas, maíz, harinas, cereales y galletas (preferentemente integrales).	*pasta italiana con huevo.	Bollería (croissants, ensaimadas, madalenas, donuts), ganchitos, galletas
Frutas, verduras y legumbres	Todas (legumbres* especialmente recomendadas)	Aguacate*, aceitunas*, patatas fritas en un aceite adecuado*	Patatas chips, patatas o verduras fritas en grasa o aceites no recomendados, como los de palma o coco.
Huevos, leche y derivados	Leche y yogur desnatados, productos comerciales elaborados con leche descremada, clara de huevo.	Queso fresco o con bajo contenido en grasa, leche y yogur semidesnatados, huevo entero.	Leche entera, nata, cremas y flanes, quesos duros o muy grasos
Pescado y marisco	Pescado blanco, pescado azul*, marisco de concha fresco o en lata*	Bacalao salado*, sardinas en lata*, calamares, gambas, langostinos cangrejos.	Huevas de pescado, pescado frito en aceites o grasas no recomendadas.
Carnes y aves	Pollo y pavo sin piel, conejo	Vaca, buey, ternera, cordero, cerdo, jamón (partes magras), salchichas de pollo o ternera, venado, caza.	Embutidos en general, bacon. Hamburguesas comerciales, salchichas, vísceras, pato, ganso, patés.
Aceites y grasas*	Aceite de oliva, girasol y maíz	Margarinas vegetales	Mantequilla, manteca de cerdo, tocino, sebo, aceite de palma y coco
Postres	Mermelada*, miel*, azúcar*, repostería casera hecha con leche descremada, sorbetes, frutos en almíbar*	Flan sin huevo, caramelos*, mazapán*, dulces caseros hechos con una grasa adecuada	Chocolates y pasteles, postres que contienen leche entera, huevo nata o mantequilla, tartas comerciales
Frutos secos*	Almendras, avellanas, castañas, nueces, dátiles	Cacahuetes	Cacahuetes salados, coco.
Espicias y salsas	Sofritos, pimienta, mostaza, hierbas, vinagreta, all-i-oli, caldos vegetales	Aliños de ensalada pobres en grasa, mahonesa, besamel hecha con leche desnatada	Salsas hechas con mantequilla, margarina, leche entera y grasas animales
Bebidas	Agua mineral, zumos, infusiones, café, té (tres al día), vino*, cerveza* (dos al día)	Refrescos azucarados*, bebidas alcohólicas de alta graduación*	Bebidas con chocolates, café irlandés

Fuente: Recomendaciones dietéticas de la Sociedad Española de Arterioesclerosis. Documento de Consenso. Hipertensión arterial en el paciente dislipémico. Clin Invest Arteriosclerosis 2001; 13:179-194

*Nota importante: La dieta debe modificarse en caso de hipertrigliceridemia o sobrepeso. En dichas situaciones hay que limitar las porciones de los alimentos marcados con *. Los pacientes con HTA, en general, deben evitar los salazones, embutidos, precocinados, conservas y toda la clase de alimentos ricos en sal. Es recomendable además, que el agua sea sin gas. Las dos tomas de vino al día significan 2 vasos pequeños de vino al día³⁶.*

1.8.3.3. Consumo Moderado de Alcohol

Ha sido demostrado que el alcohol es un factor de riesgo de HTA, reduciendo además la acción antihipertensiva de los fármacos. Sin embargo, si se modera su consumo, los efectos se revertirán en una o dos semanas.

De la misma manera, el exceso de alcohol es mortífero para el perfil lipídico ya que repercute en un aumento de col-LDL. No obstante, consumir alcohol de forma moderada no es perjudicial sino que incluso puede ejercer como factor protector de enfermedad coronaria por el aumento de la fracción de col-HDL y a la acción antioxidante, en la piel y pepitas de la uva, que sobre todo pasan a formar parte del vino en el proceso de elaboración del vino tinto. Es más, se recomienda el consumo de vino en una proporción no superior a los 250 ml al día, y preferentemente de vino tinto, ya que puede ser un aditivo beneficioso de la dieta, siendo prudente permitir dichas proporciones sólo a quienes ya tuvieran el hábito de tomar vino (no recomendándolo a los abstemios por los evidentes riesgos del hábito alcohólico).

