



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

FACTORES QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE EJERCICIO FÍSICO Y DIETA EN PACIENTES ADULTOS CON HTA.

Jesús Israel Cruces Granados

Grado de enfermería.

Facultad de Enfermería y Fisioterapia.

Año Académico 2019-20

FACTORES QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE EJERCICIO FÍSICO Y DIETA EN PACIENTES ADULTOS CON HTA.

Jesús Israel Cruces Granados

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia.

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2019-20

Palabras clave del trabajo:

Hipertensión, estilos de vida, cooperación del paciente y adultos.

Tutor/Tutora del Trabajo: Aina María Yañez Juan.

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio
Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea,
con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVOS	10
METODOLOGÍA	11
RESUTADOS	13
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIÓN	23
BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXOS	29
Anexo 1: Estrategia de búsqueda bibliográfica y resultados.	
Anexo 2: Fichas técnicas para revisiones bibliográficas.	

1. Resumen.

Introducción: La falta de adherencia a las recomendaciones de estilo de vida saludable sigue siendo un reto a nivel mundial. A pesar de la evidente eficacia del tratamiento no farmacológico, ya sea solo o combinado con la medicación antihipertensiva, sólo una minoría de los pacientes hipertensos obtiene un control efectivo de su presión arterial.

Objetivo: Determinar qué factores intervienen en la adherencia a las recomendaciones de ejercicio físico y dieta en pacientes adultos con hipertensión arterial; así como conocer cuáles son los principales comportamientos que conforman estas recomendaciones, identificar si la tasa de cumplimiento entre los diferentes comportamientos es la misma o es diferente para cada uno de ellos y, por último, explicar la influencia que ejercen los conocimientos previos que el paciente posee sobre su patología, las características personales de cada individuo y qué papel juega el equipo asistencial.

Método y resultados: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en dos bases de datos electrónicas: Pubmed y Cochrane. De los 127 artículos que se obtuvieron, fueron seleccionados un total de 57 y de estos, finalmente, fueron incluidos 22 artículos.

Conclusiones: La adherencia a las recomendaciones de ejercicio físico y dieta saludable son especialmente importantes en pacientes con HTA. Así, no sólo implica la disminución del número de complicaciones y la morbi-mortalidad sino que, además, supone una reducción del gasto sanitario. Por ello, es de vital importancia desarrollar una buena adherencia al ejercicio físico y dieta saludable.

Gracias a esta revisión hemos podido comprobar que no sólo las características individuales del paciente, su actitud y los conocimientos que posee sobre el proceso de la enfermedad son esenciales sino que, además, es igual o más importante cómo se involucra el equipo asistencial. Por ello, es imprescindible desarrollar programas educativos que no sólo se centren en el paciente, sino que también aseguren que los miembros del equipo asistencial poseen los conocimientos, competencias y habilidades comunicativas para que estas intervenciones educativas garanticen el cumplimiento terapéutico y un control de la PA eficaz y eficiente. En este proceso juega un papel especial la enfermería.

Palabras clave: Hipertensión, estilos de vida, Cooperación del paciente y Adultos.

Keywords: Hypertension, Lifestyle, Patient compliance and Adults.

Resum

Introducció: La falta d'adherència a les recomanacions d'estil de vida saludable segueix sent un repte a nivell mundial. Tot i la evident eficàcia del tractament no farmacològic, ja sigui tot sol o combinat amb la medicació hipertensiva, només una sola minoria dels pacients hipertensos obté un control efectiu de la pressió arterial.

Objectiu: Determinar quins factors intervenen en l'adherència a les recomanacions d'exercici físic i dieta en pacients adults amb hipertensió arterial; així com conèixer quins són els seus principals comportaments que conformen aquestes recomanacions; identificar si la taxa de compliment entre els diferents comportaments es la mateixa o és diferent per a cada un d'ells i, finalment, explicar la influència que exerceixen els coneixements previs que el pacient posseeix sobre la seva patologia, les característiques personals de cada individu i quin paper juga l'equip assistencial.

Mètode i resultats: Es va dur a terme una recerca bibliogràfica en dues bases de dades electròniques: Pubmed i Cochrane. De tots els articles que es van obtenir (127), varen ser seleccionats un total de 57 i d'aquests, finalment, varen ser inclosos 22 articles.

Conclusions: L'adherència a les recomanacions d'exercici físic i dieta saludable són especialment importants en pacients amb HTA. Així, no només implica que disminueixi el nombre de complicacions i la morbimortalitat; sinó que, a més, implica la reducció de la despesa sanitària. Per això, és de vital importància desenvolupar una bona adherència a l'exercici físic i dieta saludable.

Gràcies a aquesta revisió hem pogut comprovar que no només les característiques individuals de pacient, la seva actitud i els coneixements que posseeix sobre el procés de la malaltia són essencials sinó que, a més, és igual o més important com s'involucra l'equip assistencial. Per això, és imprescindible desenvolupar programes educatius que no només se centrin en el pacient, sinó que també garanteixin que els membres de l'equip assistencial posseeixen els coneixements, competències i habilitats comunicatives per tal que aquestes intervencions educatives garanteixin el compliment terapèutic i un control de la PA eficaç i eficient. En aquest procés juga un paper especial la infermeria.

Abstract

Introduction: Lack of adherence to healthy lifestyle recommendations remains a challenge worldwide. Despite the evident efficacy of non-pharmacological treatment, either alone or in combination with antihypertensive medication, only a minority of hypertensive patients obtain effective control of their blood pressure.

Objective: To determine what factors intervene in the adherence to the recommendations of physical exercise and diet in adult patients with arterial hypertension; as well as knowing what are the main behaviors that make up these recommendations, identify if the compliance rate between the different behaviors is the same or different for each one of them and, finally, explain the influence exerted by the prior knowledge that the patient has on their pathology, the personal characteristics of each individual and what role plays the care team.

Method and results: A bibliographic search was carried out in two electronic databases: Pubmed and Cochrane. Of all the articles obtained (127), a total of 57 were selected and, of these, 22 articles were finally included.

Conclusions: Adherence to the recommendations of physical exercise and healthy diet are especially important in patients with hypertension. Thus, it not only implies that the number of complications and morbidity and mortality decrease; it also implies a reduction in health spending. Therefore, it is vitally important to develop good adherence to physical exercise and a healthy diet.

Thanks to this review, we have been able to verify that not only the individual characteristics of the patient, their attitude and the knowledge they possess about the disease process are essential, but also how the healthcare team is involved is equally or more important. For this reason, it is essential to develop educational programs that not only focus on the patient, but also ensure that the members of the healthcare team possess the knowledge, skills and communication skills so that these educational interventions guarantee therapeutic compliance and BP control. effective and efficient. Nursing plays a special role in this process.

2. Introducción.

La presión arterial se define como la medida de la fuerza que ejerce la sangre que bombea el corazón contra las paredes de las arterias. Esta se considera normal cuando la presión arterial sistólica (PAS) es menor de 120 mmHg y la diastólica (PAD) menor de 80 mmHg; mientras que se consideraría elevada o HTA cuando la PAS sea ≥ 140 o la PAD sea ≥ 90 mmHg. Estos valores serían, por otro lado, equivalentes a una media de PA ambulatoria (MAPA) $\geq 130 / 80$ mmHg o domiciliaria (AMPA) $\geq 135/85$ mmHg (1,2).

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial (2).

CATEGORÍA	SISTÓLICA (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	<120	Y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-Alta	130-139	y/o	85-89
HTA grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110

La Organización Mundial de la Salud estimaba, en 2015, que la HTA tenía una prevalencia global de 1.130 millones. En adultos, concretamente, se sitúa entre el 30-45% de la población. Esta prevalencia, comparable en todo el mundo, afecta con mayor frecuencia a personas de edad avanzada; alcanzando un 60% en la población mayor de 60 años. De hecho, el envejecimiento de la población está ligado a la adopción de estilos de vida más sedentarios, hábitos alimenticios menos saludables y el aumento del peso corporal; lo que, a su vez, implica que la prevalencia de la HTA siga en aumento (2).

Así, estudios recientes (3) demuestran que la prevalencia de la HTA en España se sitúa entre el 23-42% por lo que se estima que hay más de 5 millones de personas, mayores de 65 años, con HTA y que estas cifras aumentarán a los 6 millones para 2025. Además, de los 17 millones de muertes anuales relacionadas con las enfermedades cardiovasculares, 9'4 millones de ellas son debidas a las complicaciones de la HTA.

Ante estos datos tan alarmantes hay que destacar la importancia de que estos pacientes estén correctamente diagnosticados y sigan un tratamiento adecuado. Así, el anterior estudio demuestra que sólo el 75% de los pacientes que estaban diagnosticados de HTA conocían este dato y, de ellos, el 50% estaban siguiendo el tratamiento y sólo el 40% tenían controlada la PA (3).

Por otro lado, estudios como el realizado por el Metropolitan teaching hospital en Sydney, Australia (4), evidencian que los tratamientos farmacológicos con antihipertensivos pueden representar también un riesgo para la salud ya que conllevan una serie de posibles reacciones adversas medicamentosas (RAM). Esto se ve agravado porque, a medida que envejecemos, aumenta la morbilidad, la polifarmacia y, además, se producen cambios fisiológicos que afectan a la farmacocinética y farmacodinámica. Así, en este mismo estudio, se demuestra que existe asociación entre tomar medicamentos antihipertensivos y tener un mayor riesgo de sufrir reacciones adversas medicamentosas (RAM); y que, además, uno de cada diez experimentó una RAM que le condujo al hospital o sufrió esta durante su ingreso. La mayoría de las RAM identificadas en este estudio fueron moderadas o severas y el 91,7% de ellas eran potencialmente evitables. En otro estudio realizado en Reino Unido (4), se muestra cómo el 40% de los individuos de la cohorte experimentaron efectos adversos relacionados con la medicación antihipertensiva y que, en un tercio de ellos, esto condujo a que la dosis tuviese que ser reducida o incluso a dejar de tomar el medicamento antihipertensivo.

Estos hallazgos reflejan la importancia de que los beneficios potenciales de la medicación antihipertensiva sean mayores que los posibles riesgos ya que estos no sólo implican un aumento de las complicaciones, la morbilidad y la mortalidad; sino que, también, supone un incremento en el gasto sanitario. Las intervenciones no farmacológicas, por su parte, no sólo contribuyen a su tratamiento, sino que también permiten prevenirla y disminuir las complicaciones asociadas a la HTA. Es imprescindible destacar que el beneficio que reporta el tratamiento no farmacológico puede superar incluso al del tratamiento farmacológico. Sin embargo, la modificación de hábitos y conductas es muy difícil y, más aún, mantener estos cambios una vez conseguidos. Todo esto hace imprescindible conocer si los pacientes hipertensos son realmente conscientes de los beneficios y los riesgos tanto del tratamiento farmacológico como no farmacológico (4,5).

Dado que llevar un estilo de vida sedentario y/o tener una mala alimentación son factores de riesgo modificables (5), quién mejor que enfermería comunitaria para desarrollar estrategias y programas de educación para la salud que promuevan el automanejo de la enfermedad y la modificación de hábitos poco saludables (6).

Por ello, el objeto de esta revisión es poder determinar qué factores intervienen en la adherencia a las recomendaciones de ejercicio físico y dieta en pacientes adultos con HTA. Además, conocer cuáles son las principales recomendaciones sobre dieta y actividad física que se llevan a cabo, identificar si la tasa de cumplimiento es igual para todos los comportamientos y explicar cómo influye el nivel de conocimientos previos que el paciente posee, las características personales de cada individuo y qué papel juega el equipo asistencial en la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida saludable.

3. Objetivos del trabajo.

Objetivo general: Determinar qué factores intervienen en la adherencia a las recomendaciones de ejercicio físico y dieta en pacientes adultos con hipertensión arterial.

- ***Población / problema:*** Pacientes adultos con hipertensión arterial.
- ***Intervención:*** Factores que influyen en la adherencia a las recomendaciones de ejercicio físico y dieta.
- ***Comparación:*** No tener factores que influyen.
- ***Resultados:*** Adherencia a las recomendaciones de ejercicio físico y dieta.

Objetivos específicos:

- Conocer cuáles son las principales recomendaciones sobre dieta y actividad física que se llevan a cabo con el objetivo de que el paciente adquiriera un estilo de vida más saludable.
- Identificar si el cumplimiento entre los diferentes comportamientos que conforman las recomendaciones es el mismo o existe una adherencia diferente para cada uno de ellos.
- Explicar cómo influye el nivel de conocimientos previos que el paciente posee sobre su patología, las características personales de cada individuo y el papel que juega el equipo asistencial en la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida saludable.

4. Metodología.

Para poder seleccionar aquellos artículos que permitieran acceder a la información más relevante se han determinado una serie de criterios de inclusión y de exclusión:

- **Criterios de inclusión:**

- a) *Tipo de estudio:*

Se ha realizado la búsqueda de todas aquellas publicaciones relacionadas con el objeto de estudio, incluyendo únicamente aquellas publicadas en un periodo de tiempo de menos de 10 años.

Además, no se limitaron las publicaciones según el diseño de estudio y se incluyeron sólo aquellas publicadas en inglés y/o castellano.

- b) *Tipo de participantes:*

Se incluyeron todas aquellas publicaciones cuya población de estudio estuviese compuesta por pacientes mayores de 18 años, independientemente de su etnia y género.

c) Tipos de resultados:

Se han incluido aquellos estudios que permitían una asociación significativa entre las diferentes palabras claves (DeCS): hipertensión, estilo de vida, cumplimiento del paciente y adulto; o su equivalente en inglés (MeSH): Hypertension, Lifestyle, Patient compliance and adults.

- **Criterios de exclusión:**

Se rechazaron aquellos estudios que no estaban disponibles a texto completo y aquellos que resultaron no ser relevantes para el objeto de estudio. También fueron excluidas aquellas publicaciones que únicamente abordaban la adherencia al tratamiento farmacológico y aquellas cuyos sujetos de estudio no fuesen, exclusivamente, seres humanos.

- **Estrategia de búsqueda:**

La búsqueda de información se llevó a cabo con el objetivo de realizar una revisión sistemática de la literatura ya publicada para determinar qué factores intervienen en la adherencia a las recomendaciones de ejercicio físico y dieta en pacientes adultos con HTA. Además, conocer cuáles son las principales recomendaciones sobre dieta y actividad física que se llevan a cabo, identificar si la tasa de cumplimiento es igual para todos los comportamientos y explicar cómo influye el nivel de conocimientos previos que el paciente posee, las características personales de cada individuo y qué papel juega el equipo asistencial en la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida saludable.

Dicha búsqueda tuvo lugar, únicamente, en las bases de datos electrónicas de Pubmed y Cochrane; dado que el número de publicaciones encontradas fue elevado y existía una limitación de mínimo 20 y de máximo 30 artículos. Para ello se utilizan las siguientes palabras clave o descriptores (DeCS): Hipertensión, Estilos de vida, Cooperación del paciente, adultos; o, en inglés (MeSH): Hypertension, Lifestyle, Patient compliance and adults. No fue necesario utilizar descriptores secundarios.

Además, como operador booleano sólo ha sido necesario utilizar “AND” dado que la cantidad de artículos potencialmente relevantes fruto de dicha búsqueda fue elevada; construyendo la siguiente cadena de búsqueda:

- *Hypertension AND Lifestyle AND Patient compliance AND Adults.*

Utilizando estos descriptores primarios se pudo llevar a cabo una serie de cruces en las distintas bases de datos, los cuales he especificado y desarrollado en una serie de tablas en el Anexo 1. En ellas se muestran los distintos niveles de búsqueda o cruce, detallando el número de artículos encontrados en cada una de ellas, aquellos que fueron seleccionados en un principio y los que, finalmente, fueron incluidos. Hay que aclarar que todos estos cruces se realizaron utilizando únicamente los descriptores primarios en inglés (MESH). Además, en el anexo 2 se recoge la ficha técnica para revisiones bibliográficas de cada estudio analizado en las que, a modo de resumen, se detalla la información más relevante de la introducción, el objetivo, los resultados la discusión y las conclusiones; además, de la fecha, año de publicación y los datos relacionados con la Escala SIGN, la Escala Likert y si existe asociación significativa.

