

Revisada en
2009
Incluye
suplemento

Octubre 2005

Manejo de la hipertensión en enfermería
Cómo construir el futuro de la enfermería

Manejo de la hipertensión en enfermería



Finding answers. For life.

investén
18C/11



RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
inscrits de l'Ontario

NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM



Saludos de Doris Grinspun
Directora ejecutiva
Registered Nurses Association of Ontario

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) en colaboración con la “Heart and Stroke Foundation” de Ontario se complace en desarrollar, evaluar y difundir la Guía de buenas prácticas en enfermería para el manejo de la hipertensión. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la entrega y excelente servicio que las enfermeras ofrecemos en nuestra labor cotidiana.

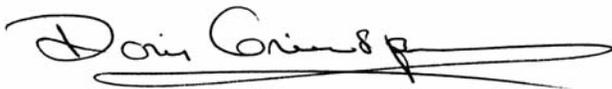
Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen posible la iniciativa de la RNAO de desarrollar unas Guías de buenas prácticas en enfermería basadas en la evidencia (NBPG, por sus siglas en inglés). Como bien sabrán, el Ministerio de Sanidad de Ontario, Canadá reconoce nuestra capacidad de liderazgo en el desarrollo de este proyecto mediante una financiación plurianual. La directora del programa NBPG, Tazim Virani, junto con su fantástico equipo de expertos están realizando un buen uso de esta financiación consolidando el programa y proyectándolo más lejos de lo que cabía pensar en un principio. La comunidad de enfermeras, con su compromiso y dedicación a la excelencia en el trabajo, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para la creación, evaluación y revisión de cada una de las Guías. Los profesionales han respondido con entusiasmo a la implantación de las Guías en sus organizaciones, eligiendo incluso impulsores de buenas prácticas, evaluando las Guías, y han trabajado por una cultura de la práctica basada en la evidencia. Queremos dedicar un agradecimiento muy especial al equipo de desarrollo de la guía para el manejo de la hipertensión en Enfermería, liderado por Cindy Bolton y Heather McConnell.

Respetamos y valoramos mucho vuestra experiencia y gran compromiso. Asociaciones como la nuestra ofrecen una oportunidad excelente para crear redes y compartir experiencia en el desarrollo de las guías. La colaboración entre la Heart and Stroke Foundation de Ontario y la RNAO crea una sinergia para la difusión y obtención de respuesta. La ratificación por parte del Programa Canadiense de Educación para la Hipertensión (CHEP, por sus siglas en inglés) demuestra el fuerte apoyo de este importante grupo colaborador y ofrece oportunidades de crear redes a nivel nacional.

El éxito de estas guías requiere de un esfuerzo común tanto de las enfermeras de la práctica clínica, como de los demás profesionales de la salud de otras disciplinas, de las enfermeras profesoras universitarias y de los lugares de práctica clínica y los empleadores. Tras albergar estas guías en corazón y mente, las enfermeras informadas y expertas, así como las estudiantes de enfermería, requieren entornos de trabajo saludables para ayudar a llevar estas directrices a la vida real.

Les rogamos compartan esta guía con los demás miembros del equipo interdisciplinar. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos, podemos garantizar que todos los ciudadanos de Ontario reciben los mejores cuidados posibles cada vez que contactan con nosotros. Hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de nuestro esfuerzo.

La RNAO ha tenido el placer de trabajar con la Heart and Stroke Foundation de Ontario en esta importante iniciativa. Esperamos tener más oportunidades de colaboración en el futuro. ¡Juntos estamos construyendo un Ontario más saludable!



Doris Grinspun, RN, MScN, PhD(c), OOnt.
Directora ejecutiva
Registered Nurses Association of Ontario



Terry Coote

Gerente, Educador

Heart and Stroke Foundation of Ontario

La Heart and Stroke Foundation de Ontario (en adelante, HSFO por sus siglas en inglés) se complace en aliarse con la Asociación profesional de enfermeras de Ontario (en adelante, RNAO por sus siglas en inglés) para la creación de la Guía de buenas prácticas para el manejo de la hipertensión en enfermería.

