

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

**MANUAL PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE
HIPERTENSO. ENTRENAMIENTO AL PERSONAL DE
LA SALUD.**

***COMISION NACIONAL TECNICO-ASESORA PARA LA
HIPERTENSION ARTERIAL.***

LA HABANA, 2008

**INSTITUTO DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA
CARDIOVASCULAR.**

DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA PREVENTIVA.

**PROGRAMA PARA LA PREVENCION,
DETECCION, MANEJO Y CONTROL DE LA
HIPERTENSION ARTERIAL.**

**EDUCACION AL PACIENTE HIPERTENSO
MANUAL DE ENTRENAMIENTO PARA EL
PERSONAL DE LA SALUD.**

La Habana, 2008.

Dr. Alfredo Dueñas Herrera et al., 2008.

PRESENTACION

Compañero profesional de la Salud:

Este pequeño folleto lo hemos hecho para ayudarlo en el manejo de sus pacientes hipertensos. Se trata de una primera versión.

Estaremos muy agradecidos, si nos da su opinión y si nos hace sugerencias o aportes que seguro mejorarán una versión posterior.

Muchas gracias.

AGRADECIMIENTOS

Reconocemos con gratitud, la ayuda prestada para la iniciación de este trabajo de los doctores Ivan Gyarfás y Porfirio Nordet, de la Unidad de Enfermedades Cardiovasculares de la Organización Mundial de la Salud.

De gran utilidad ha sido en la confección de este folleto el manual Educando al paciente hipertenso, preparado por la Liga Mundial de Hipertensión, y dirigido por los doctores T. Strasser y U.S. Grueninger. Ginebra, Suiza, abril de 1991.

AUTORES:

*Dr. Alfredo Dueñas Herrera
Cardiólogo Profesor Auxiliar.*

*Dr. Reynaldo de la Noval García
Cardiólogo Profesor Auxiliar.*

*Dra. Nurys Armas Rojas
Epidemióloga. Profesora Asistente*

Dpto. de Cardiología Preventiva ICCCV.

CONTENIDO:

- 1.- Introducción/
- 2.- Conceptos básicos/
- 3.- Objetivos y logros/
- 4.- Papel del personal de la Salud/
- 5.- Aceptación de la enfermedad por le paciente/
- 6.- Educando al paciente hipertenso/
- 7.- Proceso de educación para la salud aplicado al paciente hipertenso (educación individual)/
- 8.- Proceso de educación para la salud aplicado a grupos de pacientes, sus familiares y amigos (educación colectiva)/
- 9.- Talleres con los pacientes/
- 10.- Anexos/

1.- INTRODUCCION

La elevación de las cifras de presión arterial (PA) por encima de los valores determinados como "normales", es uno de los problemas de salud observados con más frecuencia en la población cubana y con el cual tienen que enfrentarse a diario nuestros médicos de familia. Las cifras elevadas de PA pueden ser enfocadas desde varios puntos de vista:

- a) Como una enfermedad.
- b) Como un factor de riesgo establecido de otras enfermedades de mayor letalidad.
- c) Como un problema que afecta a un individuo.
- d) Como un problema que afecta a grandes poblaciones.

a) **Como una enfermedad. Es una enfermedad frecuente en la población cubana mayor de 15 años:**

Prevalencia (\geq 160/95 mm de Hg) 15 a 20%

Prevalencia (\geq 140/90 mm de Hg) 28 a 32%

b) **Como un factor de riesgo de otras enfermedades. La hipertensión arterial (HTA) es un factor estrechamente asociado con el desarrollo de enfermedades graves como son:**

- Cardiopatía isquémica.
- Accidente vascular encefálico.
- Insuficiencia cardiaca
- Insuficiencia renal
- Retinopatía.