Por último, para poder argumentar la información detallada en la introducción se llevó a cabo una búsqueda más básica de artículos que también están incluidos en la bibliografía

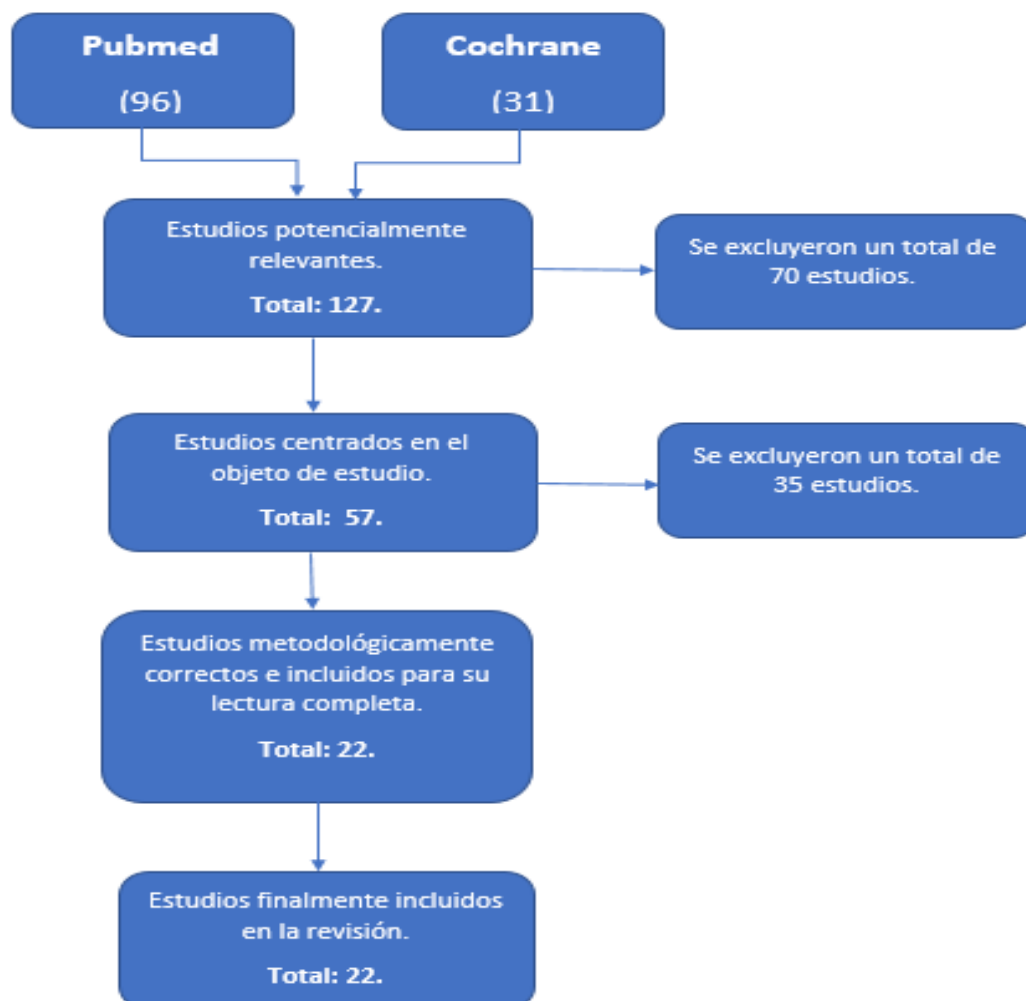
5. RESULTADOS.

La búsqueda de estudios tuvo como objetivo determinar qué factores intervienen en la adherencia a las recomendaciones de ejercicio físico y dieta en pacientes adultos con HTA; así como conocer cuáles son las principales recomendaciones sobre dieta y actividad física que se llevan a cabo, identificar si la tasa de cumplimiento es igual para todos los comportamientos y explicar cómo influye el nivel de conocimientos previos que el paciente posee, las características personales de cada individuo y qué papel juega el equipo asistencial en la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida saludable.

- **Pubmed:** De las 96 publicaciones encontradas en el segundo nivel de búsqueda, tras leer el título, sólo 50 fueron seleccionadas para una revisión en mayor profundidad. Finalmente, sólo 18 estudios fueron incluidos para la revisión.
- **Cochrane:** De los 31 estudios encontrados en el segundo nivel de búsqueda, tras leer el título, sólo 7 publicaciones fueron seleccionadas. De estas, sólo fueron incluidas 4 y, además, una de ellas estaba presente en ambas bases de datos.

Así, de los 127 estudios que se obtuvieron en ambas bases de datos, fueron seleccionados un total de 57 y de estos, finalmente, fueron incluidos 22 artículos para la revisión. Podemos observar esta información más detalladamente en el diagrama de flujo de la figura 1.

Figura 1: Diagrama de flujo.



El diseño de los estudios analizados ha sido variado. El número total de estudios experimentales fue de 10, contando con 9 ensayos clínicos controlados aleatorizados y 1 estudio cuasiexperimental comunitario. Además, se encontraron 11 estudios observacionales, de ellos 9 fueron estudios de prevalencia, transversales o cross-sectional, 1 estudio de descripción de uno o más casos y 1 estudio de cohorte longitudinal. Por otro lado también se analizó 1 revisión bibliográfica.

De todos los estudios que fueron incluidos, 4 fueron realizados en Estados Unidos (EEUU), 2 en Países Bajos (PB), 2 en Australia (AU), 2 en Corea del sur (K), 2 en Turquía (T), 1 en Austria (A), 1 en Pakistán (P), 1 en Mongolia (M), 1 en Filipinas (F), 1 en Israel, 1 en Brasil (B), 1 en España y 1 en Nigeria (N). La revisión sistemática se llevó a cabo en varios países y, un último estudio que fue desarrollado en conjunto en Estados Unidos y Corea del sur.

En la tabla 2 podemos observar un resumen de todos los estudios incluidos en la revisión en la que se puede comprobar el autor principal así como el tipo de diseño de cada estudio, año, lugar de publicación, muestra y base de datos donde se encontró. Además, muestra que existe asociación significativa para todos los estudios y que la mayoría tuvieron una puntuación de 4 en la Escala Likert. Finalmente, gracias a la Escala SIGN, podemos comprobar que el nivel de evidencia (NE) y grado de recomendación (GR) fue variado, en función del estudio analizado.

Tabla 2. Resumen de los estudios incluidos para la revisión.

AUTOR PRINCIPAL	BASE DE DATOS	DISEÑO	PAÍS	ASOCIACIÓN	(n)	SIGN		E. LIKERT
						NE	GR	
Erik J. A. J. Beune	COCHRANE	ECCA	PB	AS	146	1++	A	4
Sabine PerL	COCHRANE	ECCA	A	AS	256	1++	A	4
Muhammad Amir Khan	COCHRANE	ECCA	P	AS	1.138	1++	A	4
X.S. Zhao, R. Wang	COCHRANE / PUBMED	ECCA	M	AS	1.112	1++	A	4

Samuel Kimani	PUBMED	PR	K	AS	229	3	D	4
T Scheltens	PUBMED	PR	PB	AS	40011	3	D	4
Jing Fang	PUBMED	PR	EEUU	AS	*	3	D	4
Saman Khalesi	PUBMED	PR	EEUU	AS	233	3	D	4
Aldo L. Ferrara	PUBMED	ECHL	AU	AS	188	2+	C	4
Sajid Mahmood	PUBMED	RB	*	AS	*	2++	C	4
Saide Aytekin1	PUBMED	PR	T	AS	589	3	D	4
Kyong Park	PUBMED	PR	K	AS	*	3	D	4
Benedict Jerome D. Calano1	PUBMED	ECEC	F	AS	50	*	D	3
Deborah E. Jones	PUBMED	ECCA	EEUU	AS	279	1++	A	4
Heymann Anthony	PUBMED	ECCA	EEUU	AS	86	1++	A	4
Mi Ja Kim	PUBMED	SC	EEUU / K	AS	200	3	D	4
Rabia Hacıhasanoğlu	PUBMED	ECCA	T	AS	120	1++	A	4
Anthony D. Heymann	PUBMED	ECCA	I	AS	1125	1++	A	4
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza	PUBMED	ECCA	B	AS	57	1++	A	4
Fatai Adesina Maruf	PUBMED	PR	N	AS	200	3	D	4
Saman Khalesi1	PUBMED	PR	AU	AS	224	3	D	4
Estrada D	PUBMED	PR	E	AS	980	3	D	4

Ensayo clínico controlado y aleatorizado (ECCA). Estudio de prevalencia, transversal o cross-sectional (PR). Estudio de cohortes longitudinal (ECHL). Revisión bibliográfica (RB). Estudio cuasiexperimental comunitario (ECEC). Estudio de descripción de uno o más casos o serie de casos (SC). Países Bajos (PB). Austria (A). Pakistán (P). Estados Unidos (EEUU). Mongolia (M). Reino Unido (UK). Turquía (T). Corea (K). Filipinas (F). Israel (I). Brasil (B). Nigeria (N). Australia (AU). Los datos desconocidos aparecerán señalados con un asterisco (*).

6. DISCUSIÓN.

A pesar de todos los avances en el diagnóstico, de que los diferentes tratamientos han seguido mejorando con los años y de que existe evidencia científica que demuestra la eficacia tanto del tratamiento farmacológico como no farmacológico para el control de la HTA; los niveles de adherencia a estos y el manejo efectivo de la presión arterial siguen teniendo tasas muy bajas (7,8). Además, existe evidencia científica que demuestra que el tratamiento no farmacológico es clave para prevenir o retrasar que pacientes con hipertensión grado 1 tengan que empezar a tomar medicación o ayudar a reducir el número de medicamentos y/o dosis de estos en pacientes que ya tomaban medicación (9).

Por otro lado, a diferencia del tratamiento farmacológico, no tiene efectos adversos y es menos costoso para el sistema sanitario (10). De hecho, numerosos estudios recomiendan que el manejo de la hipertensión ha de comenzar con la modificación de los estilos de vida y, si no es posible lograr el control de la presión arterial a través de ellos, entonces debería complementarse con el tratamiento farmacológico (11).

Sin embargo, lograr modificar hábitos o conductas pocos saludables como llevar una vida sedentaria o los malos hábitos alimenticios por estilos de vida más saludables es difícil y, más aún, mantenerlos en el tiempo (9).

Principales recomendaciones relacionadas con la adopción de una dieta saludable y la realización de ejercicio físico.

Con el objetivo de conocer cuáles son los principales factores que determinan la adherencia o no a las recomendaciones de dieta saludable y ejercicio físico, es necesario saber primero cuáles son los principales comportamientos que modificar dentro de estas recomendaciones y conocer si el cumplimiento es el mismo para todos o no. Así, podemos destacar:

- a. Dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension):** Esta dieta, que tiene similitudes con la dieta mediterránea, fue diseñada para la prevención y/o el manejo efectivo de la HTA. Se basa en el consumo elevado de frutas, vegetales, cereales integrales, proteínas magras, lácteos bajos en grasa y, por otro lado, un consumo reducido de sodio (12). Así, entre otros beneficios, el alto contenido en flavonoides de las verduras y frutas hacen que disminuya el riesgo de sufrir HTA ya que su poseen propiedades cardioprotectoras, antioxidantes, antiinflamatorias, etc. (13). Además, diferentes estudios (12,14) han demostrado que con este tipo de dieta se puede llegar a disminuir la PA en 11'4/5'5 mmHg, en comparación con el grupo control y que la combinación de la dieta DASH con la realización de ejercicio físico de forma regular puede suponer una reducción de los niveles de PA incluso mayor, de 16'1/9'9 mmHg.
- b. Disminución del consumo de sodio:** Aunque se considera normal un consumo de 2.400 mg /24h, en pacientes con HTA no se recomienda tomar más de 1500 mg/ 24h. Así, un aumento de la ingesta de sal de 100 mEq por día supone un incremento de 8'2 / 4'9 mmHg (11,15). Por otro lado, otros estudios (12) evidencian que, por ejemplo, limitando el consumo de sodio a 1.400 mg /24h se obtenía una reducción de la PA media de 11'5 mmHg y que, además, disminuía el riesgo de eventos cardiovasculares hasta un 25%.
- c. Suplementación con magnesio y/o potasio.** Diferentes publicaciones (12,13) han demostrado una correlación inversa entre el consumo de alimentos ricos en potasio con la HTA; de manera que la suplementación en la dieta de 70 mmol/día se asoció con una disminución de 4'4 / 2'4 mmHg de la PA de media y, además, el efecto de ésta parecía incluso mejorar en aquellos pacientes con una mayor ingesta de sodio. Lo mismo ocurre con el magnesio, muy presente en frutas y verduras, se observó que una suplementación con magnesio reflejó una disminución de los niveles de PA de hasta 12 / 8 mmHg.

- d. Disminuir el consumo de alcohol.** Ensayos como el de Mahmood S *et al* (12) evidencian que el consumo excesivo de alcohol es responsable del 5 al 30% del total de casos de HTA. En este mismo ensayo, además, se observó cómo reducir el consumo de 6 a 3 bebidas alcohólicas a la semana significaba una reducción de hasta 5'5 / 3'97 mmHg en la PA.
- e. Ejercicio físico regular y control de peso corporal:** Ensayos como el de Maruf FA *et al* (10) evidencian que realizar actividad física de forma regular es uno de los principales hábitos que se han de modificar para si se quiere conseguir un buen manejo de la HTA. Así, por ejemplo, muestra como pacientes que realizaron ≥ 150 min de ejercicio aeróbico / semana observaban una reducción significativa en la PA de entre 5-15 / 4-9 mmHg. Por otro lado, en el ensayo de Mahmood S *et al* (12), se demostró que realizar entrenamientos isométricos de forma regular supuso una reducción de 11'8/ 5'8 mmHg.

Uno de los principales hallazgos de esta revisión ha sido evidenciar que el porcentaje de cumplimiento de cada comportamiento es diferente. Esto se puede observar, por ejemplo, en el estudio de Fang J *et al* (9) en el que se detalla que el porcentaje de pacientes que reportaba una adherencia a todos los comportamientos de estilo de vida saludable propuestos (Disminuir su peso corporal, reducir / eliminar el consumo de alcohol y tabaco, consumir la cantidad de recomendada de frutas y verduras diarias y, por último, realizar actividad física regularmente) fue de sólo el 1'7 % del total de la muestra.

Lo mismo ocurría en el estudio de Anthony H *et al* (14), en el que los pacientes preferían adherirse sólo a algunos de los comportamientos recomendados. Numerosos estudios (8,9,11,16,17) apuntan a que dichas discrepancias podían deberse a factores como la raza/etnia, edad, sexo y nivel de educación; exponiendo que aquellos pacientes de mayor edad, mayor nivel educativo y de sexo femenino eran más propensos a desarrollar mayor adherencia a las recomendaciones.

Nivel de conocimientos del paciente sobre su patología como factor determinante de la adherencia de las recomendaciones de dieta saludable y ejercicio físico.

Numerosos estudios (16,18) demuestran que aquellos sujetos que son más conscientes sobre su proceso de enfermedad son, a su vez, los que consiguen un mayor nivel de adherencia a las recomendaciones de estilo de vida saludable. Esto se puede observar en el estudio de Estrada D *et al* (19) en el que demostró que la mayoría de los pacientes tenían poca información o no seguían las recomendaciones de adherencia al tratamiento como se les indicaba. Esto implicaba, a su vez, una mayor probabilidad de que la enfermedad se agravase, mayores complicaciones, un mayor número de ingresos hospitalarios, una disminución de la calidad de vida y un aumento de los gastos sanitarios. En este mismo estudio, además, se observó que los pacientes que obtenían información y motivación por parte del personal sanitario tuvieron 2,42 veces mayor adherencia al tratamiento que aquellos quienes consideraron que no la recibieron por parte del médico y/o enfermera.

Otros estudios (17,20) mostraban, por ejemplo, que muchos pacientes desconocían que en su etapa inicial la HTA es asintomática y que generaba en los pacientes una dejadez, indiferencia o despreocupación. De hecho, muchos llegaban a negar que fuese una patología en sí misma y consideran que poder sufrir una complicación era algo improbable. Estos resultados son también evidenciados en el estudio de Khalesi S *et al* (7), que mostraba cómo aquellos pacientes con mejores conocimientos sobre hábitos de vida saludables como la dieta DASH, realizar actividad física regularmente y cumplir un patrón de sueño adecuado (alrededor de 7 horas de sueño diarias) estaban, generalmente, más concienciados con su salud. Esto, además, generaba al individuo una mayor confianza en sí mismo y le permitía desarrollar una mejor adherencia a este tratamiento no farmacológico. Por el contrario, aquellos individuos que tenían malos hábitos alimenticios tenían peor percepción y menos conocimiento sobre su salud y, además, más probabilidades de no cumplir el tratamiento. Lo mismo ocurre en otros estudios (10,21) que han demostrado que un mayor conocimiento sobre la actividad física permitía mejorar la participación y la actitud del paciente hacia esta y, a su vez, implicaba una mejor adherencia. Estos autores demostraban, también, que había más posibilidad de que los pacientes escogiesen alimentos más saludables cuanto mayor conocimiento dietético tenían.