1.8.3.4. Abandono del Tabaco

El abandono de tabaco se considera la medida aislada más eficaz en la prevención de las enfermedades tanto cardiovasculares como no cardiovasculares en pacientes hipertensos. Los fumadores que dejan el tabaco antes de los 40-50 años tienen una expectativa de vida similar a los no fumadores, y aunque el efecto presor que éste tiene es muy pequeño y su abandono no disminuye la PA, el RCV total si se ve claramente reducido.

1.8.3.5. Ejercicio Físico

Se ha demostrado que hacer ejercicio físico aeróbico de forma regular, es beneficioso tanto para el metabolismo lipídico y glucídico, como para las cifras de presión arterial. El ejercicio físico favorece la sensibilidad insulínica, por lo que es probable que repercuta simultáneamente en la mejora de cifras de presión arterial, y reduce los triglicéridos y el col-LDL, aumentando en cambio la concentración de col-HDL. Es por ello que se recomienda la realización de marcha rápida, natación o ejercicio intenso durante 30-45 min de 3 a 4 veces por semana, y si es posible, diariamente, para todos los pacientes con HTA o dislipemias con hábitos de vida sedentarios^{34,35}.

1.9. Justificación y Objetivos

La fuerte carga epidemiológica de ambas enfermedades, así como las múltiples cifras que indican una baja adherencia terapéutica a las mismas con repercusiones negativas, evidencian la necesidad de realizar estudios que evalúen la situación actual y hagan visible un mayor compromiso con enfoque multidisciplinar.

La adherencia deficiente a los tratamientos y/o recomendaciones sanitarias constituye un problema mundial, existiendo en los países desarrollados una media del 50% de incumplimiento al tratamiento de enfermedades crónicas (aunque las cifras varían según la enfermedad que sea o el tratamiento estudiado). Dichas cifras hacen referencia principalmente a los tratamientos farmacológicos, pero se estima que la adherencia a las recomendaciones en las que se precisa una modificación de los estilos de vida es aún peor¹⁵. Lemstra, en el año 2012, concluyó como resultado de un metanálisis acerca de los costes de la no adherencia, que mejorar el cumplimiento de los tratamientos salvaría más vidas que aumentar los esfuerzos en terapias innovadoras¹⁵.

A través de numerosos estudios se han expuesto una serie de efectos perjudiciales que están asociados a la no-adherencia de las prescripciones de salud, los cuales han dividido en cuatro grandes grupos:

1. Incremento de los riesgos, la morbilidad y la mortalidad.
2. Aumento de la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento (inseguridad clínica del paciente).
3. Crecimiento del coste sanitario: utilización ineficiente de los recursos, aumento de la polimedicación, aumento de ingresos hospitalarios, etc.
4. Desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional y el paciente.

Igualmente, hay que añadir el almacenamiento de fármacos en los botiquines caseros, que pueden ser causa de intoxicaciones y automedicaciones irresponsables, así como el gran coste derivado de fármacos dispensados y no consumidos. Esto puede ser observado a través del análisis de los medicamentos que cada año se depositan en los puntos de Sistema Integrado de Gestión y Recogida de Residuos (puntos SIGRE) de las farmacias españolas, que año tras año aumenta su cifra escandalosamente¹⁵.

Resulta paradójico que año tras año se emplee tiempo y recursos económicos en mejorar la eficacia y seguridad de los medicamentos, al igual que en efectuar protocolos de atención y, sin embargo, los recursos que se proponen para el hecho de si el paciente

los toma o no son muy escasos. De poco sirve disponer de tratamientos excelentes si la persona no atiende de manera correcta las recomendaciones sanitarias².

Por todo ello, proponemos como **objetivo general** de este Trabajo de Investigación “Medir el grado de adherencia al tratamiento en los pacientes con hipertensión arterial, dislipemia y sobrepeso, adscritos al Centro de Salud Orotava-Dehesas (Tenerife, España)”.

Y como **objetivos específicos**:

- Valorar el grado de conocimiento y control que tiene el paciente acerca de la HTA y dislipemia, así como el grado de control del peso.
- Determinar el grado de adherencia a la actividad física.
- Determinar el grado de adherencia a la dieta mediterránea.
- Determinar las posibles causas de la falta de adherencia, y la relación existente entre las medidas farmacológicas y no farmacológicas.

2. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Diseño de Estudio

Este Proyecto de Investigación será un estudio descriptivo y transversal llevado a cabo con un grupo de pacientes adscritos al Centro de Salud Orotava-Dehesas (Tenerife, España) diagnosticados de HTA y dislipemia, y que además tienen sobrepeso/obesidad. Previamente se habrán obtenido los permisos necesarios por parte de la Gerencia de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife, así como de la Dirección del Centro de Salud para llevar a cabo este trabajo de investigación (Anexo 1).

2.2. Población y Muestra

La población de estudio estará formada por los pacientes adscritos al Centro de Salud Orotava-Dehesas, que padecen HTA, alguna dislipemia y además sobrepeso/obesidad, pertenecientes a 14 cupos médicos del turno de mañana y tarde, y que corresponden a un total de 1921.

La muestra estará constituida por todos aquellos pacientes que de forma voluntaria quieran participar en este estudio, para lo que previamente se les informarán de la finalidad del mismo y del procedimiento a seguir, y además deberán rellenar un consentimiento informado (Anexo 2).

2.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Como criterios de inclusión cabe señalar:

- Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes diagnosticados de HTA, alguna dislipemia (mínimo un año de diagnóstico) y sobrepeso/obesidad, que reciban tratamiento farmacológico al menos para una de las dos enfermedades (HTA y/o dislipemia).
- Pacientes que acudan regularmente a las consultas.
- Pacientes con ≥ 20 años.
- Pacientes que no hayan consumido cafeína o tabaco, ni haber realizado ejercicio físico en los 30 minutos previos a la entrevista.

Y como criterios de exclusión:

- Pacientes que no deseen participar en el estudio y no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes con alguna enfermedad mental o con algún tipo de invalidez que no le capacitara para llevar un tratamiento de forma correcta.
- Pacientes que no reciben tratamiento farmacológico para ninguna de las dos enfermedades.
- Pacientes con problemas de comprensión y/o expresión idiomática que impida la comunicación.
- Pacientes diagnosticados de HTA y/o dislipemia hace menos de un año.
- Pacientes institucionalizados.

2.4. Variables. Instrumentos de Medida. Recogida de Datos

De cada paciente se llevará a cabo una revisión de su historia clínica individual y se registrarán *variables sociodemográficas* (edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel de estudios), *variables clínicas* sobre la HTA y dislipemia (años de evolución, antecedentes familiares, antecedentes personales, peso, talla, perímetro abdominal, índice de masa corporal [IMC], factores de riesgo cardiovascular y pruebas diagnósticas complementarias), así como relativas al *tratamiento farmacológico y no farmacológico* prescrito para ambas enfermedades.

Las *variables relacionadas con la adherencia* corresponderán a la valoración del cumplimiento terapéutico y conocimiento de su enfermedad a través de los test de Morisky-Green y el test de Batalla (anexo 3), *calidad de vida* a través del Perfil de Salud de Nottingham [PSN]: instrumento genérico de calidad de vida que consta de dos partes; la primera parte está compuesta por 38 preguntas relacionadas con las seis grandes dimensiones de la salud –energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social-; y la segunda está formada por siete preguntas sobre la existencia de limitaciones a causa del estado de salud en siete actividades de la vida diaria (Anexo 4)³⁷. También se valorará el *apoyo familiar* mediante la prueba de Apgar familiar: cuestionario formado por cinco ítems que valoran las cinco áreas en las que se divide la función familiar, valorados mediante escala Linkert puntuada de 0 a 2 (Anexo 5)³⁸.

La captación de pacientes se llevará a cabo a medida que estos acuden a sus citas programadas tanto en las Consultas de Enfermería como de Medicina del Centro de Salud Orotava-Dehesas. En primer lugar, se les explicará cómo es el estudio que se va a

realizar y su finalidad, y se les entregará un consentimiento informado que deberán entregar firmado antes de comenzar el estudio.

Seguidamente, se recogerán datos clínicos de interés para la investigación a través de la historia clínica del paciente (Anexo 6)

Y por último, se les pasará una serie de cuestionarios en dos de las citas que éste ya tenga programadas. Por un lado, y durante la primera cita, se les realizará los tests de Morisky-Green y Batalla, así como el test de Perfil de Salud Nottingham, y en la segunda cita programada se les entregará los cuestionarios de adherencia a la dieta mediterránea (Anexo 7)³⁹, adherencia al ejercicio físico (Anexo 8)⁴⁰ y el test de Apgar familiar (Anexo 5).