En estas asociaciones está plenamente demostrada la relación causa-efecto que existe entre este factor y la enfermedad, de manera que el aumento o la disminución en la presencia del factor condiciona iguales variaciones en la frecuencia de aparición de estas enfermedades.

c) **Como un problema que afecta a un individuo.**

Como hemos señalado anteriormente el 30% de nuestra población adulta podría tener cifras de PA 140/90 mm de Hg, o lo que es igual, algo más de 2 millones de cubanos adultos padecen esta enfermedad actualmente. En relación con el individuo afectado, el Sistema Nacional de Salud tiene la responsabilidad de detectarlo, tratarlo y controlarlo durante toda la vida, y de esta forma el riesgo de complicación y muerte prematura disminuye considerablemente.

d) **Como un problema que afecta a grandes poblaciones.**

Cada año un número considerable de nuevos individuos se une al grupo de hipertensos que existe en la población. Las medidas dirigidas a toda la población, encaminadas a disminuir las cifras medias de toda la población, encaminadas a disminuir las cifras medias de PA (prevención primaria), pueden tener efectos muy buenos en la morbilidad de enfermedades asociadas con la HTA. Por ejemplo: una disminución del 4% en la cifra media de PA de una población podría estar asociada con una disminución del 9% en la mortalidad por cardiopatía isquémica y el 20% por accidentes cerebrovasculares. El advenimiento del médico de familia, como el eslabón más importante de la gran cadena que constituye el Sistema

Nacional de Salud, pone a nuestro país en una situación privilegiada en la lucha mundial contra los efectos deletéreos del ascenso en las cifras de PA. En el proceso de control de esta enfermedad aparecen como elementos importantes los siguientes:

- La detección de los pacientes (preferiblemente en etapas tempranas del desarrollo de la enfermedad)
- El tratamiento adecuado.
- La adherencia del paciente al tratamiento para toda la vida.

Los dos primeros aspectos son de una entera responsabilidad del personal de la salud, el tercero se logra mediante la interacción médico-paciente donde desempeña un importantísimo papel el conocimiento que tengan los pacientes sobre su enfermedad, sus riesgos, forma de controlarla, etcétera. Todo esto conforma un proceso complejo en el cual el personal de la salud tiene que influir en los pacientes para lograr cambios en el estilo de vida, los patrones de conducta y las actitudes frente al proceso crónico morbosos que enfrentan.

Detectar a una persona con presión arterial alta es fácil. Debemos tomar la presión arterial a toda la población al menos una vez al año..

Clasificarlo e imponer un tratamiento adecuado y supervisar su cumplimiento debería ser fácil también, entonces: **porque solo tenemos controlados solamente entre un 30 y 48% de estos enfermos ?.**

Posiblemente un 15 a 20 % de los hipertensos no conoce su enfermedad, sus riesgos y la importancia de su control a través de una adecuada adherencia al tratamiento.

En general consideramos que nuestros médicos y enfermeras de familia deben recibir un entrenamiento adecuado para

enfrentar esta difícil problema, por lo que se hace necesario trabajar en este sentido para alcanzar lo planteado en las proyecciones de la Salud Pública en el año 2015. Ministerio de Salud Pública, donde se señala que ese año debemos tener detectados al menos el 90% de la prevalencia y controlados el 80% de los mismos.

Este pequeño manual se propone establecer las guías para preparar a nuestro personal de la salud en el manejo de estos pacientes crónicos, donde la educación del paciente y su participación activa constituyen los elementos básicos.

Este folleto es el esfuerzo inicial de un grupo de compañeros para contribuir al control del paciente hipertenso. Si cumplimos nuestro objetivo de mejorar la atención a estos pacientes nos sentiremos altamente recompensados.

2.- CONCEPTOS BASICOS

2.1. Propósitos para la educación del paciente hipertenso:

- a) Mejorar su cuidado médico.
- b) Prevenir su deterioro y complicaciones.

Estos propósitos se lograrían influyendo sobre la conducta del paciente en relación con su enfermedad, para ello hay que lograr:

- a) Un mejor conocimiento de su enfermedad.
- b) Cambios en el estilo de vida.
- c) Adherencia al tratamiento y a las citas médicas periódicas por toda la vida. O lo que es igual influir en la conducta del paciente para lograr cambios favorables y mantenerlos en ellos.

2.2. Factores que influyen en la conducta del paciente. Son varios los factores que pueden influir en la calidad del manejo de esta enfermedad por quien la padece.

2.2.1. PREDISPONENTES: Grado de conocimiento que tiene el paciente acerca de su enfermedad, creencias, actitudes, valoraciones y percepciones.