Por otro lado, además de ofrecer una información clara y veraz, esta ha de estar adaptada culturalmente a cada individuo (15). Así, el estudio publicado por Erik J. A. J. Beune *et al* (22), basado en la adaptación cultural de las intervenciones, no sólo evidenciaba una reducción de la presión arterial en el grupo de intervención en comparación con el grupo control sino que, además, demostraba su relación con una mejora en la adhesión a las recomendaciones de estilo de vida.

En contraposición a todo esto, estudios como el de Anthony D. Heymann *et al* (23) mostraba que aun teniendo conocimientos suficientes sobre su proceso de enfermedad muchos de estos pacientes no adoptaban un estilo de vida saludable. Así, por ejemplo, sólo dos tercios de los pacientes que componían la muestra de este estudio reportaban hacer ejercicio, el 13% aún fumaba, apenas otro 13% había logrado un IMC óptimo y sólo el 52% informó tener niveles normales de PA.

Por otro lado, varios de los estudios analizados (24–26) evidenciaron que, a pesar de que reforzar los conocimientos en los pacientes se traduce en una mejora de la adherencia al tratamiento, el conocimiento por sí sólo no es suficiente sino que sería necesario, además, desarrollar intervenciones simultáneas que aborden diferentes aspectos de la adherencia terapéutica como mejorar sus habilidades, la motivación y empoderar al paciente.

Características individuales del paciente como factor determinante de la adherencia de las recomendaciones de dieta saludable y ejercicio físico.

Para poder llevar a cabo una buena intervención educativa con el paciente, no sólo es necesario saber que conoce sino averiguar cuáles son sus motivaciones para conseguir un cambio de actitud que nos permita modificar aquellos comportamientos o hábitos poco saludables (14). De hecho, conseguir motivar a los pacientes hipertensos para que lleven a cabo estas modificaciones conductuales y que, además, las mantengan en el tiempo es un gran reto, por lo que hay que tener en cuenta factores como, por ejemplo, si el estado físico del paciente supone una limitación, si posee otras patologías concomitantes o, sin ir más lejos, si existen limitaciones socioeconómicas como la falta de recursos económicos, de tiempo o de acceso a instalaciones deportivas en su vecindario (10).

Por otro lado, otros estudios como el de Anthony H *et al* (14) muestran que aquellos pacientes con patologías concomitantes como por ejemplo la diabetes (DM), algo que en principio podría suponer una limitación, estas generaban el efecto contrario sobre los pacientes. Así, no sólo aceptaban mejor que la HTA es una enfermedad crónica que debe tener tratamiento durante toda la vida sino que, además, percibían el tratamiento de la HTA como menos molesto que el de la DM.

Papel del equipo asistencial como factor determinante a la adherencia de las recomendaciones de dieta saludable y ejercicio físico.

Distintos estudios (25,27) evidencian que promover la participación activa del paciente para que éste sea protagonista de su proceso de enfermedad es fundamental. Además, se demuestra la importancia de desarrollar intervenciones educativas que fomenten el autocontrol de la presión arterial como, por ejemplo, entrenar al paciente para que lleve a cabo el control de la presión arterial en su domicilio (AMPA, auto medición de la presión arterial). Esto no solo refuerza los conocimientos del paciente sobre su enfermedad sino que, a su vez, mejora la adherencia y permite obtener unas mediciones de presión arterial más reales que las que pudieran tomarse en la consulta (MAPA, medición ambulatoria de la presión arterial).

Por otro lado, es de vital importancia que el equipo asistencial esté capacitado para poder llevar a cabo un asesoramiento eficaz; de manera que no sólo tenga los conocimientos teórico prácticos sino que, además, posea habilidades comunicativas que permitan informar, motivar, empoderar y desarrollar una confianza sanitario-paciente que, a su vez, permita aumentar la adherencia al tratamiento no farmacológico (28). Sin embargo, estudios como el de Anthony D. Heymann *et al* (20) reflejan que sólo el 52% de los pacientes encuestados tenían niveles normales de presión arterial y que sólo entre un tercio y la mitad del total de la muestra afirmaban haber recibido asesoramiento de su médico sobre la necesidad de dejar de fumar, adoptar una dieta saludable, reducir el IMC o realizar ejercicio regularmente como tratamiento de la HTA. Los médicos, por su parte, achacaron estas bajas tasas de asesoramiento a la falta de tiempo, de conocimientos y de habilidades propias para el asesoramiento de la modificación del estilo de vida como tratamiento de la HTA.

Otros estudios, como el llevado a cabo en Países Bajos por Scheltens T *et al* (18) demostraron que los médicos sólo aconsejaban reducir o dejar de fumar a un 72% de los pacientes hipertensos, disminuir la ingesta de sodio a un 46% y reducir el consumo de alcohol a un 31%; mientras que en California los médicos aconsejaban en un 76'7 % de los pacientes la modificación de los hábitos de vida, en concreto, a un 54% el realizar actividad física y a un 38% el adquirir una dieta saludable. Además, según el autor de este mismo estudio, una vez se iniciaba el tratamiento farmacológico en estos pacientes, el tratamiento no farmacológico quedaba relegado a un segundo plano.

Otros estudios, como el de Ferrara AL *et al* (29), demostraron que los buenos resultados obtenidos tras las intervenciones educativas individualizadas llegaban a desaparecer al poco tiempo si estas eran reemplazadas por el habitual seguimiento sin refuerzo mientras que se mantenían en el grupo que sí que seguía recibéndolas. Algo similar evidencian otros estudios (11,26), que demuestran que en aquellos contextos en los que no se puedan llevar a cabo intervenciones cara a cara o con la asiduidad que se deseara, se deben desarrollar otras estrategias para complementarlas, como recordatorios vía llamadas telefónicas, e-mails o el uso Apps en el teléfono móvil.

Por último, aunque la literatura nos dice que es imprescindible que se cree una relación de confianza médico-paciente, en el estudio de Jones DE *et al* (28) se observó que, a pesar de que la confianza en su médico favoreció que los pacientes fuesen más proactivos a reducir el consumo de sal o realizar más ejercicio, esta no fue realmente significativa y, además, este mismo estudio se observó que la confianza "completa" en su médico condujo a que 2/3 de estos pacientes delegasen la toma de decisiones sobre su salud al médico; lo cual es un dato negativo.

7. CONCLUSIÓN.

La adherencia a las recomendaciones de ejercicio físico y dieta es especialmente importante en aquellos pacientes con HTA. Así, no sólo implica que disminuya el número de complicaciones y la morbi-mortalidad sino que, además, significa una reducción del gasto sanitario. Por ello, es de vital importancia fomentar el cumplimiento del tratamiento no farmacológico. De hecho, el tratamiento de elección para la prehipertensión o la HTA grado 1 es esencialmente no farmacológico. Este no sólo es tanto o más efectivo que la farmacoterapia sino que, además, no conlleva el riesgo asociado de posibles reacciones

adversas medicamentosas (RAM) ni el elevado coste que supone el tratamiento farmacológico al sistema sanitario. Además, también podría ayudar a que aquellos pacientes que ya toman medicación antihipertensiva lograsen reducir la dosis o el número de medicamentos. Sin embargo, una vez establecida la HTA el tratamiento que mejores resultados demuestra sería la intervención conjunta de medicación antihipertensiva y la modificación de los estilos de vida.

A pesar de que numerosos estudios evidencian los enormes beneficios que reporta, la tasa de cumplimiento del tratamiento no farmacológico, al igual que ocurre con la adherencia a la medicación, no parece ser muy elevada. Esto puede deberse a que conseguir cambios conductuales en el paciente es un gran reto. Para ello, hay que tener en cuenta aspectos como la motivación, su actitud ante la salud, su capacidad de aprendizaje, sus creencias personales y, entre otros, a factores socioeconómicos. Tener en cuenta todos estos factores permitirá desarrollar programas de educación sanitaria individualizados que no sólo refuercen la importancia de la prevención sino que, además, permitan al paciente interiorizar la necesidad de mantener estos hábitos saludables de por vida para poder conseguir el manejo efectivo de la presión arterial.

Por otro lado, gracias a esta revisión de la bibliografía hemos podido constatar que desarrollar esta adherencia terapéutica no sólo está vinculado a las características individuales del paciente y los conocimientos que posee sobre su proceso de enfermedad sino que, a su vez, la implicación por parte del equipo asistencial es de vital importancia.

Así, hemos podido comprobar como un porcentaje muy elevado de pacientes hipertensos no sólo no poseía conocimientos insuficientes o ideas equivocadas sobre su enfermedad sino que, además, un gran número de ellos achacaba esto a no haber recibido un buen asesoramiento / seguimiento por parte del equipo asistencial.

Estos datos refuerzan la necesidad de desarrollar programas educativos que no sólo se centren en el paciente sino que, también, involucren a la familia y, muy importante, al equipo asistencial. Así, estos últimos han de poseer competencias específicas, conocimientos teórico-prácticos y habilidades comunicativas para que el éxito de estos programas de educación sanitaria sean lo más eficaces y eficientes posibles y, con ello, garantizar una adecuada adherencia terapéutica a largo plazo.

En este sentido hay que destacar el papel privilegiado que tiene la enfermería en la prevención, asesoramiento y el seguimiento de los pacientes con HTA, sobre todo en relación con el cumplimiento del tratamiento no farmacológico para garantizar el control óptimo de su presión arterial. Actualmente, el seguimiento y control de la presión arterial se lleva a cabo tanto en la consulta del médico como en la de enfermería por lo que es imprescindible que la enfermera sea capaz de desarrollar una confianza enfermera-paciente que favorezca que el paciente exponga sus dudas, miedos y sentimientos y, a la vez, permita a la enfermera motivar, empoderar y establecer, junto a él / la paciente, objetivos específicos.

Así, a pesar de que en los servicios de Atención Primaria españoles existen talleres grupales de educación para los pacientes con HTA, los resultados de nuestro estudio recomiendan que estas intervenciones han de ser individualizadas y culturalmente adaptadas a cada paciente. Teniendo en cuenta, además, que es imprescindible que sean mantenidas en el tiempo para que los beneficios de las intervenciones perduren a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Banegas JR, de la Sierra A, Segura J, Vinyoles E, et al. Position statement on ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) by the Spanish Society of Hypertension (2019). *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2019;36(4):199-212. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2019.05.002>
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Vol. 39, *European Heart Journal*. 2018. 3021-3104 p.
3. Soto V, Marqueta PM, Galván CDT, Bonafonte LF, Fernández EL, Aurrekoetxea TG. Prescripción de ejercicio físico en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. Documento de consenso de la SEMED-FEMEDE). *Arch Med Deport*. 2015;32(5):281-312.
4. Alhawassi TM, Krass I, Pont LG. Antihypertensive-related adverse drug reactions among older hospitalized adults. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2018;40(2):428-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0583-7>
5. Ramón Soto J. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de enero de 2018;29(1):61-8.
6. Busquets Diviu R, Roser. Educación de Enfermería para el autocuidado y control de la Hipertensión Arterial (HTA) en personas con HTA Crónica. *Recer (Dipòsit la Recer Catalunya)* [Internet]. 2014;1-30. Disponible en: <https://www.recercat.cat/handle/2072/234157>
7. Khalesi S, Irwin C, Sun J. Dietary Patterns, Nutrition Knowledge, Lifestyle, and Health-Related Quality of Life: Associations with Anti-Hypertension Medication Adherence in a Sample of Australian Adults. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2017;24(4):453-62.
8. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *J Clin Nurs*. 2011;20(5-6):692-705.
9. Fang J, Moore L, Loustalot F, Yang Q, Ayala C. Reporting of adherence to healthy lifestyle behaviors among hypertensive adults in the 50 states and the District of Columbia, 2013. *J Am Soc Hypertens* [Internet]. 2016;10(3):252-262.e3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jash.2016.01.008>

10. Maruf FA, Ojukwu CC, Akindele MO. Perception, Knowledge, and Attitude toward Physical Activity Behaviour: Implications for Participation among Individuals with Essential Hypertension. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2018;25(1):53-60.
11. Aytekin S, Guneri S, Cam N, Aydinlar A, Kozdag G, Ozerkan F, et al. An observational study to evaluate factors responsible and actions taken for hypertensive patients who are not at blood pressure goal: I-target Goal Study. *Hypertens Res [Internet]*. 2012;35(6):624-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/hr.2012.12>
12. Mahmood S, Shah KU, Khan TM, Nawaz S, Rashid H, Baqar SWA, et al. Non-pharmacological management of hypertension: in the light of current research. *Ir J Med Sci.* 2019;188(2):437-52.
13. Kimani S, Mirie W, Chege M, Okube OT, Muniu S. Association of lifestyle modification and pharmacological adherence on blood pressure control among patients with hypertension at Kenyatta National Hospital, Kenya: A cross-sectional study. *BMJ Open.* 2019;9(1).
14. Anthony H, Valinsky L, Inbar Z, Gabriel C, Varda S. Perceptions of hypertension treatment among patients with and without diabetes. *BMC Fam Pract.* 2012;13.
15. Kim MJ, Lee SJ, Ahn YH, Lee H. Lifestyle advice for Korean Americans and native Koreans with hypertension. *J Adv Nurs.* 2011;67(3):531-9.
16. Park K, Cho S, Bower JK. Changes in adherence to non-pharmacological guidelines for hypertension. *PLoS One.* 2016;11(8):1-15.
17. Zhao XS, Wang R, Bin LR, Wa SQG. Intervention for prehypertension and its cardiovascular risk factors in Inner Mongolia. *Genet Mol Res.* 2014;13(3):4867-82.
18. Scheltens T, Beulens JW, Verschuren WMM, Boer JM, Hoes AW, Grobbee DE, et al. Awareness of hypertension: Will it bring about a healthy lifestyle. *J Hum Hypertens.* 2010;24(9):561-7.
19. Estrada D, Sierra C, Soriano RM, Jordán AI, Plaza N, Fernández C. Grade of knowledge of hypertension in hypertensive patients. *Enferm Clin [Internet]*. 2020;30(2):99-107. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.033>
20. Delgado IZ, Villarraso MTC, García MR. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol.* 2014;17(4):251-60.

21. Khalesi S, Irwin C, Sun J. Lifestyle and self-management determinants of hypertension control in a sample of Australian adults. *Expert Rev Cardiovasc Ther* [Internet]. 2018;16(3):229-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14779072.2018.1435272>
22. Beune EJAJ, Moll Van Charante EP, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, et al. Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African Origin with uncontrolled hypertension: Cluster-randomized trial. *PLoS One*. 2014;9(3):1-11.
23. Gray J. Enlightenment's wake: Politics and culture at the close of the modern age. *Enlightenment's Wake Polit Cult Close Mod Age*. 2007;13(september):1-302.
24. Calano BJD, Cacal MJB, Cal CB, Calletor KP, Guce FICC, Bongar MV V., et al. Effectiveness of a community-based health programme on the blood pressure control, adherence and knowledge of adults with hypertension: A PRECEDE-PROCEED model approach. *J Clin Nurs*. 2019;28(9-10):1879-88.
25. Perl S, Niederl E, Kos C, Mrak P, Ederer H, Rakovac I, et al. Randomized evaluation of the effectiveness of a structured educational program for patients with essential hypertension. *Am J Hypertens*. 2016;29(7):866-72.
26. Khan MA, Khan N, Walley JD, Khan SE, Hicks J, Sheikh FI, et al. Enhanced hypertension care through private clinics in Pakistan: a cluster randomised trial. *BJGP Open*. 2019;574:bjgpopen18X101617.
27. de Souza WKS, Jardim PCB, Brito LP, Araújo FA, Sousa ALL. Self measurement of blood pressure for control of blood pressure levels and adherence to treatment. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(2):167-74.
28. Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2012;89(1):57-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.003>
29. Ferrara AL, Pacioni D, Di Fronzo V, Russo BF, Staiano L, Speranza E, et al. Lifestyle Educational Program Strongly Increases Compliance to Nonpharmacologic Intervention in Hypertensive Patients: A 2-Year Follow-Up Study. *J Clin Hypertens*. 2012;14(11):767-72.

ANEXOS

Anexo 1: Estrategia de búsqueda bibliográfica y resultados.

Cruces planteados:

- ❖ **Cruce de 1^{er} nivel:** Hypertension AND Lifestyle.
- ❖ **Cruces de 2^o nivel:** (Hypertension And Lifestyle) AND Patient compliance AND Adult.