2.5. Análisis Estadístico

La información proporcionada por las encuestas será recopilada en los programas Microsoft Office Excel 2014 y SPSS 22.0.

Para el análisis descriptivo de las variables se calcularán porcentajes para las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central (media, mediana, desviación estándar) para las cuantitativas, con un intervalo de confianza del 95%

Para comparar variables cualitativas se utilizará la prueba Chi cuadrado de Pearson, y para las variables cuantitativas el test t de Student (variables paramétricas) y el test de Mann–Whitney (variables no paramétricas). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

3. CRONOGRAMA

	Octubre 2015	Noviembre 2015	Diciembre 2015	Enero 2016	Febrero 2016	Marzo 2016	Abril 2016	Mayo 2016	Junio 2016	Julio 2016	Agosto 2016	Septiembre 2016	Octubre 2016
Búsqueda Bibliográfica	■	■	■										
Diseño del Trabajo			■	■									
Solicitud de Permisos				■	■								
Captación de Pacientes						■	■	■					
Entrevista con los Pacientes							■	■	■	■			
Análisis de los Resultados											■	■	
Redactar el Trabajo Final y Presentación												■	■

4. LOGÍSTICA

Para este Proyecto de Investigación será necesario el apoyo tanto de médicos como de enfermeros del Centro de Salud, ya que éstos serán quienes colaborarán con el investigador principal para pasar los cuestionarios. También es posible que se necesite la ayuda de algún becario para la recogida de datos, y algún estadístico para el análisis de los resultados obtenidos.

Con relación a los recursos materiales básicamente serán los cuestionarios impresos en papel que se pasarán a los pacientes, así como los consentimientos informados que deberán firmar.

5. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. Rev Espa Cardiol Supl. 2006; 6:3G-12G.
2. Zambrano R, Duitama JF, Posada JI y Flórez JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev Fac Nac Salud Pública. 2012; 30(2): 163-174.
3. Pineda Cuenca M, et al. Grado de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en la población general adulta. Aten Primaria 2004; 33(5):254-60.
4. Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). Rev Esp Cardiol. 2012; 65(Supl 2): 10-16.
5. Sicras Mainar A, et al. Patrón de cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos y/o dislipémicos. An. Med. Interna. 2006; 23 (5): 361-68.
6. Artacho Pino R, et al. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial. ¿ha cambiado con el paso del tiempo? Med fam Andal. 2012; 13(2): 95-106.
7. Peralta ML y col. Adherencia al tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua. 2008; 17(3): 84-88.
8. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 2004; 28(5): 113-120.
9. Estrada Reventos D, et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. Hipertens Riesgo Vasc. 2013; 30(4): 127-134.
10. Velayos R, Suárez C. Hipertensión y dislipidemia. Hipertensión. 2001; 18(9): 418-428.
11. Millán Núñez-Cortés J, et al. Documento Abordaje de la dislipidemia. Sociedad Española de Arteriosclerosis (parte III). Clin Invest Arterioscl. 2012; 24(2): 102-107.
12. Servicio Canario de Salud, Gobierno de Canarias. Los círculos de la vida saludable. Informe temático: alimentación saludable [Internet]. Islas Canarias: Gobierno de Canarias; 2014 [citado el 14 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://circulosdelavida.es/wp-content/uploads/2014/03/IT-ALIMENTACION.pdf>
13. Ortiz M y Ortiz E. Psicología de salud. Rev Med Chile. 2007; 135: 647-652.
14. Dilla T, Valladares A, Lizán L y Sacristán JA. Resultados en salud percibidos y comunicados por el paciente. Aten Primaria. 2009; 41(6):342-348.