2.2. CALIDAD: El factor calidad está dado fundamentalmente por la asequibilidad que el paciente tenga a los servicios médicos, calidad de estos, existencia de medicamentos, actitud del paciente hacia el régimen higiénico dietético y las posibilidades reales que éste tenga para cumplir las indicaciones médicas.

Por ejemplo: si los servicios médicos quedan muy lejos del domicilio los turnos para el médico se demoran mucho, no existe disponibilidad de medicamentos, estos son muy caros, no existe disponibilidad de alimentos apropiados o el paciente lleva un régimen de vida que le dificulta la ingestión de los medicamentos en ciertas horas del día, todo esto influye en mantener una adecuada adherencia al tratamiento.

Una tercera categoría de factores relacionados con las actitudes que tengan hacia el paciente los médicos, enfermeras, psicólogos, familiares o amigos son los llamados factores de reforzamiento.

2.3. Factores que influyen en la conducta médica.

2.3.1. PREDISPONENTES: son aquellos referidos al grado de conocimiento que tiene el personal de la salud en relación con la HTA, su prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

2.3.2. CALIDAD: interrelación médico-paciente, grado de comunicación entre ambos y grado de satisfacción que se logra en el manejo de la enfermedad.

2.3.3. REFORZAMIENTO: el reforzamiento del personal de la salud proviene de la retroalimentación que éste tenga de la situación de los pacientes, la mejoría de los indicadores médicos y los incentivos.

3. OBJETIVOS Y LOGROS.

3.1. Objetivo: lograr cambios en la conducta del personal de la salud en relación con la educación de sus pacientes hipertensos.

3.2. Logros:

- a) Mejorar la educación del paciente.
- b) Lograr un mejor manejo de su enfermedad.

- c) Evitar sus complicaciones, mejorar su calidad de vida y prolongar su vida.
- d) Aclarar las concepciones erróneas que tenga sobre su enfermedad.

4. PAPEL DEL PERSONAL DE LA SALUD.

El personal de la salud, en su relación con los pacientes debe ser capaz de determinar cuáles son los factores que están actuando en ese momento en la conducta de éstos:

- a) Grado de conocimiento que tiene sobre su enfermedad y evolución.
- b) Criterios que tiene esta y actitud que ha tenido frente a ella.
- c) Concepciones erróneas que tiene en relación con la hipertensión que necesiten ser aclaradas.
- d) Dificultades que tiene el paciente para hacer el tratamiento y para acudir a las citas médicas.
- e) Tipo de ayuda que recibe de sus familiares y amigos para contribuir al cuidado de su enfermedad, si no recibe ninguna o si influyen negativamente.

5. ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD POR EL PACIENTE.

Cuando a una persona se le comunica que padece una enfermedad crónica, su aceptación pasa por varias fases antes de lograrla completamente, la labor del personal de la salud es que se llegue rápidamente a la 6ta. fase:

1ra. Fase: ante la noticia el paciente se asombra, se pone tenso y tiende a rehusar la verdad.

2da. Fase: posteriormente hace un análisis y una evaluación de la situación, consulta con otros médicos, otros pacientes, amigos, familiares y termina, si las evidencias son fuertes, aceptando la enfermedad.....pero:

3ra. Fase: minimiza el problema, sin llegar a tomar una conducta definida.

4ta. fase: toma mayor conciencia del problema y entonces se deprime y se plantea una esperanza de curación.

5ta. fase: acepta su enfermedad y su carácter crónico, pero aún no incorpora a su vida los cambios necesarios en su conducta y estilo de vida.

6ta. fase: acepta su enfermedad y su tratamiento, cambia su patrón de conducta, e incorpora los cambios a su estilo de vida (solo cuando se

alcanza esta fase, el paciente estará en posibilidad de manejar adecuadamente su enfermedad).