BASE DE DATOS	PUBMED	CADENA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS INCLUIDOS
1 ^{er} NIVEL	Hypertension AND Lifestyle.	((("Hypertension"[Mesh]) AND "Life Style"[Mesh])	1788		
2 ^o NIVEL	(Hypertension And lifestyle) AND Patient compliance AND Adult.	((("Hypertension"[Mesh]) AND "Life Style"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh]) AND "Adult"[Mesh]	96	50	18
Filtros aplicados: Disponibilidad de textos: Textos completos. Año de publicación: Últimos 10 años. Especie: Humanos.					

BASE DE DATOS	COCHRANE	CADENA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS INCLUIDOS
1 ^{er} NIVEL	Hypertension AND Lifestyle.	"hypertension" AND "lifestyle"	540		
2 ^o NIVEL	(Hypertension And lifestyle) AND Patient compliance AND Adult.	("Hypertension" And "Lifestyle") AND ("Patient compliance" AND "Adult").	31	7	4
Filtros aplicados: Disponibilidad de textos: Textos completos. Año de publicación: Últimos 10 años. Especie: Humanos.					

Anexo 2. Ficha técnica para revisiones bibliográficas.

Título	Culturally Adapted Hypertension Education (CAHE) to Improve Blood Pressure Control and Treatment Adherence in Patients of African Origin with Uncontrolled Hypertension: Cluster-Randomized Trial			
Introducción	Resumen	<p>Este estudio evidencia la diferente prevalencia de la HTA entre grupos étnicos, relacionada con el mal cumplimiento de la medicación y la mala adherencia a las recomendaciones de estilo de vida; siendo esta la causa modificable más importante.</p> <p>Además, sugiere que los conocimientos del paciente sobre la HTA y las alternativas de tratamiento también pueden diferir entre los grupos étnicos.</p> <p>Por ello, guías nacionales e internacionales de atención primaria evidencian que la educación centrada en el paciente es el mejor medio para mejorar la motivación y la adherencia al tratamiento; siendo de especial importancia que ésta esté adaptada culturalmente (CAHE).</p>		
	Objetivo	<p>Evaluar el efecto de una intervención de educación del paciente, basada en la práctica y culturalmente adaptada, sobre la presión sanguínea (PA) y la adherencia al tratamiento entre los pacientes de origen africano con hipertensión no controlada.</p>		
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio (ECCA).	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 1++ Grado de recomendación (GR)= A
	Base de datos de procedencia.	Cochrane.		

		Año y país de publicación.	Países Bajos, 2014.
Resultados relevantes	<p>De 146, 139 pacientes (95%) terminaron el estudio (intervención n=71, control n=68). A los 6 meses y tras el ajuste de las covariables preespecificadas de edad, sexo, duración de la hipertensión, educación, medición de referencia y efecto de agrupación; la diferencia entre los grupos en la reducción de la PAS y la PAD fueron de 21'69 mmHg (IC del 95%: 26'01 a 2'62; p= 0'44) y 23'01 mmHg (25'73 a 20'30; p= 0'03) a favor del grupo de intervención. Mientras que la adherencia a la mediación mejoró ligeramente en ambos grupos, las puntuaciones medias de cumplimiento de las recomendaciones sobre el estilo de vida aumentaron en el grupo de intervención y disminuyeron en el grupo control. La diferencia entre grupos en el cumplimiento de las recomendaciones de estilo de vida fue de 0'34 (0'12 a 0'55; p= 0'003) mientras que en la adherencia a la medicación fue de 20'09 (20'65 a 0'46; p= 0'74)</p>		
Discusión planteada	<p>En este estudio se evalúa el efecto de una intervención de educación del paciente, culturalmente adaptada, sobre la presión sanguínea (PA) y la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida y a la mediación en 146 pacientes de origen surinameses y ghaneses que reciben atención primaria en los Países Bajos.</p> <p>Se pudo observar una reducción de los niveles de PA, así como una significativa mejora de la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida en el grupo de intervención de manera que, una posible explicación para esto sea que la intervención con CAHE propició un mejor cumplimiento de las recomendaciones sobre el estilo de vida que, además, supuso una mejora del IMC y la reducción del sodio en la dieta.</p> <p>Este hallazgo es importante dado que las guías clínicas sobre HTA de los Países Bajos recomiendan la modificación de los estilos de vida como primera opción de tratamiento en todos los pacientes con HTA:</p>		

Conclusiones del estudio	Mejorar el cumplimiento de la medicación y la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida es esencial para disminuir las disparidades étnicas. En este estudio se pudo evidenciar que la CAHE tuvo un efecto positivo en el cumplimiento de las recomendaciones de estilo de vida auto-declarado, lo cual es muy relevante ya que se considera ha de considerarse la primera opción de tratamiento.
Cita bibliográfica (Vancouver)	Beune EJAJ, Moll Van Charante EP, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, et al. Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African Origin with uncontrolled hypertension: Cluster-randomized trial. PLoS One. 2014;9(3):1-11.

Título	Randomized Evaluation of the Effectiveness of a Structured Educational Program for Patients With Essential Hypertension(1)	
Introducción	Resumen	<p>La adherencia al tratamiento farmacológico como a las recomendaciones de estilo de vida saludable es esencial para el control de la HTA, por ello los programas educativos para pacientes hipertensos son claves para su manejo.</p> <p>Para facilitar el cumplimiento de las recomendaciones sobre la modificación del estilo de vida, médicos y enfermeras especializados en HTA han desarrollado un programa educativo estructurado, llamado HERZ.LEBEN; que consta de 4 módulos semanales de 90 minutos. En el primero reciben información sobre la HTA, segundo y tercero se centran en la nutrición y actividad física y el</p>

		cuarto en la medicación y repasar los módulos anteriores.		
	Objetivo	Evaluar, aleatoriamente, la eficacia de un programa educativo estructurado para pacientes con HTA.		
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado y aleatorizado (ECCA)	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 1++ Grado de recomendación (GR)= A
	Base de datos de procedencia.	Cochrane.		Escala LIKERT
			Año y país de publicación.	Austria, 2015.
Resultados relevantes	<p>La evaluación del programa mostró una reducción significativa de la PAS de $156,1 \pm 20,8$ mm Hg a $139,2 \pm 15,6$ mm Hg (PAG <0,01), y PAD de $88,9 \pm 11,1$ mm Hg a $82,1 \pm 9,5$ mm Hg (PAG <0,01). NZRS ($17,28 \pm 8,29\%$ vs. $14,1 \pm 7,2\%$; PAG <0,01) y el índice de masa corporal ($29,26 \pm 4,92$ vs. $29,06 \pm 4,99$, PAG <0,01) mejorado significativamente.</p> <p>Se forman 2 grupos de pacientes mediante aleatorización 1:1 (T-0) de un total de n= 256. El grupo 1 (G-1) formado por pacientes que asisten al programa educativo y el grupo 2 (G-2), sin formación, como control. A los 6 meses (T-6) se comparan ambos grupos y, además, G-2 también recibe la formación.</p> <p>En T-6 los valores de PAS en G-1 fueron significativamente menores que en G-2 mientras que en T-12, cuando ambos grupos ya habían recibido la formación, estas diferencias desaparecieron.</p>			
Discusión planteada	Este estudio confirma la disminución de la PA gracias al programa educativo y, con ello, un mejor cumplimiento de las recomendaciones de estilo de vida y la medicación.			

	<p>Actualmente sigue existiendo una tasa muy alta de no adherencia, por ello, la implementación de programas educativos como el Herz.leben, en conjunto con un equipo de médicos y enfermeros especializados, son necesarios para mitigar las complicaciones y la mortalidad asociadas a la HTA.</p> <p>Los factores relacionados con el paciente, como el estilo de vida y el cumplimiento de la medicación son esenciales; de manera que diversos organismos recomiendan la intervención en el estilo de vida como terapia de primer paso en la HTA ya que ofrecen el mayor y más sostenible beneficio. Por ejemplo, el incremento de la actividad física tiene una disminución en la mortalidad cardiovascular en pacientes hipertensos del 16 al 67%.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Es esencial que los pacientes formación sobre su patología y sobre su manejo, así como motivarlos y empoderarlos para garantizar una buena adherencia.</p> <p>Los resultados del estudio muestran evidencia significativa de los beneficios que reporta participar en un programa educativo en los pacientes hipertensos y, además, muestra que estos efectos positivos están relacionados con la mayor adherencia a las recomendaciones de estilo de vida y que esto se consiguió gracias a los mayores niveles de información y el empoderamiento recibido por el paciente.</p> <p>Por ello, las estrategias educativas deben considerarse como norma en la atención a los pacientes hipertensos ya que otros estudios no sólo han demostrado su eficacia sino, también, que resultan ser económicos.</p>
<p>Cita bibliográfica (Vancouver)</p>	<p>Perl S, Niederl E, Kos C, Mrak P, Ederer H, Rakovac I, et al. Randomized evaluation of the effectiveness of a structured educational program for patients with essential hypertension. Am J Hypertens. 2016;29(7):866-72.</p>

Título	Enhanced hypertension care through private clinics in Pakistan: a cluster randomised trial {Formatting Citation}			
Introducción	Resumen	<p>Alrededor de dos tercios de la población adulta de Pakistán no se revisa la PA y, de los pacientes ya diagnosticados, sólo el 34% recibe el tratamiento adecuado. Además, de estos, sólo el 3% alcanza el objetivo de control de 140/90 mmHg.</p> <p>Por ello, el departamento de salud ha establecido un programa para coordinar las intervenciones y la gestión de las enfermedades no transmisibles, incluida la HTA, en los centros públicos y privados, representando estos últimos el 70%. A su vez, estas no siguen las normas internacionales de diagnóstico y tratamiento y, mucho menos, ofrecen atención a largo plazo.</p>		
	Objetivo	<p>Evaluar, si la mejora de la atención en las clínicas privadas supuso un mejor control de la HTA, los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y la adherencia al tratamiento.</p>		
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado y aleatorizado (ECCA)	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 1++
	Base de datos de procedencia.	Cochrane.		Grado de recomendación (GR)= A
			Escala LIKERT	4
			Año y país de publicación.	Pakistán, 2019.
Resultados relevantes	<p>El estudio se llevó a cabo, en 26 clínicas privadas, con una muestra n= 1.138 (Intervención = 574, control = 564) y con una asignación al</p>			

	<p>azar en proporción 1:1. El personal y los pacientes no estaban cegados, pero si los evaluadores.</p> <p>Tras nueve meses, los primeros resultados para 522 de 574 (90'9%) de los participantes en la intervención y 484 de 564 (85'8) del grupo control mostraron que el resultado medio del grupo intervención fue -25'2 mmHg (Intervalos de IC del 95%= -29'9 a -20'6); mientras que el grupo control fue de -9'4 mmHg (IC del 95% = 21'2 a 2'2); siendo la diferencia media entre ambos grupos de 15'8 (IC del 95% = -3'6 a 28'0; P= 0'01).</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>Tras nueve meses desde la implementación de este programa público-privado se pudo evidenciar la eficacia en el control de la PA y el colesterol en el grupo intervención, gracias al efecto combinado de la prescripción estandarizada, el apoyo a la adherencia y la modificación del estilo de vida.</p> <p>Sin embargo, una de las limitaciones fue el tiempo de seguimiento relativamente corto, aunque fue necesario recoger la información para hacer frente a las limitaciones de tiempo y recursos.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>El estudio evidencia los beneficios de ampliar una intervención de atención integrada de HTA y enfermedades cardiovasculares en clínicas privadas en zonas que carezcan de atención primaria pública en Pakistán. Así, las principales consideraciones en atención a la HTA y otros factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares son la atención a largo lazo y el cambio de estilo de vida, prestando especial atención a este último: alimentación sana, actividad física y el abandono del tabaco.</p>
<p>Cita bibliográfica (Vancouver)</p>	<p>Khan MA, Khan N, Walley JD, Khan SE, Hicks J, Sheikh FI, et al. Enhanced hypertension care through private clinics in Pakistan: a cluster randomised trial. BJGP Open. 2019;574: bjpgopen18X101617.</p>

<p>Título</p>	<p>Intervention for prehypertension and its cardiovascular risk factors in Inner Mongolia</p>
----------------------	--

Introducción	Resumen	Este estudio, llevado a cabo en una muestra de 1112 pacientes con HTA en Mongolia, permite evidenciar los principales factores de riesgo relacionados con la HTA y las enfermedades cardiovasculares y, además, resalta la importancia de llevar a cabo intervenciones que no solo permitan atacar directamente al problema sino, sobre todo, prevenir la aparición de la enfermedad como principal intervención. Para ello presenta diferentes resultados que demuestran la efectividad de la intervención en el estilo de vida y, en particular en este artículo, resalta el mayor beneficio de la intervención combinada en estilo de vida + medicación.		
	Objetivo	Evaluar los niveles de PA entre los pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular asociado para determinar el efecto de determinadas intervenciones.		
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado y aleatorizado (ECCA)	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 1++ Grado de recomendación (GR)= A
	Base de datos de procedencia.	Cochrane / Pubmed.		Escala LIKERT
			Año y país de publicación.	Mongolia, 2014.
Resultados relevantes	Un total de n= 1112 pacientes fueron divididos por igual y al azar en cuatro grupos: estilo de vida, medicación, estilo de vida + medicación y grupo control; con 278 pacientes en cada grupo. El seguimiento duró 12 meses y se observó que la media de PAS y PAD en los grupos de intervención se redujeron significativamente; resultado, incluso, más altos en el grupo control que antes de la			

	<p>intervención. ($P < 0.05$). Sin embargo, la intervención combinada en estilos de vida + medicación permitió obtener mejores resultados en el control de la PA en comparación con la intervención en estilos de vida o medicación por separado. Además, las intervenciones en “estilo de vida” y “estilo de vida + medicación” permitieron la reducción del peso corporal, el IMC y el ICC.</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>En este estudio se evidencia que los principales factores de riesgo relacionados con la HTA son la edad, sexo, niveles de triglicéridos, el IMC, consumo de alcohol y los antecedentes familiares y, por ende, aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Dado que los eventos de HTA se redujeron en los grupos de intervención en comparación con los del grupo de control, se demuestra el beneficio de desarrollar intervenciones que permitan la prevención activa, el control de la PA y sus factores de riesgo para prevenir enfermedades cardiovasculares.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Los pacientes con HTA tienen más probabilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Por ello es importante llevar a cabo estudios que nos permitan conocer que factores de riesgo intervienen en esto y, así, poder desarrollar intervenciones que nos permitan prevenir o atajar el problema. De hecho, es de vital importancia el control de la HTA en estadios tempranos o incluso prevenir su aparición.</p> <p>Por otro lado, resulta importante destacar que la intervención combinada en estilos de vida + medicación permitió obtener mejores resultados en el control de la PA en comparación con la intervención en estilos de vida o medicación por separado.</p>
<p>Cita bibliográfica (Vancouver)</p>	<p>Zhao XS, Wang R, Bin LR, Wa SQG. Intervention for prehypertension and its cardiovascular risk factors in Inner Mongolia. Genet Mol Res. 2014;13(3):4867-82.</p>

Título	Association of lifestyle modification and pharmacological adherence on blood pressure control among patients with hypertension at Kenyatta National Hospital, Kenya: a cross-sectional study			
Introducción	Resumen	La prevalencia de la HTA ha aumentado en África llegando a una estimación de 216'8 millones de personas para 2030 si no se rompe la tendencia actual. Las intervenciones para el tratamiento de la HTA buscan fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico y la modificación del estilo de vida en una actuación combinada y son ofrecidas por médico especialistas, enfermeras, nutricionistas... Además se lleva a cabo educación sanitaria.		
	Objetivo	Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y los estilos de vida en pacientes con HTA.		
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de Prevalencia o Cross-Sectional. (PR)	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 3 Grado de recomendación (GR)= D
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		Escala LIKERT
			Año y país de publicación.	Kenia, 2018.
Resultados relevantes	Con una muestra de n=229 pacientes, se observó que la edad, la FC y el colesterol, un IMC elevado y beber alcohol y fumar estaban directamente relacionados con una PA elevada mientras que, aquellos pacientes que tomaban su medicación prescrita y llevaban un estilo de vida saludable tenían unos valores de PA más bajos que los que sólo tomaban la medicación (138/85 vs 140/90). Además, se			