15. Pisano Gonzalez MM y Gonzalez Pisano A. Modificación de los hábitos y adherencia terapéutica. *Enferm Clin.* 2014; 24(1):59-66.
16. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S y Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enferm Univers.* 2015; 12(1):3-11.
17. García Pérez AM, Prados Torres D y Sánchez de la Cuesta F. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *SEMERGEN*: 2004; 30(2):55-59.
18. Salinas Cruz E y Nava Galán MG. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol (Mex)*. 2012; 11(2):102-104.
19. Información farmacoterapéutica de la Comarca (INFAC). Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *19IIBURUKIA*. 2011; 19(1): 1-6. Disponible en: http://www.osanet.euskadi.net/r85-cevime/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n1.pdf
20. Andrés Iglesias JC, Andrés Rodríguez NF, Fornos Pérez JA. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre hipercolesterolemia en la farmacia comunitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2005; 3(4):189-196.
21. Banegas JR, et al. Hipertensión y política de salud en España. *Med Clin.* 2009; 132(6):222-229.
22. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2004.
23. Basterra Gabarró M. El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp.* 1999; 1: 97-106.
24. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ y Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. *Form Med Cont en Atenc Prim.* 2001; 8(8): 558-573.
25. Orueta R. Evidencias disponibles para favorecer y mejorar la Adherencia Terapéutica. *Rev Clin Med Familia [Internet]* 2006 [citado 14 Marzo 2015]; 1(4): 185-192. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169616096007>
26. Orueta R, Toledano P, Gómez-Calcerrada RM. Cumplimiento terapéutico. *SEMERGEN*. 2008; 34(5): 235-243.
27. García Pérez AM, et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia (And)*: 2000; 1(1): 13-19.
28. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A y Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40(8): 413-417.

29. Castells Molina S, Hernández Pérez M, Rodríguez Méndez S.A. Fármacos antihipertensivos. En: Castells Molina S, Hernández Pérez M. Farmacología en enfermería. 3ª ed. Barcelona: Elsevier ; 2012: p. 268-285
30. Lima J, Fonollosa V y Chacón P. Inhibición selectiva de la absorción de colesterol: una nueva perspectiva en el tratamiento de la hipercolesterolemia. Med Clin (Barc). 2005; 125(1): 16-23.
31. Soto Martín ME, Gili Martínez-Meco P y Abellán van Kan G. Factores de riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial y dislipemias.
32. Serrano Cumplido A. Indicaciones de los hipolipemiantes. Inf Ter Sist Nac Salud. 2010; 34: 41-48
33. Alonso Karlezi RA, Mata Pariente N y Mata López P. Control de las hiperlipemias en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol Supl. 2006; 6: 24G-35G.
34. Cía P, et al. Hipertensión arterial en el paciente dislipémico. Clin Invest Arterioscl. 2001; 13(5): 179-194.
35. Lombera Romero F, et al. Guías de práctica clínica de la SEC en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2000; 53(1): 66-90.
36. Villar Álvarez F, et al. Recomendaciones para el control de la colesterolemia. Rev Esp Salud Pública. 2000; 74(5-6): 457-474.
37. Molina Linde JM, Lemos Ramírez NV, Uribe Rodríguez AF. Calidad de vida y salud general percibida de pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Granada (España). Arch de Med (Manizales). 2012; 12(1):9-17.
38. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atem Primaria. 1996; 18(6):289-295.
39. Castilla Romero ML, et al. Consejo Dietético en Atención Primaria [Internet]. 1ª edic. Sevilla: Consejería de Salud: 2010 [citada el 3 de Abril de 2015]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/alimentacion_equilibrada_actividad_fisica/consejo_dietetico.pdf
40. Abellán Alemán J, Sainz de Baranda Andujar P y Ortín Ortín EJ. Guía para la Prescripción de Ejercicio Físico en Pacientes con Riesgo Cardiovascular [Internet]. 2ª edic. España: SEH-LELHA. Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Sociedades Autonómicas de Hipertensión. 2014 [citada el 3 de Abril de 2015]. Disponible en:
<http://www.seh-lelha.org/pdf/guiaejerciciovcv14.pdf>

6. **ANEXOS**

Anexo 1. Solicitud de Permisos

Solicitud de permiso a la Gerencia de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife.

Gerencia de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife. C/ Carmen Monteverde, nº 45.
38071 Santa Cruz de Tenerife.

Santa Cruz de Tenerife, a 1 de Enero de 2016

A/A de D^a. M^a Isabel Fuentes Galindo, Gerente de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife,

D^a. Nuria Fernández Pacheco, con DNI: 78645630-M y como investigadora principal del estudio abajo indicado:

Título: Adherencia terapéutica. Pacientes con hipertensión, dislipemia y sobrepeso.