6. EDUCANDO AL PACIENTE HIPERTENSO.

6.1. Análisis de las dificultades de los médicos y enfermeras de familia para desarrollar la educación del paciente hipertenso:

- a) Este personal ha sido preparado principalmente para combatir enfermedades, valorando poco los riesgos, prevención, calidad de vida, en general poco enfoque epidemiológico de la enfermedad.
- b) Está sometido a numerosas exigencias administrativas, muchas de ellas no relacionadas con las primeras causas de muerte.
- c) No realiza una evaluación periódica del grado de cumplimiento de las indicaciones médicas por parte del paciente.
- d) No analiza las dificultades de comunicación con los pacientes:
¿Los pacientes entienden bien siempre lo que los médicos y enfermeras tratan de transmitirles?
- e) No se le dedica tiempo suficiente a la educación de los pacientes.
- f) No se hace un entrenamiento adecuado a los pacientes para que no cometan errores en el manejo de su enfermedad.
- g) No existe conciencia médica de que un error del paciente es una falla médica y debería ser utilizada por el médico en la auto evaluación periódica de su trabajo.
- h) Se analiza poco al paciente en su contexto socio-cultural y nos dirigimos a todos por igual, sin diferenciarlos en sus posibilidades sociales, culturales y económicas.

6.2. Entrenamiento del paciente en aspectos prácticos:

6.2.1. Preparación adecuada de la dieta:

- a) Disminución de sal (uso de otros sabores sustitativos)
- b) Confección de dietas hipocalóricas (si es necesario).
- c) Información sobre alimentos ricos en potasio y fibra dietética.

6.2.2. Ingestión de medicamentos:

- a) Indicar preferiblemente medicamentos en dosis únicas diarias.
- b) Programar los horarios de ingestión de medicamentos acorde con las actividades diarias del paciente (discutirlo con él).

6.2.3. Seguimiento:

- a) Insistir en la importancia de la medición periódica de la PA.
- b) Vigilancia adecuada de signos, síntomas y complicaciones.
- c) Importancia de acudir a las citas con el médico.

6.2.4. Otros aspectos:

- a) Discutir y aclarar al paciente las concepciones erróneas que tenga sobre su enfermedad.
- b) Mantener estimulada las motivaciones del paciente para mantenerse adherido al tratamiento.
- c) Extender la educación a los familiares del paciente, convivientes, amigos allegados, etcétera, para que lo ayuden a mantener controlada su enfermedad.

7. PROCESO DE EDUCACION PARA LA SALUD APLICADO AL PACIENTE HIPERTENSO (educación individual).

El paciente tendrá un primer contacto con el médico y después deberá ser visto cada 3 meses como mínimo durante toda la vida.

Durante estas visitas se establecerán pasos directivos para informar al paciente y pasos instructivos para mediar entre médico y paciente en todos los aspectos relativos al manejo de la enfermedad.

7.1. Primera visita o visita inicial:

- a) Para el diagnóstico y plan de trabajo.
 - Establecimiento de una relación médico-paciente adecuada y una alianza terapéutica con los principales objetivos de esta primera visita.
- b) Objetivo educacional.
 - En esta primera visita (usualmente después de la detección, antes del diagnóstico definitivo y la clasificación del paciente), se debe establecer una buena relación (rapport), los pasos a seguir son los siguiente:

- Hacer plan para el diagnóstico definitivo, si se confirma:

7.1.1. Pasos directivos:

- a) Informar al paciente acerca de su PA., cuales son las cifras deseables y los riesgos asociados a la enfermedad.
- b) Informar al paciente sobre la planificación en el estudio de su enfermedad.

7.1.2. Pasos de interacción:

- a) Conocer el grado de conocimientos, creencias, experiencias anteriores, etcétera, que acerca de su enfermedad tiene el paciente.
- b) Conocer el grado de entendimiento del paciente acerca del proceso de diagnóstico y clasificación de la enfermedad.
- c) Alcanzar un acuerdo con el paciente acerca del manejo de su enfermedad.
- d) Estar de acuerdo en la fecha de la próxima consulta médica.

7.2. Segunda visita:

La meta en esta visita (después de hecho el diagnóstico y clasificar al paciente), es construir una alianza o acuerdo en relación con el tratamiento. Los pasos educacionales (directivos) son los siguientes:

- a) Informar al paciente acerca de los resultados de sus exámenes de laboratorio (valores obtenidos y valores normales o deseables).
- b) Explicar las implicaciones que para su salud futura tienen los hallazgos de sus exámenes de laboratorio (riesgos).
- c) Explicar detalladamente las opciones de tratamiento higiénico-dietético y farmacológico, acorde con la guía existente para ello.