	<p>observó que el nivel de conocimientos de la HTA era bajo, ya que sólo un 30'8% consideraban prevenible la HTA y un 53'6% creía que una vez controlada la HTA debían dejar de tomar la medicación.</p>
Discusión planteada	<p>Los datos de este estudio revelan que un porcentaje muy elevado de la población keniana presenta factores de riesgo para sufrir HTA y, además, detalla que la mayoría de los pacientes participantes tenía una información inexacta o incompleta de cómo seguir el tratamiento farmacológico. Se observó también que había una mayor adherencia al tratamiento farmacológico que a los estilos de vida saludables. Por un lado, una alta tasa de cumplimiento para la medicación antihipertensiva es importante para el control de la PA y la prevención de las complicaciones, pero los resultados arrojados evidenciaban que no existía un control óptimo. Por ello, las intervenciones farmacológicas como no farmacológicas deben complementarse para obtener el máximo beneficio.</p>
Conclusiones del estudio	<p>A pesar de que los pacientes con HTA tenían una buena adherencia al tratamiento farmacológico, no obtenían resultados óptimos en el control de su enfermedad.</p> <p>Esto, por un lado, es debido al desconocimiento que tienen sobre su proceso patológico. No sólo desconocen la importancia de adquirir unos hábitos de vida saludable que complementen el tratamiento farmacológico para poder obtener los máximos beneficios, sino que, además, una mayoría de estos consideraba que tras controlar los valores de HTA debían abandonar la medicación.</p> <p>Así, este estudio evidencia la importancia de implementar estrategias educativas en los pacientes con enfermedades no transmisibles para así disminuir su morbi-mortalidad y, esta, debe ser impartida por profesionales sanitarios especializados.</p>
Cita bibliográfica (Vancouver)	<p>Kimani S, Mirie W, Chege M, Okube OT, Muniu S. Association of lifestyle modification and pharmacological adherence on blood pressure control among patients with hypertension at Kenyatta National Hospital, Kenya: A cross-sectional study. <i>BMJ Open</i>. 2019;9(1).</p>

Título	Awareness of hypertension: will it bring about a healthy lifestyle?			
Introducción	Resumen	Dado la alta tasa de prevalencia de la HTA, se presupone que los pacientes diagnosticados han debido recibir consejos sobre los beneficios de modificar el estilo de vida, sin embargo, se desconoce si aquellos que verdaderamente han sido informados llevan a cabo modificaciones en su estilo de vida.		
	Objetivo	Evaluar si los sujetos conscientes de su hipertensión llevan estilos de vida saludables, medidos por el cumplimiento de los objetivos de la directriz holandesa.		
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de Prevalencia, transversal o Cross-Sectional. (PR)	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 3 Grado de recomendación (GR)= D
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.	Escala LIKERT	4
			Año y país de publicación.	Países Bajos, 2010.
Resultados relevantes	De una muestra de n= 40.011 (de 1993 a 1997), 8779 participantes sufrían HTA y, de estos, 7882 (90%) eran conscientes de su patología. Los pacientes conscientes cumplían con mayor frecuencia las directrices en relación con el IMC (56'6% vs 47'7%), restricción del alcohol (80'9% vs 77'1%) y la ingesta de colesterol (85'0% vs			

	80'8%). Además, se adhirieron más a las recomendaciones de estilo de vida que los no conscientes (5'1 contra 4'9).
Discusión planteada	<p>En este estudio se busca comparar si aquellos sujetos que han recibido información sobre la HTA y la importancia de modificar su estilo de vida lo hacen verdaderamente o no; en comparación con aquellos que desconocen dicha información. Se demostró que era real.</p> <p>Por otro lado, se observó que la tasa de hipertensión podría estar sobreestimada en ambos grupos, controlada y no y, además, también podría estar subestimada la prevalencia de enfermedades crónicas ya que se basó en un autoinforme, pero que era comparable en ambos grupos.</p>
Conclusiones del estudio	El estudio muestra que los sujetos que son conscientes de su patología adoptan un estil de vida más saludable que las personas que no son conscientes de esta; pero determina que se deberían llevar a cabo estudios prospectivos adicionales que permitiesen ahondar más en las diferencias.
Cita bibliográfica (Vancouver)	Scheltens T, Beulens JW, Verschuren WMM, Boer JM, Hoes AW, Grobbee DE, et al. Awareness of hypertension: Will it bring about a healthy lifestyle. J Hum Hypertens. 2010;24(9):561-7.

Título	Reporting of adherence to healthy lifestyle behaviors among hypertensive adults in the 50 states and the District of Columbia, 2013	
Introducción	Resumen	Este estudio trata sobre el grado de cumplimiento de las recomendaciones de modificar los estilos de vida, siendo estos la intervención inicial cuando se diagnostica HTA y, además, imprescindible en el tratamiento combinado con medicamentos antihipertensivos. Este estudio se basó en comprobar la prevalencia de cinco conductas de estilo de vida: Tener un peso normal (20'5%), no fumar (82'3%),

		no consumir alcohol (94'1), consumir fruta y verduras (14'1%) y realizar actividad física (46'6%); y se observó la prevalencia de estas variaba entre los sujetos		
	Objetivo	Evaluar la prevalencia a nivel estatal del cumplimiento de las recomendaciones de estilo de vida saludable en aquellos pacientes con HTA.		
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de Prevalencia, transversal o Cross-Sectional. (PR)	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 3 Grado de recomendación (GR)= D
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		Escala LIKERT
			Año y país de publicación.	EEUU, 2016.
Resultados relevantes	<p>Este estudio se llevó a cabo en 50 Estados y en Columbia, por lo que la muestra de pacientes fue variable, así como la prevalencia general de HTA; la media fue de 32'5%.</p> <p>En general, sólo el 1'7% de los encuestados informó de una adhesión a los cinco comportamientos de estilo de vida saludable. Casi la mitad (48'5%) informó de una adherencia a menos de tres conductas y sólo el 14'6% a cuatro conductas.</p> <p>Sin embargo, este estudio tiene limitaciones ya que la información obtenida por los pacientes está basada en el autoinforme.</p>			
Discusión planteada	<p>El principal hallazgo fue que la prevalencia de informar sobre cada comportamiento de estilo de vida saludable varió del 14'1 % (consumir la cantidad recomendada de verduras/frutas) al 94'1% (limitar el consumo de alcohol). Sin embargo, el porcentaje de adherencia a todas las conductas fue muy bajo (1'7%). Además, se observaron diferencias sociodemográficas y por Estados. Así,</p>			

	aqueellos pacientes no hispanos y con nivel educativo superior informaron de una mayor adhesión.
Conclusiones del estudio	Este estudio evidencia que el cumplimiento de las cinco conductas de estilo de vida varía entre los pacientes con HTA de manera que menos del 2% informó de que las cumplía. Sin embargo, queda demostrado que la modificación de estos estilos de vidas es significativamente beneficiosa y que no sólo podrían prevenir la HTA sino también retrasar el uso de medicamentos antihipertensivos, reducir las dosis y el número de medicamentos; y, con ello, minimizar el impacto de las reacciones adversas medicamentosas asociadas a ellos.
Cita bibliográfica (Vancouver)	Fang J, Moore L, Loustalot F, Yang Q, Ayala C. Reporting of adherence to healthy lifestyle behaviors among hypertensive adults in the 50 states and the District of Columbia, 2013. J Am Soc Hypertens [Internet]. 2016;10(3):252-262.e3. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jash.2016.01.008

Título	Lifestyle and self-management determinants of hypertension control in a sample of Australian adults	
Introducción	Resumen	El artículo hace referencia a como un control deficiente de la HTA por parte de los pacientes no sólo conlleva a aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y renales; sino que, también, aumentar la carga social y económica al sistema sanitario.
	Objetivo	Evaluar el estilo de vida y las habilidades de autogestión (adherencia al tratamiento farmacológico, autocontrol y autoeficacia) que determinan el control de la hipertensión en pacientes australianos.

Metodología	Tipo de estudio	Estudio de Prevalencia, transversal o Cross-Sectional. (PR)	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 3 Grado de recomendación (GR)= D
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		Escala LIKERT
			Año y país de publicación.	Australia, 2018.
Resultados relevantes	<p>Con una muestra n= 233 de adultos con HTA se realizó una encuesta para calificar el control de su HTA. Los datos fueron analizados por análisis bivariado y regresión logística jerárquica y demostraron que más del 55% de los participantes tenían un control deficiente de la PA.</p> <p>Además, tener un pobre autocontrol se asoció con un estilo de vida sedentario (Or: 5'33; IC: 95%: 1.78 - 15.93; p <0.01, y OR: 4.69, IC 95%: 1.00 - 22.25; p <0,05, respectivamente). No se observó ninguna otra asociación significativa entre otras variables y el control de la HTA. Además, se observa una diferencia étnica significativa con un mejor control en pacientes de origen caucásico, pero no se encontraron diferencias significativas en el conocimiento de la nutrición, patrones dietéticos y enfermedades cardiovasculares entre ambos grupos.</p>			
Discusión planteada	<p>Este estudio evidencia cómo más de la mitad de la muestra no posee un buen control de PA, datos similares se han encontrados en otros estudios en EE. UU. Así, demuestra que el éxito para el control de la PA está relacionado directamente con las habilidades de autogestión del individuo y con su participación en el tratamiento; especialmente en las primeras etapas en las que no suelen presentar síntomas físicos.</p>			

Conclusiones del estudio	Obtener un buen control de la PA en pacientes con HTA requiere de intervenciones y estrategias dirigidas a mejorar las habilidades de autocontrol de la PA y a aumentar la actividad física; es decir, mejorar la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida saludable. Es decir, la motivación de un individuo para cambiar y autogestionar su patología está muy influenciada por tener resultados exitosos en la modificación del estilo de vida. Así, por ejemplo, llevar un estilo de vida sedentario aumentaba en 4'5 veces más la probabilidad de llevar un control deficiente de PA.
Cita bibliográfica (Vancouver)	Saman Khalesi, Christopher Irwin & Jing Sun (2018): Lifestyle and selfmanagement determinants of hypertension control in a sample of Australian adults, Expert Review of Cardiovascular Therapy, DOI: 10.1080/14779072.2018.1435272

Título Lifestyle Educational Program Strongly Increases Compliance to Non-pharmacologic Intervention in Hypertensive Patients: A 2-Year Follow-Up Study					
Introducción	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="450 1191 647 1796">Resumen</td> <td data-bbox="654 1191 1353 1796">La asociación entre tener HTA y su control poco adecuado y llevar unos hábitos de vida poco saludables ha sido comprobada en numerosos estudios. Por ello, es obvio que la intervención no farmacológica debe ser el primer enfoque de actuación en pacientes con HTA leve y asociarse con la farmacoterapia en pacientes con riesgo moderado-alto. Así, en este estudio se describen las dificultades encontradas por los pacientes para mantener la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida saludable.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="450 1800 647 2016">Objetivo</td> <td data-bbox="654 1800 1353 2016">Evaluar si un programa educativo dedicado al tratamiento no farmacológico para tratar la HTA sería útil para lograr mejores resultados en el control de la PA en comparación con el enfoque habitual.</td> </tr> </table>	Resumen	La asociación entre tener HTA y su control poco adecuado y llevar unos hábitos de vida poco saludables ha sido comprobada en numerosos estudios. Por ello, es obvio que la intervención no farmacológica debe ser el primer enfoque de actuación en pacientes con HTA leve y asociarse con la farmacoterapia en pacientes con riesgo moderado-alto. Así, en este estudio se describen las dificultades encontradas por los pacientes para mantener la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida saludable.	Objetivo	Evaluar si un programa educativo dedicado al tratamiento no farmacológico para tratar la HTA sería útil para lograr mejores resultados en el control de la PA en comparación con el enfoque habitual.
	Resumen	La asociación entre tener HTA y su control poco adecuado y llevar unos hábitos de vida poco saludables ha sido comprobada en numerosos estudios. Por ello, es obvio que la intervención no farmacológica debe ser el primer enfoque de actuación en pacientes con HTA leve y asociarse con la farmacoterapia en pacientes con riesgo moderado-alto. Así, en este estudio se describen las dificultades encontradas por los pacientes para mantener la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida saludable.			
Objetivo	Evaluar si un programa educativo dedicado al tratamiento no farmacológico para tratar la HTA sería útil para lograr mejores resultados en el control de la PA en comparación con el enfoque habitual.				

Metodología	Tipo de estudio	Estudio de cohorte longitudinal (ECHL)	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 2+
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		Escala LIKERT
			4	
			Año y país de publicación.	Australia, 2018.
Resultados relevantes	<p>Muestra de 188 pacientes con niveles estables de PA y tomando medicación los 6 meses anteriores. Se dividieron en dos grupos al azar, uno con intervención educativa (IE) y otro con intervención habitual (IH). Seguidos durante 2 años en intervalos de 3 meses. Se observó que la PAS estaba relacionada con la ingesta diaria de lípidos y grasas saturadas; mientras que, por otro lado, la PAD se relacionaba con el peso corporal, la ingesta de proteínas, los lípidos totales, grasas saturadas, poliinsaturados y la sal. Además, los pacientes del grupo IE incrementaron su actividad física.</p>			
Discusión planteada	<p>El estudio demostró que, a pesar de todos los datos beneficiosos obtenidos en relación con la reducción de la PA, estos efectos iniciales se perdieron con el tiempo cuando los pacientes del grupo de intervención (IE) dejaron de recibir el refuerzo no farmacológico, de modo que la mayoría habían vuelto a su dieta habitual a los pocos meses.</p> <p>Por ello, evidencia que es mucho más difícil mantener la adherencia al tratamiento no farmacológico que a la farmacoterapia ya que los cambios en estilos de vida se consideran condicionantes estresantes, especialmente el control del peso corporal.</p> <p>Sin embargo, el estudio demuestra, en términos de coste beneficio, que a la larga es mas rentable emplear programas educativos para mejorar los hábitos saludables.</p>			

Conclusiones del estudio	El estudio evidencia que implantar programas educativos para mejorar la adherencia no farmacológica para el tratamiento de la HTA es difícil ya que, frecuentemente, médicos y pacientes prefieren incrementar el tratamiento farmacológico. Sin embargo, se demuestra que motivando a los pacientes en estos programas permite una reducción de los costes y unos mayores beneficios en el control de la PA ya que, además de reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, disminuye los costes del tratamiento farmacológico.
Cita bibliográfica (Vancouver)	Ferrara AL, Pacioni D, Di Fronzo V, Russo BF, Staiano L, Speranza E, et al. Lifestyle Educational Program Strongly Increases Compliance to Nonpharmacologic Intervention in Hypertensive Patients: A 2-Year Follow-Up Study. J Clin Hypertens. 2012;14(11):767-72.

Título	Non-pharmacological management of hypertension: in the light of current research	
Introducción	Resumen	Dado que la HTA es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, que es responsable del 14% de las muertes a nivel mundial y que su prevalencia está entre el 30-45% es necesario determinar los factores que intervienen en su aparición y en su manejo inadecuado. Los hábitos alimenticios poco saludables, la disminución de la actividad física, la obesidad, el tabaquismo y el consumo de alcohol son los factores clave para el desarrollo de la hipertensión.

		Además, aproximadamente el 70% de los pacientes con tratamiento farmacológico no controlan adecuadamente la PA, de ahí la importancia de las intervenciones no farmacológicas.		
	Objetivo	Enfatizar la importancia de las intervenciones no farmacológicas para el control de la HTA y proporcionar la evidencia de investigación más reciente sobre el éxito de estas intervenciones.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica. (RB)	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 2++
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		Grado de recomendación (GR)= C
			Escala LIKERT	4
			Año y país de publicación.	Irlanda, 2018.
Resultados relevantes	En esta revisión se evidencia la importancia de las intervenciones no farmacológicas no sólo en el control de la HTA, si no en la prevención el control de la prehipertensión. Así, hace referencia a los resultados logrados en un estudio en 6779 pacientes hipertensos: Se consiguió una reducción de la PAS de 5.4 mmHg para el asesoramiento conductual, una reducción de 3.5 mmHg para modificaciones en la dieta, una reducción de 11.4 mmHg para mejorar la actividad física y una reducción de 6.4 mmHg para múltiples intervenciones. Este estudio demostró que el estilo de vida afecta directamente el nivel de presión arterial y que, a pesar de que las modificaciones dietéticas como la actividad física regular fueron las intervenciones más efectivas, es necesario abordar las intervenciones simultáneamente para lograr un control óptimo de la PA.			