SOLICITA

Consentimiento para acceder al Centro de Salud Orotava-Dehesas con el fin de realizar un estudio para valorar el grado de adherencia que tienen los pacientes con hipertensión arterial, dislipemia y sobrepeso sobre su tratamiento (tanto a las medidas farmacológicas, como las higiénico-dietéticas). Para ello, se requiere la autorización para poder obtener información de las historias clínicas de los pacientes que voluntariamente quieran participar en el estudio y, para la realización de una serie de cuestionarios a cada uno de ellos (dichos cuestionarios se adjuntan a la documentación). De la misma manera, siempre en calidad de observador y con la única finalidad del estudio, se solicita la autorización para que el investigador principal pueda acompañar al personal de enfermería o de medicina de dicho centro siempre que al personal sanitario correspondiente de cada cupo le parezca oportuno y el paciente lo consienta.

Fdo: Nuria Fernández Pacheco

Solicitud de permisos al Centro de Salud Orotava-Dehesas

Centro de Salud Orotava-Dehesas. C/ Labradores de San Isidro, nº 2. 38300 La Orotava, Santa Cruz de Tenerife

Santa Cruz de Tenerife, a 1 de Enero de 2016

A/A de D^a. Isabel Sánchez García, Directora de la Zona Básica de Salud de Orotava-Dehesas.

D^a. Nuria Fernández Pacheco, con DNI: 78645630-M y como investigadora principal del estudio abajo indicado:

Título: Adherencia terapéutica. Pacientes con hipertensión, dislipemia y sobrepeso.

SOLICITA

Consentimiento para acceder al Centro de Salud Orotava-Dehesas con el fin de realizar un estudio para valorar el grado de adherencia que tienen los pacientes con hipertensión arterial, dislipemia y sobrepeso sobre su tratamiento (tanto a las medidas farmacológicas, como las higiénico-dietéticas). Para ello, se requiere la autorización para poder obtener información de las historias clínicas de los pacientes que voluntariamente quieran participar en el estudio y, para la realización de una serie de cuestionarios a cada uno de ellos (dichos cuestionarios se adjuntan a la documentación). De la misma manera, siempre en calidad de observador y con la única finalidad del estudio, se solicita la autorización para que el investigador principal pueda acompañar al personal de enfermería o de medicina de dicho centro siempre que al personal sanitario correspondiente de cada cupo le parezca oportuno y el paciente lo consienta.

Fdo: Nuria Fernández Pacheco

Anexo 2. Consentimiento Informado

“ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS Y DISLIPÉMICOS”

El objetivo que se pretende con este Proyecto de Investigación es medir el grado de adherencia, tanto a los tratamientos farmacológicos como no farmacológicos, de los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial, algún tipo de dislipemia y sobrepeso, que acuden a las consultas del Centro de Salud Orotava-Dehesas.

Para ello se le realizará una entrevista con una serie de cuestionarios (test de Batalla, test de Morisky–Green) relacionados con el grado de conocimiento que tiene usted acerca de su enfermedad y sobre la medicación que toma, así como otros relacionados con su grado de adherencia a hábitos saludables (dieta mediterránea, ejercicio físico) y calidad de vida. De la misma manera, se revisarán los datos de su última analítica y se le tomarán medidas de presión arterial, peso y talla.

Su participación es totalmente voluntaria, anónima y se podrá retirar del estudio cuando lo desee, sin que esto repercuta en la atención habitual en su consulta.

La información que nos suministre será totalmente confidencial, y ninguna documentación que lleve su nombre podrá ser suministrada a otras personas que no sean los investigadores implicados en dicho estudio. Además, usted no será identificado en ningún informe de este estudio.

A Nuria Fernández Pacheco, investigadora principal de este estudio, le podrá pedir toda la información que necesite, contestará a sus dudas y preguntas a través de la dirección de correo Adherenciaterapeutica@gmail.com, o bien personalmente en el Centro de Salud.

Si usted accede a participar en este estudio, le ruego que firme el consentimiento por escrito que se le adjunta.

Yo:....., declaro bajo mi responsabilidad que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas acerca del estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He sido informado por el/la profesional:.....