Este importante trabajo forma parte de la estrategia para la Reducción de la tensión arterial en colaboración con Atención Primaria, proyecto que está financiado por el Ministerio de sanidad y cuidados crónicos dentro de los fondos de Atención Primaria. Detectado el hecho de que no existía una guía de buenas prácticas para enfermería en estas áreas, la HSFO y la RNAO se comprometieron a producir la guía, en un esfuerzo colaborativo que aborde todos los aspectos de la gestión de la hipertensión en todos los ámbitos de práctica enfermera.

La HSFO actualmente está liderando la Estrategia de la Tensión Arterial Alta, plan de cinco años de duración con potencial para mostrar un impacto positivo sobre la hipertensión en Ontario. Este plan comprende dos componentes principales, a saber, la mejora en la gestión de los proveedores de Atención Primaria de salud en el manejo de la hipertensión, y la investigación en dos áreas emergentes. Dichos esfuerzos investigadores incluyen el estudio del rol de la tensión arterial sistólica en pacientes de 45 o más años, a la vez que examina cuestiones sobre cómo los determinantes sociales de la salud influyen en una tensión arterial elevada. Algunas otras actividades clave informarán a estos dos componentes principales, como por ejemplo la actualización de la encuesta de prevalencia de 1992 Encuesta de enfermedades y salud cardiaca para la hipertensión en Ontario, un plan de evaluación que se centra en la valoración del impacto de la estrategia en 5 años y sus elementos principales, así como un sistema prospectivo que permita hablar de los asuntos que van emergiendo durante el transcurso del plan.

Fundamentalmente, para mejorar la gestión de la hipertensión se requiere de formación. Es de esperar que la introducción de los recursos formación para los profesionales y las intervenciones que utilizan los principios de aprendizaje para adultos, conjuntamente con un enfoque dentro del equipo interdisciplinar, maximicen el impacto en la reducción y control de la tensión arterial. El desarrollo y la difusión de las guías de buenas prácticas para la hipertensión es otra parte esencial de la formación de los profesionales. Participando con la RNAO en el Programa de las Guías de buenas prácticas en enfermería (NBPGP, por sus siglas en inglés) ha permitido que la Estrategia para la tensión arterial elevada, tenga la oportunidad de aumentar la implantación de las mejores prácticas en el manejo de la hipertensión a través de todo Ontario. Estamos especialmente agradecidos al trabajo de la RNAO y del equipo de desarrollo liderado por Cindy Bolton.

Estamos encantados de formar parte de esta iniciativa y esperamos seguir trabajando con la RNAO en futuras guías de buenas prácticas para enfermería.

Terry Coote
Gerente, Educador
Heart and Stroke Foundation of Ontario



Finding answers. For life.



*Saludo de Teresa Moreno-Casbas,
Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de
Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III de España*

La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la práctica clínica basada en la evidencia.

"La traducción de estos documentos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Centro Colaborador Español del JBI para los cuidados de salud basados en la evidencia perteneciente a la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)".

Teresa Moreno-Casbas
Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)
Instituto de Salud Carlos III de España.
Madrid
Enero 2011

Manejo de la hipertensión en enfermería

Aviso de responsabilidad

Estas Guías se ocupan únicamente de la práctica de la enfermería y no de su dimensión económica. El uso de las Guías no es obligatorio para las enfermeras, y debe ser flexible para poder amoldarse a las preferencias del paciente y la familia, así como a las circunstancias particulares. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque en el momento de la publicación se puso especial énfasis en la precisión de los contenidos, ni los autores ni la HSFO o la RNAO garantizan la exactitud de la información recogida en las guías, y tampoco asumirán responsabilidad alguna respecto a las pérdidas, daños, lesiones o gastos derivados de errores u omisiones en su contenido. Los puntos de vista expresados en esta guía no reflejan necesariamente los del Ministerio de salud y cuidados crónicos. Cualquier referencia que aparezca en esta Guía relacionada con productos farmacéuticos específicos utilizados a modo de ejemplo, no implica publicidad o promoción de dichos productos.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento cuya copia o reproducción esté prohibida o restringida expresamente, el resto podrá editarse, reproducirse y publicarse en su totalidad y en cualquier formato (incluido el soporte electrónico), si es para fines educativos y no comerciales. De este modo no habrá necesidad de autorización o consentimiento previo de la RNAO o la HSFO. Asimismo, en la Guía reproducida deberá aparecer la siguiente acreditación:

Versión española traducida de: Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses' Association of Ontario (2005). *Nursing Management of Hypertension*. Toronto, Canada: Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses' Association of Ontario.