Discusión planteada	<p>El objetivo de esta revisión es recabar información que permita corroborar los beneficios que tienen las intervenciones basadas en las recomendaciones de estilo de vida saludable, no sólo en pacientes diagnosticados de HTA, sino también en aquellos con prehipertensión.</p> <p>Estas modificaciones en el estilo de vida incluyen modificaciones en la dieta, restricción de Na⁺, aumento del consumo de K⁺, control de peso, ejercicio diario, minimización del consumo de alcohol y una vida libre de estrés.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Es sabido que la HTA es una enfermedad no transmisible que posee una prevalencia muy alta, siendo responsable del 14% de las muertes a nivel mundial. Por ello, el manejo adecuado no solo requiere de intervenciones farmacológicas, sino que, en esta revisión, se evidencia la gran importancia que tienen las intervenciones no farmacológicas en el control de la PA. Estas últimas, además, ayudan a reducir la dosis diaria de medicación antihipertensiva y retrasar la progresión de prehipertensión a la etapa de hipertensión.</p> <p>Sin embargo, la modificación del estilo de vida es un proceso dinámico que requiere una adherencia continua con un enfoque multifactorial dirigido a más de una intervención y, por lo tanto, precisa de motivación y de programas educativos. Además, se hace hincapié en que no se podrá lograr un control efectivo de la PA sino es adoptando el conjunto de intervenciones simultáneamente.</p>
Cita bibliográfica (Vancouver)	<p>Mahmood S, Shah KU, Khan TM, Nawaz S, Rashid H, Baqar SWA, et al. Non-pharmacological management of hypertension: in the light of current research. Ir J Med Sci. 2019;188(2):437-52.</p>

Título	<p>An observational study to evaluate factors responsible and actions taken for hypertensive patients who are not at blood pressure goal: i-target Goal Study.</p>	
Introducción	Resumen	<p>Dada la alta prevalencia de la HTA y el número de muertes asociadas a esta a nivel mundial, es</p>

		<p>necesario desarrollar no solo medidas de tratamiento sino también de prevención dirigidas a mitigar o reducir los factores de riesgo causales en la población.</p> <p>A pesar de los datos alentadores sobre los beneficios del control estricto de la PA para disminuir el riesgo cardiovascular asociado, el logro del control de la PA sigue siendo insatisfactorio en muchas zonas del mundo.</p>		
	Objetivo	<p>Evaluar el porcentaje de pacientes hipertensos que podrían alcanzar la presión arterial objetivo (PAO) de acuerdo con las pautas en el contexto de las medidas recomendadas y los factores responsables del fracaso.</p>		
Metodología	Tipo de estudio	Estudios de prevalencia, transversales o Cross-Sectional (PR)	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 3
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		Grado de recomendación (GR)= D
			Escala LIKERT	4
			Año y país de publicación.	Turquía, 2002.
Resultados relevantes	<p>Un total de 589 pacientes hipertensos (59.0% mujeres; edad media: 57.7 ± 10.4 años) fueron evaluados en dos ocasiones para evaluar si, tras la intervención, conseguían llegar a su PAO en base a las pautas de ESH / ESC 2007 y la opinión de los investigadores. Se demostró que sólo el 29.5% de los pacientes en la primera visita y el 46.8% en la segunda visita alcanzaron los niveles de PAO especificados por las guías. Curiosamente, los investigadores tenían una visión más optimista sobre el control de la hipertensión de sus pacientes en</p>			

	<p>ambas visitas (un 43'5% y 69'1%, respectivamente) en comparación con el análisis basado en las guías, lo que puede haber contribuido a un bajo logro de la PAO.</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>En la visita 1, desde el punto de vista de los investigadores, 205 (61,6%) pacientes no pudieron alcanzar los niveles de PAO debido al incumplimiento de las recomendaciones dietéticas, mientras que dosis insuficientes del tratamiento antihipertensivo prescrito estaban implicados en el 38,7% (n = 129) de ellos.</p> <p>Por ello, se llevaron a cabo re-recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida (66.1%, n¼205), capacitación del paciente (54.0%, n¼180) y la adherencia a un nuevo medicamento antihipertensivo como planes de tratamiento para los pacientes que no lograron los niveles PAO.</p> <p>E la visita 2 los investigadores identificaron el incumplimiento del tratamiento (63.9%) como la principal causa para no lograr la PAO. Las recomendaciones para el estilo de vida (62.9%) y la capacitación de los pacientes (53.6%) fueron los principales focos de atención que los investigadores sugirieron atacar para que sus pacientes alcanzasen la PAO a corto plazo (1-4 semanas)</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Este estudio demuestra que el primer abordaje de la HTA ha de ser a través de las modificaciones en el estilo de vida, y si no se alcanza el objetivo de la PA, se debe recurrir al tratamiento farmacológico.</p> <p>La adopción de estilos de vida saludables por parte de todas las personas es fundamental para la prevención de la hipertensión arterial y es una parte indispensable del tratamiento de las personas con hipertensión.</p> <p>Podemos observar que no se prescriben modificaciones en el estilo de vida, dosis adecuadas de medicamentos antihipertensivos o combinaciones apropiadas de medicamentos, lo cual resulta en un control inadecuado de la PA y, por ende, en lograr la PAO.</p>
<p>Cita bibliográfica (Vancouver)</p>	<p>Aytekin S, Guneri S, Cam N, Aydinlar A, Kozdag G, Ozerkan F, et al. An observational study to evaluate factors responsible and actions taken for hypertensive patients who are not at blood pressure</p>

	goal: I-target Goal Study. Hypertens Res [Internet]. 2012;35(6):624-32. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1038/hr.2012.12
--	--

Título	Changes in Adherence to Non-Pharmacological Guidelines for Hypertension			
Introducción	Resumen	<p>Aunque la hipertensión tiene una alta prevalencia en las poblaciones asiáticas, su manejo y la adherencia del paciente a las recomendaciones de estilo de vida no han sido una prioridad a pesar de que reporta mayores beneficios para el control de la PA. Existe información limitada sobre la adherencia a nivel poblacional a estas pautas entre los pacientes coreanos hipertensos, sin embargo, ha habido un gran interés en los enfoques no farmacológicos en las últimas décadas, ya que dichos enfoques son más seguros y pueden mejorar la efectividad de la terapia con medicamentos antihipertensivos, en comparación con los medicamentos solos.</p>		
	Objetivo	<p>Comparar los niveles de adherencia a las pautas no farmacológicas entre pacientes con y sin diagnósticos de hipertensión y examinar los cambios en la adherencia en las últimas décadas.</p>		
Metodología	Tipo de estudio	Estudios de prevalencia, transversales o Cross-Sectional (PR)	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 3
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		Grado de recomendación (GR)= D
			Escala LIKERT	4

			Año y país de publicación.	Corea, 2016.
Resultados relevantes	<p>Este estudio buscaba conocer si el conocimiento de la enfermedad está asociado con mayores niveles de adherencia a las pautas y cómo los niveles de adherencia han cambiado con el tiempo en la población coreana.</p> <p>Se observó que los niveles generales de adherencia eran pobres (puntaje promedio 2 de 6) y que, además, los niveles de adherencia a los hábitos no farmacológicos no difirieron significativamente entre pacientes con y sin diagnósticos de hipertensión.</p> <p>Sin embargo, este estudio evidencia que la proporción de los pacientes hipertensos conscientes de su condición aumentó de 33.4% en 1998 a 74.8% en 2012 ($p < 0.001$) y que los niveles generales de adherencia también mejoraron significativamente entre los pacientes con diagnósticos de hipertensión: de 2.09 en 1998 a 2.27 en 2012 ($p = 0.007$).</p> <p>De hecho, de 1998 a 2012, los niveles promedio de PAS disminuyeron significativamente de 148.79 mmHg en 1998 a 132.01 mmHg en 2012 entre los pacientes diagnosticados (p para tendencia < 0.001), y de 153.59 mmHg en 1998 a 142.64 mmHg en 2012 entre los pacientes no diagnosticados (p para tendencia < 0.001).</p>			
Discusión planteada	<p>Durante las últimas décadas, la proporción de pacientes diagnosticados con HTA ha aumentado. Mientras, los niveles de adherencia a las pautas no farmacológicas para el manejo de la presión arterial han sido deficientes y el diagnóstico de hipertensión no se asociaba con una mejor adherencia a las pautas en comparación con las personas con hipertensión no diagnosticada.</p> <p>En general, la media de PA tendió a ser más elevada en pacientes no diagnosticados que en pacientes diagnosticados. Esto demuestra la necesidad de que los pacientes con HTA sean conscientes de su patología para lograr el control de la presión arterial. Los resultados del estudio demuestran que la conciencia de la hipertensión ha</p>			

	<p>mejorado en la última década en Corea, y se mantuvo estable en 2010-2012. Además, también sugiere una mayor adherencia a estilos de vida saludables, lo cual se asociada con una PA más baja y un menor riesgo de enfermedad crónica y mortalidad.</p> <p>En definitiva, una se observa que la conciencia de la hipertensión está aumentando, pero los pacientes coreanos hipertensos demuestran una adherencia general deficiente a las pautas de manejo de la hipertensión no farmacológica. Estos hallazgos muestran la necesidad de que existan programas de educación bien planificados y que se continúen después de que se diagnostica la hipertensión.</p>
Conclusiones del estudio	<p>El estudio demuestra que el nivel de conocimiento de la hipertensión por parte del paciente es importante para que estos mismos controlen la presión arterial. Sin embargo, la conciencia en sí misma puede ser insuficiente para motivar a los pacientes a cambiar sus conductas dietéticas y de estilo de vida. Por lo tanto, es fundamental mejorar los esfuerzos de educación del paciente para controlar mejor la hipertensión y mejorar el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas y de estilo de vida, de modo que la presión arterial se pueda controlar y, así, prevenir complicaciones a largo plazo.</p>
Cita bibliográfica (Vancouver)	<p>Park K, Cho S, Bower JK. Changes in adherence to non-pharmacological guidelines for hypertension. PLoS One. 2016;11(8):1-15.</p>

Título	<p>Effectiveness of a community-based health programme on the blood pressure control, adherence and knowledge of adults with hypertension: A PRECEDE-PROCEED model approach</p>	
Introducción	Resumen	<p>A pesar de que la hipertensión es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en diferentes países, su prevalencia sigue en aumento. Siendo manejable gracias a las modificaciones en el estilo de vida y el uso de medicamentos antihipertensivos, el desconocimiento sobre el</p>

		proceso patológico de la HTA por los propios pacientes y la falta de adherencia a estos regímenes de tratamiento han propiciado un control deficiente de la presión arterial.		
	Objetivo	Determinar la efectividad de un programa de salud basado en la comunidad basado en el modelo PRECEDE-PROCEED, en el conocimiento, la adherencia y el control de la presión arterial de los adultos que viven en la comunidad con hipertensión.		
Metodología	Tipo de estudio	Estudio cuasi-experimental (ECE).	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= X
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		Grado de recomendación (GR)= X
			Escala LIKERT	3
			Año y país de publicación.	Filipinas, 2019.
Resultados relevantes	<p>De agosto a octubre de 2017, un total de 50 adultos con hipertensión participaron en el programa que incluyó monitoreo de la presión arterial, educación de salud específica, entrevistas motivadoras, planes de modificación de estilo de vida individualizados y visitas de casa en casa. El conocimiento, el cumplimiento y la presión arterial se evaluaron al inicio y al final del programa de 2 meses. Después de 2 meses, la adherencia media, la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica mejoraron significativamente, atribuyendo más del 25% del cambio.</p> <p>Aunque los puntajes de conocimiento fueron significativamente más altos después del programa, solo representaron el 9% de la mejora.</p>			
Discusión planteada	Los resultados mostraron que después del programa de 2 meses, hubo mejoras sustanciales en la presión arterial y la adherencia de			

	<p>adultos con hipertensión, sin embargo, el programa causó solo una pequeña mejora, aunque significativa, en los puntajes de conocimiento de los encuestados. Esto demuestra que ampliar los conocimientos sobre la patología por sí solo no es suficiente.</p> <p>Por otro lado, es importante destacar que dichas modificaciones del estilo de vida deben ser personalizadas y deben idearse en consulta con el paciente y que, además, estos programas a medida deben considerar sus actividades diarias, como los roles familiares y la ocupación; para fomentar que los pacientes con hipertensión se adhieran a cambios más saludables en el estilo de vida y tengan un mejor control de su presión arterial.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Este estudio proporciona evidencia sobre la efectividad de un programa de salud basado en la comunidad, en el modelo PRECEDE-PROCEED, al promover el conocimiento y la adherencia al régimen de tratamiento; mejorando así el control de la PA.</p> <p>También proporciona un marco para desarrollar programas nuevos o para mejorar los existentes sobre la hipertensión en Filipinas.</p> <p>Sin embargo, los resultados que evidencia la necesidad de llevar a cabo un abordaje de la HTA desde diferentes focos, ampliando los conocimientos y trabajando para mejorar tanto la adherencia al tratamiento no farmacológico como farmacológico para, así, poder llegar a obtener un control de la PA adecuado.</p>
Cita bibliográfica (Vancouver)	<p>Calano BJD, Cacal MJB, Cal CB, Calletor KP, Guce FICC, Bongar MV V., et al. Effectiveness of a community-based health programme on the blood pressure control, adherence and knowledge of adults with hypertension: A PRECEDE-PROCEED model approach. J Clin Nurs. 2019;28(9-10):1879-88.</p>

Título	Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure.	
Introducción	Resumen	La hipertensión contribuye a complicaciones como accidentes cerebrovasculares, enfermedad cardíaca y

		<p>enfermedad renal. En EE. UU., los costes directos e indirectos de la hipertensión se estimaron en 43.5 mil millones en 2007. Los autocuidados, como el control de la PA y la adopción de recomendaciones de estilo de vida, son fuertes predictores del control de la hipertensión, además, del cumplimiento farmacológico.</p> <p>Sin embargo, a pesar de la eficacia comprobada por estos para el tratamiento y la prevención de sus complicaciones, solo la mitad de los pacientes hipertensos en los EE. UU. tienen la PA controlada.</p>		
	Objetivo	<p>Evaluar la relación entre la confianza de los pacientes en su médico y la adopción de conductas de modificación del estilo de vida y adherencia a la medicación para el control de la hipertensión.</p>		
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorizado (ECCA).	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 1++ Grado de recomendación (GR)= A
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		Escala LIKERT
			Año y país de publicación.	Estados Unidos, 2012.
Resultados relevantes	<p>El estudio consta de 50 médicos de atención primaria y 279 pacientes asignados aleatoriamente. Los médicos aleatorizados recibieron un programa de capacitación en habilidades de comunicación o ninguna.</p> <p>El setenta por ciento de los pacientes informaron confianza total en su médico. Así, se observó que estos tenían mayores probabilidades de informar que estaban tratando de perder, que estaban tratando de</p>			

	<p>reducir la sal y hacer más ejercicio a los 12 meses que los pacientes con menos confianza. No hubo asociación entre los informes de confianza de los pacientes en su médico y sus informes de adherencia a la medicación.</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>La confianza es la base de una relación paciente-médico efectiva y se ha relacionado con mejoras como la comunicación médico-paciente, satisfacción con la atención, cumplimiento de los tratamientos médicos, utilización de los servicios de salud, continuidad de la atención, salud autoevaluada y control de la presión arterial.</p> <p>Este estudio refleja la asociación significativa entre la confianza depositada por los pacientes en sus médicos y la disposición de los pacientes para comunicar a estos sus intenciones de perder peso, disminuir la cantidad de sal de sus dietas y aumentar la actividad física. Sin embargo, no ocurrió lo mismo con la adherencia a la medicación hipertensiva. Esto puede ser debido a factores socioeconómicos o la falta de empoderamiento del paciente.</p> <p>Por otro lado, existen factores sociales y económicos, relacionados con la terapia, del sistema de salud y del médico que pueden contribuir al bajo porcentaje de pacientes con presión arterial controlada. Otros estudios sugieren que la actitud del paciente también es vital para la adopción de las recomendaciones pautadas por los médicos y el cumplimiento de la medicación.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Los resultados de este estudio identifican nuevamente la importancia de la confianza del paciente en los médicos como un predictor de adherencia a las modificaciones de estilo de vida y también corroboran los resultados de trabajos previos que demuestran el importante papel de la confianza en la mejora de los resultados del paciente.</p> <p>Es decir, es necesario desarrollar las habilidades comunicativas de los médicos ya que juegan un importante papel en que se pueda desarrollar dicha confianza médico-paciente y, con ello, mejorar la participación de los pacientes.</p>

Cita bibliográfica (Vancouver)	Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. Patient Educ Couns [Internet]. 2012;89(1):57-62. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.003
---------------------------------------	--

Título	Perceptions of hypertension treatment among patients with and without diabetes			
Introducción	Resumen	La HTA es una enfermedad crónica que tiene una prevalencia estimada del 30%. Además, es causa principal de morbilidad y mortalidad cardiovascular. A pesar de que existe una amplia gama y disponibilidad de medicamentos antihipertensivos de eficacia probada y pautas de tratamiento claras, un gran número de pacientes hipertensos no consiguen controlar su presión arterial. Esto hace que la HTA sea un importante problema de salud pública. Por ello, comprender mejor los motivos por los cuales no se desarrolla esta adherencia permitirá al sistema de salud desarrollar estrategias efectivas de comunicación para aumentar la adherencia del paciente al tratamiento hipertensivo.		
	Objetivo	Explorar creencias y percepciones de los pacientes con respecto a la hipertensión y comprender qué barreras existen para el tratamiento entre pacientes con y sin diabetes.		
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorizado (ECCA).	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 1++ Grado de recomendación (GR)= A
		Pubmed.		