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mi atención sanitaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:..... Firma del paciente: _____

Fecha:..... Firma del investigador: _____

Anexo 3. Test de Morisky-Green y Test de Batalla

Test de Morisky-Green	SI	NO
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez la medicación?		
2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?		
4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar su medicación?		
El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.		

Test de Batalla	SI	NO
1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?		
2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?		
3. Cite dos o más órganos que puedan afectarse por tener la tensión elevada		
Incumplidor es aquel que responde de forma errónea una o más de las cuestiones planteadas.		

Anexo 4. Perfil de Salud de Nottingham

A continuación verá algunos de los problemas que la gente puede tener en su vida diaria. Lea atentamente la lista de problemas. En cada problema, si usted lo tiene, marque la casilla "SI", y si usted no tiene ese problema marque la casilla "NO".

Por favor, conteste a todas las preguntas, si no está muy seguro de contestar "SI" o "NO", señale la respuesta que crea más cierta en la actualidad.

Perfil de Salud Nottingham	SI	NO
Movilidad física 1. Me cuesta alcanzar los objetos 2. Me cuesta doblarme 3. Tengo problemas al subir y bajar escaleras o peldaños 4. Me cuesta estar de pie durante un rato largo (por ejemplo, en el fregadero de la cocina, esperando al autobús). 5. Solo puedo pasear dentro de casa. 6. Me cuesta vestirme 7. Necesito ayuda para pasear por la calle (por ejemplo, el bastón o alguien en quien pueda apoyarme). 8. No puedo andar		
Dolor 9. Siento dolor al subir o bajar escaleras o peldaños 10. Siento dolor cuando permanezco de pie 11. Siento dolor al cambiar de posición 12. Siento dolor cuando estoy sentado 13. Siento dolor cuando camino 14. Siento dolor por la noche 15. Tengo un dolor insoportable 16. Tengo un dolor constante		
Sueño 17. Me despierto de madrugada 18. Me cuesta largo tiempo poder conciliar el sueño 19. Duermo mal por las noches 20. Tomo sedantes para poder dormir 21. Permanezco insomne la mayor parte de la noche		
Energía 22. De repente se me acaban las fuerzas 23. Cualquier cosa me cuesta un esfuerzo 24. Estoy siempre cansado		
Aislamiento social 25. Me cuesta llevarme bien con la gente 26. Me cuesta establecer contacto con la gente 27. Siento que no hay nadie que me comprenda 28. Me siento solo 29. Me siento como una gran carga para la gente		
Reacciones emocionales 30. Los días parecen arrastrarse 31. Me siento al límite 32. He olvidado lo que es divertirme 33. Últimamente me enfado fácilmente 34. Las cosas me van mal 35. Me despierto deprimido 36. Los problemas me mantienen insomne toda la noche 37. Siento como si perdiese el control 38. Creo que no vale la pena vivir		

En la siguiente lista conteste “SI” para cada uno de los aspectos de su vida que se hayan visto afectados por su salud, y conteste “NO” en los que considere que no le están afectando.

Preguntas	SI	NO
1. Actualmente, ¿su estado de salud le causa problemas en el trabajo?		
2. Actualmente, ¿su estado de salud le causa problemas con los quehaceres domésticos (limpiar, cocinar, pintar, etc.)?		
3. Actualmente, ¿su estado de salud le causa problemas con su vida social (salir, ver a los amigos, ir al cine, etc.)?		
4. Actualmente, ¿su estado de salud, le causa problemas con su vida familiar?		
5. Actualmente, ¿su estado de salud, le causa problemas con su vida sexual?		
6. Actualmente, ¿su estado de salud le causa problemas con sus pasatiempos y aficiones (deporte, ver la TV, etc.)?		
7. Actualmente, ¿su estado de salud le causa problemas para asistir a fiestas?		

ENERGÍA

DOLOR

MOVILIDAD FÍSICA

REACCIONES EMOCIONALES

SUEÑO

AISLAMIENTO SOCIAL

AREAS LIMITADAS POR SU ESTADO DE SALUD

Anexo 5: Test de Apgar Familiar

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
Puntuación total			

Anexo 6. Hoja de registro de datos clínicos.

Hoja para el registro de diferentes variables relacionadas con el paciente y su enfermedad.