Acerca de la traducción

Para realizar la versión española de las Guías de la RNAO se ha contado con la coordinación técnica de un equipo de traductores especializados, licenciados en Traducción e Interpretación, con años de experiencia en el campo de la salud, con los conocimientos culturales y lingüísticos necesarios y todos ellos con el español como lengua materna. A su vez, la revisión ha corrido a cargo de profesionales del cuidado experimentados y conocedores de ambas culturas, y dicha revisión ha sido evaluada de forma independiente. Durante el proceso se han utilizado las más modernas herramientas informáticas de asistencia a la traducción con el fin de garantizar la coherencia conceptual y terminológica. Asimismo, se ha realizado la adaptación cultural de los contenidos pertinentes para reflejar la realidad de los países hispanohablantes. Así podemos garantizar una traducción precisa y fluida que cumple los objetivos fijados en la cultura de destino.

Cómo utilizar este documento

Esta Guía de buenas prácticas en enfermería es un documento explicativo que ofrece los recursos necesarios para la práctica de la enfermería basada en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de cada organización o centro, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Las Guías no deben aplicarse como un recetario, sino como una herramienta útil para ayudar a la toma de decisiones en el cuidado individualizado del paciente, así como para garantizar que se dispone de las estructuras y recursos adecuados para prestar el mejor servicio posible.

Las enfermeras, los demás profesionales de la salud y los gestores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica clínica, hallarán este documento útil de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas educativos, herramientas de documentación y evaluación, etc. Se recomienda que la Guía se utilice como una herramienta de recursos. Las enfermeras que proporcionan atención directa al paciente podrán revisar las recomendaciones, las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones y el proceso utilizado para el desarrollo de las Guías. No obstante, se recomienda encarecidamente que los centros sanitarios adapten el formato de estas Guías, de manera que su uso cotidiano resulte cómodo para su uso diario. En esta Guía se sugieren algunos formatos que podrían ser de utilidad para su confección y adaptación local.

Las instituciones que deseen utilizar esta Guía podrán:

- Evaluar las actuales prácticas de enfermería y cuidados en salud mediante las recomendaciones de la Guía.
- Identificar las recomendaciones que abordan las carencias o necesidades del servicio.
- Desarrollar de manera sistemática un plan para la implantación de las recomendaciones mediante el uso de herramientas y recursos asociados.

La HSFO y la RNAO están interesadas en conocer la aplicación práctica que se da a esta Guía.

Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia. Mediante la página web de la RNAO www.rnao.org/bestpractice, tanto instituciones como particulares podrán acceder a los recursos necesarios para la implantación de la Guía de buenas prácticas.

Esta Guía ha sido aprobada por el Programa Canadiense de Educación para la Hipertensión.



Manejo de la hipertensión en enfermería

Equipo responsable del programa

Tazim Virani, RN, MScN, PhD(candidate)
Program Director

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)
Program Manager

Stephanie Lappan-Gracon, RN, MN
Program Coordinator – Best Practice Champions Network

Josephine Santos, RN, MN
Program Coordinator

Jane M. Schouten, RN, BScN, MBA
Program Coordinator

Bonnie Russell, BJ
Program Assistant

Carrie Scott
Program Assistant

Julie Burris
Program Assistant

Keith Powell, BA, AIT
Web Editor

Heart and Stroke Foundation of Ontario
1920 Yonge Street, 4th Floor
Toronto, Ontario M4S 3E2
Website: www.heartandstroke.ca

Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street
Toronto, Ontario M5H 1L3
Website: www.rnao.org/bestpractices