7.2.2. Pasos de interacción:

- a) Evaluar si el paciente ha entendido bien todas estas explicaciones.
- b) Evaluar si el paciente está listo para realizar cambios en su estilo de vida, si está preparado para cumplir las medidas sugeridas o si tiene alguna dificultad para ello. Cada uno de estos aspectos debe ser muy discutido entre paciente y médico (ejemplo: cifras de PA, sobrepeso, sedentarismo, factores emocionales y otros factores de riesgo como hiperlipoproteinemias y hábitos de fumar).

El médico debe proceder a individualizar el tratamiento en cada paciente y establecer la fecha de la próxima consulta (de mutuo acuerdo).

Ejemplos de medidas de ayuda en esta etapa:

- Dar al paciente las recomendaciones dietéticas por escrito.
- Escribir todos los datos de la historia clínica del paciente.
- Entrenar al paciente en las medidas higiene-dietéticas y la forma de tomar los medicamentos (señalándole que no debe modificar el tratamiento sin consultar antes a su médico).

Informarle, si es necesario, que será enviado a interconsulta con el internista o cardiólogo y que razones llevan a ello.

7.3. Visita de seguimiento (ya bajo tratamiento): Las metas educacionales para todas las visitas de seguimiento son promover o estimular la adherencia al tratamiento, prevenir recaídas (elevación de la PA) y ayudar al paciente a controlar su enfermedad. Los pasos educacionales son los siguientes:

7.3.1. Medir la PA y conocer la evolución de otros factores de riesgo que existan en el paciente.

7.3.2. Pasos de interacción:

- a) Discutir las cifras de PA y otros factores de riesgo, evaluación de la adherencia al régimen no farmacológico y farmacológico de tratamiento.
- b) Valorar las dificultades (efectos secundarios) que el paciente haya tenido con el tratamiento impuesto. Preguntar sobre nuevos problemas de salud que haya tenido.
- c) Reforzar los logros alcanzados y felicitarlo si todo va bien, para convencerlo sobre la responsabilidad por su salud que es suya en gran medida.
- d) Ajustar el tratamiento si es necesario; cualquier cambio debe ser entregado por escrito.
- e) Establecer de mutuo acuerdo la fecha de la próxima consulta.
- f) Promover la lectura de folletos y cualquier clase de divulgación que pueda ser entregada al paciente. Evaluar en consulta posterior el grado de comprensión del paciente hacia estos materiales.

8. PROCESO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD APLICADO A GRUPOS DE PACIENTES Y SUS FAMILIARES Y AMIGOS (educación colectiva).

El cumplimiento de todas las medidas planteadas puede ser facilitado por la educación en grupo incluyendo esposas (os) y familiares allegados y/o desarrollando programas comunitarios.

8.1. Educación en grupo: Las clases en grupo a los pacientes hipertensos pueden ser de valor, por múltiples razones:

- a) Ciertos pacientes pueden necesitar un reforzamiento que un grupo puede ofrecerle y asegurar cambios en su estilo de vida.
- b) Conocer experiencias de otros pacientes, puede ser de gran valor, así como compararse entre ellos. En estas actividades debe promoverse la participación de los pacientes; el médico y la enfermera de familia serán solo conductores de la sesión.

8.2. Incluir esposos (as) y otros familiares convivientes: Los pacientes que tienen una ayuda familiar fuerte se mantienen adheridos al tratamiento. Aquellos pacientes cuyos familiares están convencidos del beneficio del tratamiento evolucionan mucho mejor que aquellos cuyos familiares no están interesados en su enfermedad.

Convencer a la persona que prepara los alimentos de la importancia de la dieta sin sal y baja en grasas y calorías, es de gran utilidad en el cumplimiento de este régimen por el paciente. También se debe informar a los hijos de los problemas de la salud de los padres, para que ellos ayuden a cumplir el tratamiento; todo ellos será de gran ayuda al paciente en el control de su enfermedad.

8.3. Programa comunitario: se puede valorar la creación de clubes de hipertensos, donde con la ayuda de médicos, sicólogos, trabajadoras sociales y líderes de la comunidad pueda programarse actividades recreativas educacionales que ayuden a un mejor control de estos pacientes. Ejemplos: acciones educativas para un mejor uso del tiempo libre, actividades de relajación psíquicas, degustaciones de alimentos, excursiones que incluyan ejercicios físicos, actividades deportivas, etc.