Código Paciente: _____

Cupo: Mañana Tarde

Variables sociodemográficas

Edad	
Sexo	
Estado civil	
Situación laboral	
Nivel de estudios	

Medidas antropométricas

Peso	
Talla	
Índice de Masa Corporal (IMC)	
Perímetro abdominal	

Variables cénicas

Años de evolución de la enfermedad	
Antecedentes familiares	
Antecedentes personales	
Factores de riesgo cardiovascular	

Anexo 7. Adherencia a la Dieta Mediterránea

Evidencia de los factores que protegen y previenen las enfermedades cardiovasculares. Señale con cuáles de las siguientes afirmaciones está usted de acuerdo.

Nº	Pregunta	Modo de Valoración	Puntos
1	¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí = 1 punto	
2	¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?	Dos o más cucharadas = 1 punto	
3	¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (guarniciones o acompañamientos contabilizan como ½ ración)?	Dos o más al día (al menos una de ellas en ensaladas crudas) = 1 punto	
4	¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	Tres o más al día = 1 punto	
5	¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 g)?	Menos de 1 al día = 1 punto	
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (una porción individual equivale a 12 gr)?	Menos de una al día = 1 punto	
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de 1 al día = 1 punto	
8	¿Bebe vino?. En caso afirmativo, ¿cuánto consume a la semana?	Tres o más vasos por semana = 1 punto	
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 g)?	Tres o más por semana = 1 punto	
10	¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 g de pescado, o 4-5 piezas de marisco)?	Tres o más por semana = 1 punto	
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?	Menos de tres por semana = 1 punto	
12	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 g)?	Una o más por semana = 1 punto	
13	¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100-150 g)?	Sí = 1 punto	
14	¿Cuántas veces a la semana consume vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	Dos o más por semana = 1 punto	
Resultado final, puntuación total			

Valoración Final:

- Puntuación < 9 → Baja Adherencia
- Puntuación ≥ 9 → Buena Adherencia

Anexo 8. Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a en los últimos 7 días.

Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)	
1.- Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días hizo usted actividades físicas vigorosas?	
Días por semana (indique un numero)	<input type="checkbox"/>
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)	
2.- ¿Cuánto tiempo en total usualmente le toma realizar actividades físicas vigorosas en los días que las realiza?	
Indique cuantas horas por día	<input type="checkbox"/>
Indique cuantos minutos por día	<input type="checkbox"/>
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
3.- Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular?. No incluya caminar	
Días por semana (indicar numero)	<input type="checkbox"/>
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)	
4.- ¿Cuánto tiempo en total usualmente le dedicó en uno de esos días que hizo actividades físicas moderadas?	
Indique cuantas horas por día	<input type="checkbox"/>
Indique cuantos minutos por día	<input type="checkbox"/>
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
5.- ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días caminó usted por lo menos 10 minutos seguidos?	
Días por semana (indique el numero)	<input type="checkbox"/>
Ninguna caminata (pase usted a la pregunta 7)	
6.- ¿Cuánto tiempo en total pasó generalmente caminado en uno de esos días?	
Indique cuantas horas por día	<input type="checkbox"/>
Indique cuantos minutos por día	<input type="checkbox"/>
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
7.- Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo en total usted usualmente pasó <i>sentado</i> durante un día en la semana?	
Indique cuantas horas por semana	<input type="checkbox"/>
Indique cuantos minutos por semana	<input type="checkbox"/>
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>

VALOR DEL TEST IPAQ

1. CAMINATAS: $3 \times 3 \text{ MET}^* \times \text{minutos de caminata} \times \text{días por semana}$ (Ej. $3 \times 3 \times 30 \text{ minutos} \times 5 \text{ días} = 495 \text{ MET}^*$)
2. Actividad Física Moderada: $4 \text{ MET}^* \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$
3. Actividad Física Vigorosa: $8 \text{ MET}^* \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$

A continuación sume los tres valores obtenidos:

Total = caminata + actividad física moderada + actividad física vigorosa

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN:

Actividad Física Moderada:

1. 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día.
2. 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día.
3. 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET*.

Actividad Física Vigorosa:

Resultado: Nivel de actividad (señale el que proceda)
NIVEL ALTO
NIVEL MODERADO
NIVEL BAJO O INACTIVO