Miembros del equipo de desarrollo

Cindy Bolton, RN, BNSc, MBA

Team Leader

Telestroke Project Leader

Kingston General Hospital

Kingston, Ontario

Armi Armesto, RN, BScN, MHSM

Clinical Nurse Specialist

Sunnybrook and Women's

Regional Stroke Centre, North and East

Toronto, Ontario

Linda Belford, RN, MN, CCN(c), ENC(c)

Acute Care Nurse Practitioner

University Health Network

Toronto, Ontario

Anna Bluvol, RN, MScN

Nurse Clinician, Stroke Rehabilitation

St. Joseph's Health Care

Parkwood Site

London, Ontario

Heather DeWagner, RN, BScN

Nurse Clinician – Stroke Strategy

Chatham-Kent Health Alliance

Stroke Secondary Prevention Clinic

Chatham, Ontario

Elaine Edwards, RN, BScN

Clinical Stroke Nurse

Thunder Bay Regional Health Sciences Centre

Thunder Bay, Ontario

BettyAnn Flogen, RN, BScN, MEd, ACNP

Clinical Nurse Specialist

Brain Health Centre

Interim Nurse Clinician –

Stroke and Cognition Clinic

Baycrest Centre for Geriatric Care

Toronto, Ontario

Elizabeth Hill, RN, MN, ACNP, GNC(c)

Acute Care Nurse Practitioner

Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Kingston General Hospital

Kingston, Ontario

Hazelynn Kinney, RN, BScN, MN

Clinical Nurse Specialist

South East Toronto Regional Stroke Network

St. Michael's Hospital

Toronto, Ontario



Manejo de la hipertensión en enfermería

Charmaine Martin, RN, BScN, MSc(T), ACNP
*Clinical Nurse Specialist/Acute Care Nurse
Practitioner, Stroke
Hamilton Health Sciences Centre
Hamilton General Site
Hamilton, Ontario*

Cheryl Mayer, RN, MScN
*Clinical Nurse Specialist/
Secondary Prevention Stroke
London Health Sciences Centre –
University Campus
London, Ontario*

Connie McCallum, RN(EC), BScN
*Nurse Practitioner
Stroke Prevention Clinic
Niagara Falls, Ontario*

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)
*Facilitator – Program Manager
Nursing Best Practice Guidelines Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario*

Mary Ellen Miller, RN, BScN
*Nurse Specialist
District Stroke Centre
Royal Victoria Hospital
Barrie, Ontario*

Susan Oates, RN, MScN
*Advanced Practice Nurse – Rehabilitation
West Park Healthcare Centre
Toronto, Ontario*

Tracy Saarinen, RN, BScN
*Secondary Stroke Prevention Nurse
Thunder Bay Regional Health Sciences Centre
Thunder Bay, Ontario*

Debbie Selkirk, RN(EC), BScN, ENC(c)
*Primary Care Nurse Practitioner
Emergency Services:
Chatham-Kent Health Alliance
Chatham, Ontario*

Los miembros del equipo de desarrollo que de las guías realizaron una declaración de posibles conflictos de intereses y confidencialidad.

Pueden consultar más detalles en la Registered Nurses' Association of Ontario.



Agradecimientos de los colaboradores

Stakeholders representing diverse perspectives were solicited for their feedback and the Heart and Stroke Foundation of Ontario and the Registered Nurses' Association of Ontario wish to acknowledge the following for their contribution in reviewing this Nursing Best Practice Guideline:

Wendy Abbas, RN, BScN	Director, Patient Care, Providence Healthcare, Toronto, Ontario
Ada Andrade, RN, MN, ACNP	CNS/NP Cardiology, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario
Cheryl Bain, RN	RN, Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, Thunder Bay, Ontario
Elizabeth Baker, RN(EC), MHS, BScN, PHCNP	Primary Health Care Nurse Practitioner, Manager – Victorian Order of Nurses, Lanark, Leeds & Grenville Branch, Brockville, Ontario
Pamela D. Bart, RN, BScN, MSc(Nursing), ACNP	Advanced Practice Nurse/Nurse Practitioner, Cardiac Care, Kingston General Hospital, Kingston, Ontario
Lisa Beck, RN, BScN, MScN	Critical Care Educator/CNS, Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, Thunder Bay, Ontario
Kaye Benson, RN, BScN, MN-ACNP, CCN(C)	Acute Care Nurse Practitioner, Cardiology, University Health Network – Toronto General Hospital, Toronto, Ontario
Gerald Bigham, Hon BA, MD	Family Physician/Stroke Rehab Care, Oxford Medical Centre, London, Ontario
John and Elaine Bolton	Consumer Reviewers, Cloyne, Ontario
Michelle Bott, RN, BScN, MN	Manager Professional Practice, Guelph General Hospital, Guelph, Ontario
Paule Breton, RN(EC)	Primary Health Care Nurse Practitioner, CSC Hamilton/Niagara, Welland, Ontario
Margaret Brum, RD, BASc	Clinical Dietitian (Cardiology), University Health Network, Toronto, Ontario
Olga M. Cameron	Consumer Reviewer, Thunder Bay, Ontario
Andrea Campbell, RN(EC), BScN, PHCNP	Nurse Practitioner, Merrickville District Community Health Centre, Merrickville, Ontario
Norm Campbell, MD, FRCPC	Professor of Medicine & Chair Canadian Hypertension Education Program, University of Calgary, Calgary, Alberta
Veola Caruso, RN	Care Leader, University Health Network, Toronto, Ontario
Lesley Chown, RD, BScDietetics	Registered Dietitian, Stroke Prevention Clinic, Niagara Falls, Ontario
Paula M. Christie, RN, BScN, MSN, ENC(C)	Stroke Prevention CNS, Regional Stroke Program, Kingston General Hospital, Kingston, Ontario
Julie Clarke, RN, BScN	Education Consultant, Corporate Education, Lakeridge Health, Oshawa, Ontario

Manejo de la hipertensión en enfermería

Jo-Anne Costello, RN, MScN, ACNP	Acute Care Nurse Practitioner Cardiology, St Mary's Hospital, Kitchener, Ontario
Kathy Coulson, RN, MScN, ACNP, CHPCN(C)	Advanced Practice Nurse/Nurse Practitioner, Kingston General Hospital, Kingston, Ontario
Donna Cousineau, RN, MScN, ENC(C)	Stroke Prevention Nurse Specialist, Champlain Regional Stroke Centre, The Ottawa Hospital, Ottawa, Ontario
Darlene Creed, RN, BScN(C)	Staff Nurse, Intensive Care Unit, Hamilton Health Sciences (General Division), Hamilton, Ontario
Janis Dale, RD	Clinical Dietitian, St. Joseph's Healthcare – Parkwood Site, London, Ontario
Katharine DeCaire, RN, MN, ACNP, CNCC(C)	Acute Care Nurse Practitioner, Cardiac Surgery, Trillium Health Centre, Mississauga, Ontario
Diane DeSchutter, RPN	Staff Nurse, St. Joseph's Health Care, London, Ontario
Evelyn Eggengoor	Consumer Reviewer, Orillia, Ontario
Kelley Eves, RN, BScN, CCN(C)	Nurse Manager – Medical/SCU; Clinical Practice Leader, Groves Memorial Community Hospital, Fergus, Ontario
Mary Jane Excetacion, RN	Perioperative Services, University Health Network – Toronto Western Hospital, Toronto, Ontario
George Fodor, MD, PhD, FCRPC	Head of Research, Prevention and Rehabilitation Centre, University of Ottawa Heart Institute, Ottawa, Ontario
Jennifer Fournier, RN(EC), BScN, BA, MHS(C)	Primary Care Nurse Practitioner, Shkagamik-Kwe Health Centre, Sudbury, Ontario
Connie Frank, RN, CCRC	London Health Sciences Centre – University Hospital, London, Ontario
Lisa Gardner, RN, BScN	Clinical Nurse Educator/Clinical Resource Nurse, Tillsonburg District Memorial Hospital, Tillsonburg, Ontario
Anne Garrett, RD, BAsC, MEd	Charge Dietitian, Hotel Dieu Hospital, Kingston, Ontario
Donna J. Gill, RN, MSc, ACNP, CRRN	Acute Care Nurse Practitioner, Grand River Hospital, Kitchener, Ontario
Laura Gleason, BScPharm	Pharmacist – Stroke Rehab Program, St. Joseph's Health Care – Parkwood Hospital, London, Ontario
Janet Gobeil, RN	Community Stroke Case Management Nurse, Wilson Memorial General Hospital, Marathon, Ontario
Marshall Godwin, MSc, MD, FCFP	Director, Centre for Studies in Primary Care, Queen's University, Kingston, Ontario
Curry Grant, MD, FRCPC, MSc	Cardiologist, Quinte Health Care, Belleville, Ontario
Grace C. Gutierrez, RN, BScN	Nurse Clinician/Researcher (Stroke), Toronto West Regional Stroke Centre, University Health Network, Toronto, Ontario
Gesine Haink, BScPharm, PhD	Pharmacist, Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, Thunder Bay, Ontario
Mary Hastings, RN, BScN	Educator for Emergency Services, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario



Guía de buenas prácticas en enfermería

Kirsten Heilmann-Stille, RN, BScN	Project Coordinator Quality Utilization and Risk Management, SCO Health Service, Ottawa, Ontario
Kimberley Hesser, RN	Research Coordinator, London Health Sciences Centre, London, Ontario
Karen Hill	Workplace Wellness Specialist and Reiki Master, Honour Your Space, Toronto, Ontario
Robin Hokstad, RN,CDE	Collaborative Care Facilitator, North Bay General Hospital, North Bay, Ontario
Maria Huijbregts, BScPT, PhD	Coordinator, Evaluation & Outcome, Baycrest Centre for Geriatric Care, Toronto, Ontario
Heather Hurcombe, RN, HBScN, CCN(C)	Predialysis/Transplant Coordinator, Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, Thunder Bay, Ontario
Sandra E. Ireland, RN, BScN, MSc, PhD(cand)	Clinical Nurse Specialist, Hamilton Health Sciences, Hamilton, Ontario
Neemera Jamani, RN, BScN	MScN student, University of Windsor, Windsor, Ontario
Sharon C. Jaspers, RN(EC), HBScN, CDE	Primary Health Care Nurse Practitioner, NorWest Community Health Centre, Thunder Bay, Ontario
Linda Kelloway, RN, BScN, MN(cand), CNN(C)	Regional Stroke Education Consultant, West GTA Stroke Network, Mississauga, Ontario
Eleanor Kent, RN, CCRC	Cardiovascular Research Nurse, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton, Ontario
Mary Knapman, RN, BHScN	Nursing Specialized Outpatient Rehabilitation, Hamilton Health Sciences, Hamilton, Ontario
Susan Kotel, RN, BScN, MN(cand)	Clinical Resource Nurse, Quinte Health Care – Stroke Prevention Clinic, Belleville, Ontario
Kathryn LeBlanc, BSc, MSc	Clinical Manager, Integrated Stroke Unit, Hamilton Health Sciences, Hamilton, Ontario
Beth Linkewich, OT Reg (Ont)	Occupational Therapist – Acute Stroke, Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, Thunder Bay, Ontario
Tamara Lucas, RN, BScN	District Stroke Centre Coordinator, Quinte Health Care, Belleville, Ontario
Kelly Lumley-Leger, RN, BScN, MEd	Regional Stroke Education Coordinator, Regional Stroke Centre, The Ottawa Hospital, Ottawa, Ontario
Cheryl Lyons, RN, BScN	Professional Practice Educator, Joseph Brant Memorial Hospital, Burlington, Ontario
Gail MacKenzie, RN, BScN, MScN	Clinical Nurse Specialist – Stroke Prevention Clinic, Hamilton Health Sciences – General Site, Hamilton, Ontario
Debra Mantha, RN	District Stroke Nurse Clinician, North Bay General Hospital, North Bay, Ontario
Wayne Miller, MSW, RSW	Registered Social Worker, Stroke Prevention Clinic, Niagara Health System, Niagara Falls, Ontario
Mitzi G. Mitchell, RN, GNC(C), BScN, BA, MHSc, MN, DNS	Lecturer-School of Nursing, York University, Toronto, Ontario
Jim Morris, DEd	Program Director, The Nicotine Dependence Centre, Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, Thunder Bay, Ontario
Jennifer Murdock, RN, BA, CCN(C)	Staff Nurse – Cardiac Catheterization Lab, Peterborough Regional Health Centre, Peterborough, Ontario
Sharon Mytka, RN, BScN, MEd	Regional Stroke Prevention and Thames Valley Coordinator, SW Ontario Stroke Centre, London Health Sciences Centre – University Hospital, London, Ontario
Crystal Noel, RN(EC), BScN, PHCNP	Nurse Practitioner, VON Canada – Sudbury Site, Sudbury, Ontario
Breeda O'Farrell, RN, MScN, CNN(C)	Nurse Practitioner/Clinical Nurse Specialist, London Health Sciences Centre –