	Base de datos de procedencia.		Escala LIKERT	4
			Año y país de publicación.	Estados Unidos, 2012.
Resultados relevantes	<p>Para llevar a cabo el estudio se formaron diez grupos de pacientes, de una muestra n= 86, divididos a su vez en tres rangos de edad y si padecían (n= 37) o no diabetes.</p> <p>Se observó que la mayoría de los pacientes negaban tener HTA. No consideraban la HTA como una enfermedad en sí, sino como un factor de riesgo de IAM o ACV. Esto es una gran barrera a la hora de desarrollar adherencia en ellos. Sin embargo, sí que se observó que aquellos pacientes con DM eran más propensos a aceptar su HTA como una enfermedad crónica individual, pero con menor impacto en su rutina y menos importante que la DM; lo que permitía aumentar las posibilidades de desarrollar adherencia.</p> <p>Por otro lado, también se observó que la mayoría de estos sobreestimó el estrés como factor causal, creyendo que reducir los niveles de estrés es el tratamiento más importante.</p> <p>Aquellos pacientes que debían tomar medicación y modificar su estilo de vida reportaron que les resultaba mucho más fácil cumplir con el tratamiento farmacológico. Otros directamente “olvidaban” o no renovaban la prescripción de medicación por no dedicarle esfuerzo al tratamiento.</p> <p>Por último, hay pacientes que no tratan su presión arterial, ya sea porque niegan tener presión arterial elevada o porque niegan la necesidad de tratarla o que dejaron de tomar medicamentos antihipertensivos porque ven la hipertensión como un estado temporal y no como un diagnóstico de por vida o porque tuvieron reacciones adversas.</p>			
Discusión planteada	A pesar de que la HTA es fácil de identificar y de que existe una amplia variedad de medicamentos y de tratamientos no			

farmacológicos basados en la evidencia, conseguir controlar los valores de PA en pacientes con HTA sigue siendo un reto. Por ello es necesario comprender las creencias, actitudes y mecanismos de afrontamiento de los pacientes que los llevan a crear esta “barrera” para, así, poder modificar la manera en que nos comunicamos con ellos para poder aumentar dicha adherencia. Los factores que afectan el control de la PA pueden identificarse tanto en el paciente, como en el proveedor de salud y el sistema de salud.

Una de las principales creencias es que la HTA es una “apuesta” que puede o no tener consecuencias graves en un futuro por lo que ven la no adherencia como una lotería que te puede tocar o no. Aunque la mayoría de los pacientes conocían los beneficios de combinar tratamiento farmacológico y la modificación de los estilos de vida, sólo una minoría se adhirió ya que optaban por combinar sólo algunos de los elementos recomendados.

Se demostró, por otro lado, que el manejo de la HTA se ve influenciado por las percepciones sobre los peligros de la hipertensión y la necesidad de tratamiento y por sus experiencias personales y creencias sobre las diversas modalidades de tratamiento.

Por ello, si los pacientes estuvieran mejor informados sobre el daño crónico inevitablemente causado por la exposición a la presión arterial elevada, entonces serían menos reacios a adherirse a su tratamiento recomendado, ya que se demostró que el miedo a las complicaciones era una razón sólida para la adherencia al tratamiento.

También, la percepción del estrés como principal causante de la HTA puede llevar a los pacientes a abandonar el tratamiento farmacológico, tomarlos sólo cuando se sienten estresados o hacer uso de la meditación.

	Es importante destacar que la comunicación médico-paciente puede ser también un problema. La falta de formación y de habilidades comunicativas pueden influir en la adherencia del paciente al tratamiento y dificultar que éste comprenda su patología y acepto el diagnóstico de HTA.
Conclusiones del estudio	<p>La adherencia a cualquier tratamiento ya sea farmacológico o no, es un proceso complejo en el que intervienen diferentes variables, sobre todo el conocimiento que el paciente tiene sobre su patología y el tratamiento y las creencias personales sobre esta y los beneficios / riesgos de su tratamiento.</p> <p>Este estudio refleja que los pacientes con HTA no la conciben como una enfermedad crónica que necesita de un cumplimiento estricto de su tratamiento sino como algo relacionado con el estrés y que, si no se trata, no tiene consecuencias. Sin embargo, aquellos pacientes con DM si que tenían un enfoque real de la importancia de la HTA y su tratamiento, por lo que sus resultados de adherencia fueron mejores. Esto refleja la importancia de desarrollar estrategias que permitan implementar programas educativos centrados en el paciente y, por otro lado, en el personal sanitario. Éste último no sólo debe tener los conocimientos de la patología en sí, si no que ha de tener las habilidades de comunicación necesarias para poder transmitir dicha información y, además, crear una confianza médico-paciente que permita al paciente interiorizar la información y desarrollar dicha adherencia.</p>
Cita bibliográfica (Vancouver)	Anthony H, Valinsky L, Inbar Z, Gabriel C, Varda S. Perceptions of hypertension treatment among patients with and without diabetes. BMC Fam Pract. 2012;13.

Título	Lifestyle advice for Korean Americans and native Koreans with hypertension
---------------	---

Introducción	Resumen	<p>La presión arterial alta se puede controlar teniendo un estilo de vida saludable, como control de peso, cambio en la dieta, ejercicio, dieta baja en sodio, restricción de alcohol y dejar de fumar, y tomando medicamentos.</p> <p>Conseguir un control óptimo de la PA no sólo requiere del asesoramiento de los profesionales sanitario sino, también, de cómo el paciente interioriza dichas recomendaciones.</p>		
	Objetivo	<p>Comparar el tipo de recomendaciones sobre estilo de vida y cómo los pacientes interiorizan y actúan en función de esto, entre pacientes coreanos estadounidenses (CE) y coreanos nativos (CN).</p>		
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de descripción de uno o más casos o serie de casos (SC).	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 3
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		Escales
				LIKERT
			Año y país de publicación.	Estados Unidos y Corea del sur, 2010.
Resultados relevantes	<p>Estudio comparativo de una muestra (n= 200) de 100 coreanos estadounidenses y 100 coreanos nativos con HTA que fueron entrevistados sobre los consejos que recibieron de los médicos y enfermeros especialistas sobre la importancia de adoptar estilos de vida saludable para controlar su PA y cómo estos adoptaron o no dichos consejos en relación a tomar medicamentos, control de peso, cambio en la dieta, ejercicio, dejar de fumar, restricción de alcohol y reducción de la PA.</p>			

	<p>Se observó que a pesar de que los coreanos estadounidenses recibieron menos consejos sobre el estilo de vida por parte del personal sanitario siguieron mejor los consejos de estilo de vida saludable, el cambio en la dieta y el ejercicio, que los coreanos nativos. Además, tanto los CA como los CN mostraron una ingesta excesiva de sodio sin percibir que esta fuera alta.</p> <p>Por otro lado no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la toma de medicación pero si en el cambio de dieta y en dejar de fumar. Así, el control de peso fue el comportamiento con menos adherencia entre los participantes CA y el abandono del hábito de fumar entre los participantes de NC.</p> <p>Es interesante que la prevalencia de obesidad (IMC > 25) fue similar entre los dos grupos (63 a 6% y 57 a 2% en CA y NC respectivamente), a pesar de que CA recibió significativamente menos asesoramiento que los NC sobre control de peso y cambios en la dieta.</p>
Discusión planteada	<p>Las discrepancias en comportamientos ante ambos grupos pueden significar que las recomendaciones que el personal sanitario ofrecen no son suficientes y que no tienen porqué ser seguidas ya que los mismos pacientes pueden no haber prestado atención al contenido o no recordarlas con exactitud.</p> <p>Es importante destacar que el personal sanitario ha de adaptar sus recomendaciones de estilo de vida en función a la aculturación de los inmigrantes y otorgar unos consejos más específicos, en particular sobre la dieta, no sólo centrándose en los tipos de alimentos, sino también en la cantidad.</p> <p>Estas diferencias observadas podrían ayudar a los profesionales sanitarios a desarrollar intervenciones más específicas para los pacientes hipertensos en sus respectivos países.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Los profesionales sanitarios desempeñamos un papel muy importante a la hora de realizar recomendaciones u otorgar consejos sobre modificar hábitos de vida por otros estilos más saludables en los pacientes con HTA por ello estas recomendaciones han de ser</p>

	específicas; sobre todo en relación a la dieta. Además, es importante tener en cuenta la influencia de la aculturalización en los estilos de vida de los pacientes inmigrantes.
Cita bibliográfica (Vancouver)	Kim MJ, Lee SJ, Ahn YH, Lee H. Lifestyle advice for Korean Americans and native Koreans with hypertension. J Adv Nurs. 2011;67(3):531-9.

Título	The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting			
Introducción	Resumen	La hipertensión es la tercera causa de muerte más común en todo el mundo. La prevalencia de hipertensión en Turquía es aproximadamente del 30% en la población general y del 45 al 50% en la población mayor de 50 años. Sin embargo, a pesar de los beneficios evidenciados de conseguir un control óptimo de la PA, esto sigue siendo un reto para el Sistema de Salud; siendo la falta de adherencia farmacológica y tener un estilo de vida poco saludable las principales causas.		
	Objetivo	Determinar el efecto de la educación en pacientes con HTA y el monitoreo en el hogar para la adherencia a la medicación y el manejo de la hipertensión en un entorno de atención primaria, proporcionando educación sobre comportamientos de estilo de vida saludable y adherencia a la medicación.		
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorizado (ECCA).	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 1++
		Pubmed.		

	Base de datos de procedencia.			Grado de recomendación (GR)= A
			Escala LIKERT	4
			Año y país de publicación.	Turquía, 2010.
Resultados relevantes	<p>Muestra compuesta por n= 120 sujetos (40 Grupo A, 40 Grupo B, 40 controles), todos previamente diagnosticados con hipertensión y que comenzaron la terapia con medicamentos al menos un año antes del inicio del estudio.</p> <p>Los pacientes de los grupos A y B recibieron un total de seis sesiones educativas mensuales sobre control de la medicación, el grupo B además recibió educación sobre comportamientos de estilo de vida saludable y, por último, el grupo de control que no recibió ninguna formación. Se pudo observar una mejoría en los comportamientos de estilo de vida saludable y la percepción de autoeficacia con respecto al cumplimiento de la medicación.</p> <p>Además, los valores de PAS y PAD también mostraron una disminución significativa en comparación con los del grupo de control. La disminución de la presión arterial en el grupo B fue mayor que en el grupo A.</p>			
Discusión planteada	<p>Este estudio demuestra la importancia del papel de enfermería en las intervenciones educativas destinadas al automanejo de la PA por parte del paciente a través de la adherencia no sólo a la medicación sino también a las recomendaciones de estilo de vida saludable; dentro de la atención primaria.</p> <p>A pesar de que se obtuvo una reducción de los niveles de PA en ambos grupos de intervención, el grupo B, que además había recibido formación para las recomendaciones de estilos de vida, obtuvo mejores resultados, lo cual demuestra la importancia de la</p>			

	combinación de ambas intervenciones; lo que confirma la hipótesis del estudio.
Conclusiones del estudio	Se evidencia que las intervenciones basadas en la educación del paciente son beneficiosas para el control de la PA. Las enfermeras juegan un papel importante en la detección de hipertensión no controlada y pueden mejorar la adherencia a la medicación y los comportamientos de estilo de vida saludable. La combinación de intervenciones educativas, tanto para el manejo de la medicación como para las recomendaciones de estilo de vida saludable, puede considerarse una herramienta eficaz para el manejo de la PA en la población con HTA en los entornos de atención primaria. Además, este estudio propone que no sólo las intervenciones individuales son efectivas sino que, en determinados contextos, las intervenciones grupales pueden ser apropiadas porque ahorran tiempo y rentabilidad.
Cita bibliográfica (Vancouver)	Hacihasanoglu R, Gözüm S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. J Clin Nurs. 2011;20(5-6):692-705.

Título	Factors Associated with Hypertensive Patients' Compliance with Recommended Lifestyle Behaviors	
Introducción	Resumen	El tratamiento no farmacológico, que incluye dejar de fumar, reducir el peso, una dieta adecuada y actividad física regular; es crucial en el control de la PA. Sin embargo, el nivel de cumplimiento de los pacientes con las recomendaciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico es bajo; por lo que sólo un tercio de los pacientes con HTA logran el control de la PA; siendo diferentes factores lo que influyen en ello.

	Objetivo	Evaluar qué factores se asocian al cumplimiento de las recomendaciones de estilo de vida de los pacientes con HTA en relación a la actividad física, dejar de fumar y adoptar una dieta adecuada.		
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorizado (ECCA).	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 1++ Grado de recomendación (GR)= A
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		Escala LIKERT
			Año y país de publicación.	Israel, 2011.
Resultados relevantes	<p>Se llevó a cabo análisis de datos secundarios de una muestra representativa de 1125 pacientes hipertensos (Israel), mediante entrevistas telefónicas utilizando cuestionarios estructurados. La tasa de respuesta fue del 77%. Se realizó un análisis bivariado y multivariado.</p> <p>Se observó que el 41% tenía sobrepeso (IMC 26-29) y el 24% era obeso (IMC 30 y superior); el 69% informó que su presión arterial estaba controlada y un 95% afirmó tomar la medicación.</p> <p>Alrededor de la mitad de los fumadores actuales informaron haber recibido asesoramiento sobre cómo dejar de fumar, sobre dieta y, un tercio, sobre actividad física. Además, una cuarta parte informó haber recibido explicaciones sobre la autoevaluación de la PA.</p> <p>Por otro lado, sólo la mitad afirmaba hacer ejercicio regularmente y seguir una dieta especial y el 37% de los pacientes creía que tratar la enfermedad solo con medicamentos era suficiente.</p>			
Discusión planteada	Este estudio demostró que, a pesar de que los pacientes tenían conocimientos suficientes sobre su patología y habían sido informados sobre el efecto beneficioso de adoptar hábitos saludables			

	<p>para el control de su PA, muchos de ellos no llevaban un estilo de vida saludable. De hecho, sólo dos tercios de estos reportaban hacer ejercicio y el 13% aún fumaba. Además, apenas un 13% había logrado un IMC óptimo. Solo el 52% informó tener niveles normales de presión arterial (<140/90 mmHg) y el 95% recibieron la medicación pautada.</p> <p>El principal hallazgo del análisis multivariado fue que las creencias de los pacientes sobre el manejo de la hipertensión, el conocimiento de los pacientes sobre la hipertensión y su manejo, y el asesoramiento médico sobre un estilo de vida saludable y el autocuidado tienen un efecto independiente sobre el cumplimiento. Todo esto evidenció que no sólo es fundamental el asesoramiento del médico, sino que el paciente debe desempeñar un papel activo en su proceso patológico.</p> <p>Se ha encontrado que la educación de los pacientes, su conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, su percepción de los beneficios y los riesgos potenciales del tratamiento y su participación activa en las decisiones de tratamiento afectan su cumplimiento con las recomendaciones de tratamiento.</p> <p>La intervención de los médicos es crucial para conseguir que los pacientes modifiquen sus hábitos poco saludables, pero no siempre llevan a cabo estas recomendaciones.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Nuestro estudio demuestra que recibir asesoramiento de un médico sobre un estilo de vida saludable y autocuidado, estar informado sobre la hipertensión y su manejo, y tener creencias positivas con respecto al manejo de esta afección condujo al mantenimiento de un estilo de vida saludable.</p> <p>Sin embargo, también se observaron tasas bajas de asesoramiento en algunos médicos, lo que sugiere la necesidad de las habilidades de asesoramiento de los médicos para que tengan más confianza y sean más efectivos. Así, sería interesante desarrollar estrategias educativas tanto para médicos como pacientes para así abordar</p>

	ambas variables y conseguir un mejor control de la PA. Por ejemplo, llevar a cabo talleres centrados en el paciente para que no sólo conozca su patología sino, también, aumentar la motivación de los pacientes para desempeñar un papel activo en su tratamiento. Esto conllevará el empoderamiento de los pacientes y su participación activa.
Cita bibliográfica (Vancouver)	Gray J. Enlightenment's wake: Politics and culture at the close of the modern age. Enlightenment's Wake Polit Cult Close Mod Age. 2007;13(september):1-302.