9. TALLERES CON LOS PACIENTES.

Con una frecuencia cuatrimestral deben realizarse actividades grupales (talleres) con los pacientes y sus familiares donde se discutirán entre otros temas: Información sobre su enfermedad su asociación con otros factores de riesgo y tratamiento no farmacológico y farmacológico.

9.1. Talleres médico paciente.

El médico y la enfermera de la familia informarán a los pacientes sobre la interrelación entre hiperlipoproteinemia, diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial, lo perjudicial del hábito de fumar sobre todo en presencia de estos factores y proveerán a los pacientes de los medios idóneos para controlarlos o eliminarlos: Dietas, programas de ejercicios físicos, métodos de cesación del hábito de fumar, etc. Por su lado, los pacientes aportarán sus experiencias personales en el uso de estos medios.

Los que han logrado resultados positivos, ayudarán a los que no lo han logrado, y estos últimos discutirán sus dificultades, como creencias y planes futuros que comprendan compromisos con el colectivo.

9.2. Organización de los talleres.

Los objetivos de los talleres son los siguientes

- a) Proveer información acerca de la HTA en relación con los riesgos, calidad de vida, y su relación con otros factores de riesgos para la salud y sus complicaciones.
- b) Ayudar a los pacientes, familiares y personal interesado a adquirir un conocimiento integral sobre la enfermedad como un problema a largo plazo.
- c) Ayudar a los pacientes a entender las recomendaciones de sus médicos.
- d) Motivar a los pacientes a hacer cambios en su estilo de vida para un mejor control de su enfermedad y prevenir complicaciones:
 - Comer bajo de sal (disminuir el sodio).
 - Aumentar la ingestión de potasio y fibras dietéticas.
 - Bajar de peso, si es necesario.
 - Disminuir la ingestión de grasas saturadas.
 - Hacer ejercicios físicos sistemáticos (individual y en grupo).
 - Relajación psíquica.
 - Ofrecer cursos de entrenamiento para la detección precoz y manejo de las complicaciones de la HTA.

Los talleres deben ser conducidos por médicos, enfermeras y psicólogos previamente entrenados, se debe tratar de utilizar murales, folletos, láminas, que refuercen las discusiones del taller, deben realizarse con no más de 30 personas, 10 pacientes y 20 familiares o amigos, deben realizarse en horarios extralaborales, sábados no laborables aprovechando excursiones o reuniones de cualquier tipo. El momento debe ser convenido entre los participantes, pueden utilizarse medios audiovisuales para iniciar las discusiones.

Deben invitarse a internistas, cardiólogos, líderes de la comunidad y dirigentes de salud pública. Debe darse prioridad a los pacientes y a personas salidas de su propia comunidad.

El lugar, fecha y hora del taller deben ser divulgados desde varios días antes, se invitarán a participantes a hacer aportaciones, preguntas, etc.

9.3. Pasos a seguir en el taller.

9.3.1. Información sobre la enfermedad:

- a) Cifras normales de presión arterial.
- b) Concepto de hipertenso controlado.
- c) Riesgos.
- d) Frecuencia de la enfermedad.
- e) Factores de riesgos.
- f) Enfoques como enfermedad crónica.

9.3.2. Tratamiento de la enfermedad:

- a) No farmacológico.
- b) Farmacológico.
- c) Adherencia.
- d) Control de otros factores de riesgo.
- e) Apoyo familiar y comunitario.

9.3.3. Aspectos genéticos y hereditarios:

- a) Cuidado de los hijos de padres hipertensos.

10. ANEXOS

10.1. Probabilidad teórica para el control de la hipertensión arterial (tabla)

TABLA

Evento	Probabilidad del evento
Probabilidad	
Detección	0,85
0,85	
Incorporación al Sistema	0,85
0,72	
Tratamiento Correcto	0,85
0,61	
Seguimiento adecuado por 2 años	0,85
0,52	

Con una probabilidad de cumplimiento de cada evento del 85% (que es elevada), al final sólo se controla la mitad de los hipertensos.

10.2. Algunas concepciones erróneas que sobre la HTA y su manejo tienen los pacientes.

Estas concepciones erróneas deben ser discutidas y aclaradas con los pacientes:

a) En relación con la ingestión de medicamentos.