Título	Self Measurement of Blood Pressure for Control of Blood Pressure Levels and Adherence to Treatment			
Introducción	Resumen	<p>Para mejorar el cumplimiento del paciente es imprescindible incluirlo en el proceso, otorgándole información sobre la importancia de conocer y alcanzar los objetivos de presión arterial.</p> <p>Así, la auto medición de la PA en el hogar, con dispositivos validados y tras el entrenamiento adecuado, evita que el síndrome de la bata blanca altere los resultados obtenidos por los profesionales sanitarios en el entorno hospitalario y da valores más reales.</p> <p>Esto, además, facilita la adherencia al tratamiento gracias a que reduce la inercia del profesional sanitario y el uso innecesario de medicamentos antihipertensivos.</p>		
	Objetivo	Evaluar como interfiere la auto medición de la PA del paciente (AMPA) en el cumplimiento del tratamiento y el control de la PA.		
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado	SIGN	

		aleatorizado (ECCA).		Nivel de coincidencia (NE)= 1++ Grado de recomendación (GR)= A
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.	Escala LIKERT	4
			Año y país de publicación.	Brasil, 2011.
Resultados relevantes			<p>El estudio incluyó a 57 pacientes, 38 en el grupo de estudio (GE) y 19 en el grupo de control (GC). Estos pacientes fueron seguidos durante 12 meses y evaluados en la aleatorización (V1), así como en el sexto (V2) y el duodécimo mes (V3).</p> <p>Se compara los datos de PAM obtenidos por el propio paciente en casa (AMPA) con el monitoreo ambulatorio (MAPA) y las respuestas del cuestionario de estilo de vida.</p> <p>Los valores de la presión arterial sistólica (PAS) por medición casual en la GE y GC fueron: 140.01 ± 16.73 mmHg y 141.79 ± 23.21 mmHg en V1 ($p = 0.72$), 135.49 ± 12.73 mmHg y 145.69 ± 19.31 mmHg en V2 ($p = 0,02$), $131,64 \pm 19,28$ mmHg y $134,88 \pm 23,21$ mmHg a V3 ($p = 0,59$). Los valores de la presión arterial diastólica (PAD) fueron: 84.13 ± 10.71 mmHg y 86.29 ± 10.35 mmHg en V1 ($p = 0.47$), 81.69 ± 10.88 mmHg y 89.61 V2 ± 11.58 mmHg ($p = 0.02$), 80.31 ± 11.83 mmHg y 86 ± 13.38 mmHg en V3 ($p = 0.12$).</p>	
Discusión planteada	<p>Este estudio permitió verificar que cuando se controla la PA en consulta puede existir el efecto de la bata blanca y, si este control se lleva también a cabo en casa, se puede comparar y, con ello, lograr un mejor control de la PA y menos medicación.</p> <p>Así, los resultados mostraron que en el control de la PA evaluado por medición casual, el GE alcanzó objetivos de tratamiento más rápidos con una diferencia significativa tanto para la PAS ($p = 0.02$) como</p>			

	<p>para la PAD ($p = 0.02$) tanto a los 6 como a los 12 meses. Esto puede explicarse por una disminución de la inercia al tratamiento observada entre los profesionales de la salud y los pacientes y a una mayor adherencia al tratamiento farmacológico. Por otro lado, la medición de la PA por MAPA no ofreció diferencias significativas para PAS ni PAD. Esto demuestra el efecto de la bata blanca.</p> <p>En relación con la adherencia al tratamiento no farmacológico mediante la evaluación de la práctica de actividad física regular, la adopción de una dieta saludable y el control de los hábitos de consumo regular de alcohol y de fumar; tampoco mostraron diferencias entre grupos.</p> <p>En cuanto a la adhesión al tratamiento farmacológico, el GE presentó al final del seguimiento, el 100% del uso regular de fármacos antihipertensivos, mientras que en el GC fue del 88,2% ($p = 0,03$). También hubo una disminución significativa en el número de tipos de medicamentos antihipertensivos utilizados en el GE en comparación con el GC en la visita 3.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Tras los 6 meses de estudio se observó que la autoevaluación de la PA por los propios pacientes puede mejorar el control de la PA; sin embargo, esto cambió a los 12 meses.</p> <p>Los pacientes del GE tuvieron adherencia al tratamiento no farmacológico similar al GC, pero obtuvieron una mayor adherencia al tratamiento farmacológico y usaron menos fármacos antihipertensivos. No hubo diferencias entre los grupos al comparar el perfil metabólico y la función renal.</p> <p>Todo esto demuestra que es importante que los pacientes tengan una actitud activa en el manejo de su patología y que tengan conocimientos, no sólo sobre la medición, sino sobre la patología y diferentes tratamientos. Además, permite demostrar que el síndrome de la bata blanca puede dar resultados erróneos.</p>
<p>Cita bibliográfica (Vancouver)</p>	<p>de Souza WKS, Jardim PCB, Brito LP, Araújo FA, Sousa ALL. Self measurement of blood pressure for control of blood pressure</p>

	levels and adherence to treatment. Arq Bras Cardiol. 2012;98(2):167-74.
--	---

Título	Perception, Knowledge, and Attitude toward Physical Activity Behaviour: Implications for Participation among individuals with Essential Hypertension			
Introducción	Resumen	<p>La HTA sigue siendo el principal factor de riesgo de morbi-mortalidad cardiovascular. A su vez, llevar un estilo de vida sedentario con un nivel bajo de actividad física (AF) es uno de los factores de riesgo más importantes para la HTA.</p> <p>Por otro lado, el tratamiento no farmacológico no sólo se ha evidenciado como efectivo para lograr un buen control de la PA sino que, a diferencia del tratamiento farmacológico, no tiene efectos adversos y es menos costoso para el sistema sanitario. Por ello, es necesario comprender el comportamiento del estilo de vida entre las personas con HTA para, así, lograr un control efectivo de la PA.</p>		
	Objetivo	<p>Evaluar las percepciones, conocimientos, actitudes y nivel de participación en cuanto a actividad física (AF) en pacientes con HTA que acuden a hospitales terciarios en un estado nigeriano del sudeste.</p>		
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de prevalencia, trasnversal o cross-sectional (PR)	SIGN	<p>Nivel de coincidencia (NE)= 3</p> <p>Grado de recomendación (GR)= D</p>
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		

		Año y país de publicación.	Nigeria, 2017.
Resultados relevantes	<p>Este estudio consta de una muestra n= 200 con prehipertensión a los que se les pidió complementar un cuestionario relacionado con la actividad física (AF) (percepción, conocimiento, actitud y participación) durante 14 semanas.</p> <p>Se observó que la mayoría de ellos tenían limitaciones de tiempo para realizar AF (58%; p = 0.02) y que no fueron desanimados por su entorno social. Además, estos observaron que realizar AF ofrecía cambios positivos en su salud general (69%; P = 0.001) y que realizar sus actividades diarias les resultaba más fácil desde que empezaron a realizar AF (67.5%, p = 0.001).</p> <p>Por otro lado, también se observó que, aunque la mayoría no estaban siempre preocupados por su nivel de AF, sí que consideraban necesitar estar físicamente activos para disminuir su PA (59.7%), y que realizar AF les hacía sentir felices (64.7%) por lo que recomendarían, como paciente hipertenso, a otros pacientes el realiza (65.1%).</p> <p>Así, se evidenció que tener mayor conocimiento sobre la AF estaba relacionado significativamente con la actitud hacia AF (r = 0.32, p \ 0.001) y la participación (r = 0.28, p \ 0.001). Además, la actitud hacia la AP se correlacionó significativamente con la participación en la AP (r = 0.56, p \ 0.001).</p>		
Discusión planteada	<p>Aunque existe evidencia de que la terapia farmacológica es efectiva para la prevención de la HTA la tasa de control de la PA, sólo con tratamiento farmacológico, sigue siendo muy baja. Además, los costes elevados de la medicación, la cantidad de medicamentos antihipertensivos, la disparidad socioeconómica y las reacciones adversas medicamentosas se relacionan con este deficiente control de la PA.</p> <p>Por otro lado, el enfoque no farmacológico, que incluye un plan dietético, la reducción de peso y AF regular; no sólo ha demostrado</p>		

	<p>ser efectivo para el control de la PA sino que, además, no tiene efectos adversos y son menos costosos que la terapia farmacológica. De hecho, se ha demostrado que la AF, por si sola, es responsable de una disminución de hasta 12 mmHg en la PA sistólica y 5 mmHg en la PA diastólica.</p> <p>Además, cuando se utiliza como complemento de la terapia farmacológica, se ha evidenciado que aumenta el número de pacientes que tienen su PA controlada y que reduce el número de fármacos antihipertensivos que toman. También, realizar AF regular se asociada con un mejor bienestar psicológico que, a su vez, reduce los niveles de estrés, ansiedad y depresión; lo cuál es realmente importante para la prevención y el tratamiento de la HTA.</p> <p>Por último, el beneficio percibido sobre realizar ejercicio, el nivel de educación, el acceso a las instalaciones recreativas y el entorno del vecindario influyen en la participación de a AF. Siendo el nivel educativo el más importante.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>A pesar de los beneficios, evidenciados, que tiene la AF en relación con el control de la PA, la mayoría de los pacientes no desarrollan esta adherencia como debería. Esto puede ser debido a que muchos pacientes hipertensos tienen unos conocimientos deficientes y/o una actitud negativa relacionada con la AF. Sin embargo, los resultados de este estudio evidencian la relación significativa que existe entre tener buenos conocimientos y una actitud hacia la AF y realizarla. Teniendo en cuenta el papel de la AF en el manejo de la hipertensión, es necesario conocer qué conoce, cómo la percibe qué actitud y cómo participa el paciente en la AF de manera individual para poder llevar a cabo unas buenas estrategias de intervención encaminadas a mejorar todo esto y, finalmente, mejorar el control de la PA.</p>
<p>Cita bibliográfica (Vancouver)</p>	<p>Maruf FA, Ojukwu CC, Akindele MO. Perception, Knowledge, and Attitude toward Physical Activity Behaviour: Implications for Participation among Individuals with Essential Hypertension. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2018;25(1):53-60.</p>

Título	Dietary Patterns, Nutrition Knowledge, Lifestyle, and Health-Related Quality of Life: Associations with Anti-Hypertension Medication Adherence in a Sample of Australian Adults			
Introducción	Resumen	En Australia, casi un tercio de los mayores de 18 años sufren HTA, lo cuál es una tasa muy elevada y conlleva grandes costes económicos y sociales. Por ellos es esencial conseguir que los pacientes consigan unos valores de PA óptimos. A pesar de que la modificación de los hábitos poco saludables es el enfoque principal para controlar la HTA, la adherencia tanto a la modificación del estilo de vida como a la medicación parece ser deficiente.		
	Objetivo	Identificar la asociación entre tener un mejor conocimiento nutricional, pueden llevar un estilo de vida más saludable, tener una mejor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y una mayor confianza para cambiar el comportamiento y la adherencia a los tratamientos de HTA. identificar los determinantes de la adherencia en la dieta y el estilo de vida en individuos hipertensos australianos.		
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de prevalencia, trasnversal o cross-sectional (PR)	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 3 Grado de recomendación (GR)= D
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		Escala LIKERT

		Año y país de publicación.	Australia, 2017.
Resultados relevantes	<p>adultos con presión arterial alta (n = 224) completaron un cuestionario que incluye: cuestionario de frecuencia de alimentos (FFQ), conocimientos de nutrición, CVRS, autoeficacia de la dieta y el ejercicio, estilo de vida y secciones de adherencia a la HTA. Casi la mitad (47%) de los participantes tenían una adherencia pobre a la HTA y se observó una diferencia significativa entre los participantes con adherencia pobre y buena por edad, género, ingresos y empleo. Siendo la razón más común para la no adherencia a la HTA fue el olvido (40%), seguida del miedo a los efectos secundarios (16%) y razones financieras (13%).</p> <p>No se observaron diferencias significativas entre el conocimiento nutricional, la CVRS, el estado de actividad física, la autoeficacia de la dieta, el tabaquismo y el consumo de alcohol entre los grupos. Se evidencia, además, una asociación positiva entre la autoeficacia en el ejercicio y la duración del sueño con la adherencia y que patrones dietéticos occidentales son más prevalentes en los participantes con HTA, lo que, además, disminuía la probabilidad de una buena adherencia.</p>		
Discusión planteada	<p>Este estudio revela que, aunque la mayoría de los pacientes toman medicamentos antihipertensivos, sólo un 53% tiene una buena adherencia. Esto no sólo incrementa las posibilidades de desarrollar otras enfermedades sino que, también, aumenta el coste sanitario. Se demostró que el olvido es la razón más común para la falta de adherencia, seguida del miedo los efectos secundarios de los medicamentos y el costo financiero. Por otro lado, a pesar de que de que un mejor conocimiento nutricional, un patrón y estilo de vida más saludables, una mejor CVRS y una mayor confianza en el cambio de comportamiento se asocian con una mejor adherencia a la HTA. Sin embargo, este estudio no pudo observar ninguna asociación entre el conocimiento nutricional solo y la adherencia a la</p>		

	<p>HTA, ni tampoco que los patrones dietéticos y la CVRS se asocien con la adherencia a la HTA. Sin embargo, una mejor autoeficacia del ejercicio y un sueño adecuado (alrededor de 7 horas) si que se asociaron positivamente con una mayor adherencia.</p> <p>Es importante resaltar que existen varios factores asociados con una mala adherencia a la medicación en individuos hipertensos. Estos toman medicamentos en respuesta a los síntomas que experimentan pero, dado que los síntomas físicos de la HTA generalmente no se experimentan ni se perciben, las personas con HTA pueden no sentir la necesidad de tomar los medicamentos.</p> <p>Además, el escaso conocimiento relacionado con la salud, la mala salud general, el miedo a los efectos secundarios, el mal estado socioeconómico, las creencias de los pacientes y el olvido se asocian con el incumplimiento de la medicación.</p> <p>El conocimiento del paciente sobre la enfermedad, el tratamiento y las consecuencias de la no adherencia al tratamiento puede mejorar la participación activa en el tratamiento y la autoeficacia para implementar los cambios de estilo de vida necesarios.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Un patrón dietético más saludable, una mejor autoeficacia del ejercicio y un sueño adecuado (más de seis horas por noche) pueden aumentar la probabilidad de adherencia a la HTA en individuos con presión arterial alta. Se requieren intervenciones centradas en mejorar estas variables.</p>
Cita bibliográfica (Vancouver)	<p>Khalesi S, Irwin C, Sun J. Dietary Patterns, Nutrition Knowledge, Lifestyle, and Health-Related Quality of Life: Associations with Anti-Hypertension Medication Adherence in a Sample of Australian Adults. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2017;24(4):453-62.</p>

Título	Grado de conocimiento de la hipertensión en pacientes hipertensos.	
Introducción	Resumen	<p>El nivel del conocimiento de los pacientes sobre su patología es esencial para un buen manejo de la HTA ya que el incumplimiento de los tratamientos conlleva numerosas consecuencias tanto para el</p>

		paciente, porque aumenta las complicaciones y mortalidad, como para el sistema sanitario.		
	Objetivo	Evaluar el nivel de conocimientos sobre la HTA que tienen los pacientes hipertensos.		
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de prevalencia, transversal o cross-sectional (PR)	SIGN	Nivel de coincidencia (NE)= 3 Grado de recomendación (GR)= D
	Base de datos de procedencia.	Pubmed.		Escala LIKERT
			Año y país de publicación.	España, 2018.
Resultados relevantes	Se observó que mas del 50% de los pacientes no tenía adherencia a la medicación y que un 41'7% decía no haber sido informado sobre su patología. Además, el 35'8% no pensaba que fuese una enfermedad crónica y sólo el 42'3% sabía para que servía tener que controlar su PA. Además, se evidenció que existían diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimientos y el nivel de estudios ($p < 0,001$).			
Discusión planteada	El presente estudio viene a demostrar que el conocimiento que los pacientes tienen sobre su proceso de enfermedad sigue siendo muy bajo y que, además, existe una correlación positiva entre el nivel de estudios y el nivel de conocimientos. Por ello es esencial mejorar los conocimientos que estos tienen, sus competencias y empoderarlos. Así, los equipos asistenciales de primaria juegan un papel fundamental en esto.			
Conclusiones del estudio	El conocimiento básico sobre la HTA sigue siendo bajo en los pacientes de esta población, de manera que sería interesante desarrollar futuras intervenciones educativas que no solo amplíen sus			

	conocimientos sino que, además, fomenten la participación del paciente en el control de su enfermedad.
Cita bibliográfica (Vancouver)	Delgado IZ, Villarraso MTC, García MR. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. <i>Enferm Nefrol.</i> 2014;17(4):251-60