- Concepción errónea (CE): muchas personas consideran que la HTA es muy común y por ello no hay que darle mucha importancia.
- Intervención-Aclaración (I-A): la HTA, aunque es realmente frecuente, puede conducir a enfermedades muy graves, por eso hay que tratarla y controlarla toda la vida.

CE: Muchos piensan que el tratamiento es sólo hasta que están curados.

I-A: En casi el 95% de los pacientes la enfermedad no es curable y necesita tratamiento para toda la vida.

CE: Muchos pacientes piensan que pueden saber cuando tienen la PA alta y llevan el tratamiento sólo en estos momentos.

I-A: No es posible conocer la cifra de PA sólo por como usted se sienta, usted necesita las mediciones, no debe dejar ni variar su tratamiento sin consejo médico.

CE: Muchos pacientes se preocupan por los efectos secundarios de los medicamentos.

I-A: Mientras usted puede tener algunos efectos secundarios, otros no los tienen, siempre dígame a su médico lo que se siente, él puede ajustar la dosis o indicar otro medicamento. Nunca deje de tomar las medicinas sin consultar a su médico.

b) Dieta baja en sodio.

CE: Muchos pacientes piensan que eliminando la sal añadida en la mesa ya es suficiente para bajar la PA.

I-A: No es así, se hace necesario no añadir sal en el momento de cocinarlos, puede utilizar otros sabores libremente.

CE: Algunos pacientes esperan que reduciendo la ingestión de sal, pueden dejar de tomar los medicamentos.

I-A: Si usted puede comer absolutamente sin sal y ello baja su presión puede que no necesite medicamentos o sólo una cantidad mínima. Esto tiene que decidirlo su médico.

c) Incremento del ejercicio físico.

CE: Muchos pacientes no ven la relación entre ejercicio físico y disminución de la PA:

I-A: El ejercicio físico regular puede hacer que usted baje de peso, disminuya el tono vascular y su PA baje.

CE: Algunos pacientes se quejan de que el ejercicio rutinario interfiere con el tiempo que deben dedicarle a la familia..

I-A: Una forma muy adecuada de aumentar su salud familiar y producir unión, es disfrutar juntos de algunas actividades físicas como paseos en bicicleta, correr, caminar o nadar.

10.3. Dificultades en la adherencia al tratamiento. Problemas y solución.

Algunos pacientes plantean problemas con la adherencia al tratamiento, analice sus causas y ayúdelo a resolverlos con una orientación precisa. Ejemplos:

Problema (P): Muchos pacientes consideran que cuando se sienten bien pueden dejar de hacer su tratamiento.

Solución (S): No es correcto, pues la realidad es que su PA está normal y usted se siente bien porque hace el tratamiento, si lo deja, su PA sube de nuevo y usted se vuelve a sentir mal.

P. Cuando tomo las medicinas me siento peor, las dejo y mejoro.

S. Yo entiendo que deje sus medicinas si se siente peor, pero eso puede hacer subir la PA de nuevo y ello es peligroso, acuda al médico y éste le ajustará el tratamiento de manera que usted se sienta bien.

P. La verdad es que se me olvida tomar algunas pastillas. Yo soy una persona muy ocupada y me falta tiempo para acordarme de tantas pastillas.

S. Simplifique el tratamiento. Indique medicamentos de 1 ó 2 dosis diaria. Ajuste el tratamiento a actividades diarias de rutina: comidas, levantarse, acostarse.

P: Mi problema es que mi familia no me ayuda, cocinan con sal, fuman, no me recuerdan las medicinas.

S: Hay que identificar un familiar ideal para dar ayuda, entrevístese con él, invítelo a sesiones con el paciente y solicite su ayuda, seguro lo logrará.

Esperamos que este folleto le ayude en el manejo del paciente hipertenso.
Por favor, si tiene algún comentario o sugerencia le rogamos nos la envíe a:

prevcard@infomed.sld.cu

Nos será de gran ayuda para una próxima edición.

Agradecidos. Los autores.

Bibliografía consultada.

- 1.- Guía Cubana para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del paciente hipertenso. Habana. Cuba. 2008.**
- 2.- Programa para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial. MINSAP 2008.**

Este folleto fue escrito en el año 1995, utilizado en el Proyecto 10 de Octubre, revisado y actualizado por los autores en Julio 2008.