Manejo de la hipertensión en enfermería

Carol Owens, RN	University Hospital, London, Ontario Staff Nurse, VON, North Bay, Ontario
Monica Parry, RN, MEd, MSc, ACNP, CCN(C), PhD(cand)	Advanced Practice Nurse/Nurse Practitioner, Cardiac Surgery, Kingston General Hospital, Kingston, Ontario
Joy Parsons-Nicota, RN(EC), BScN, MScN	Nurse Practitioner, Family Medicine Centre, The Ottawa Hospital, Ottawa, Ontario
Wendy L. Pomponio, RN, BScN	Medical/Rehabilitation Nurse Clinician, Brant Community Healthcare System, Brantford, Ontario
Tara Poselwhite, RN	Registered Nurse, Thunder Bay Regional Health Science Centre, Thunder Bay, Ontario
Sandra Rice, RN	Registered Nurse, Merrickville District Community Health Centre, Merrickville, Ontario
Thelma Riddell, RN, COHN(C), BScN, MScN(c)	Research Assistant, The University of Western Ontario, London, Ontario
Jill Riva-Patey, RN, BScN	NEO Regional Education Coordinator, Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital, Enhanced District Stroke Centre, Sudbury, Ontario
Arlene A. Sardo, RN, MSN, ACNP, ENC(C), CNC(C)	Acute Care Nurse Practitioner, Hamilton Health Sciences, Hamilton, Ontario
Sue Saulnier, RN, BNSc, MEd, GNC(C)	Southeastern Ontario Stroke Education Coordinator, Stroke Strategy of Southeastern Ontario, Kingston General Hospital, Kingston, Ontario
Maria C. Scattolon, RN, MSN, CNeph	Nurse Educator, St Joseph's Healthcare – Hamilton, Hamilton, Ontario
Dana Schultz, BSc, BA, MSW, RSW	Regional Education Coordinator, Central East Network Stroke Program, Royal Victoria Hospital, Barrie, Ontario
Karen Serediuk, RN, HBScN	Coordinator Learning & Professional Practice, St. Joseph's Care Group, Thunder Bay, Ontario
Laurie Sherrington, RN	Northwest Regional Telehealth Coordinator, NORTH Network, Thunder Bay, Ontario
Sherry Lynn Sims, RN BScN(cand)	Stroke Nurse – Stroke Strategy, Chatham Kent Health Alliance, Chatham, Ontario
Krystyna Skrabka, RN, MA	Regional Stroke Education Coordinator, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario
Dale Smith, RN, ENC(C)	Administrative Coordinator Emergency Department, York Central Hospital, Richmond Hill, Ontario
Judy Smith, RN, BScN, ENC(C)	Clinical Nurse Educator – Emergency Medicine, York Central Hospital, Richmond Hill, Ontario
Linda Smith, RN, BScN, CNN(C)	Registered Nurse, Hamilton Health Sciences, Hamilton, Ontario
Mae Squires, RN, BA, BNSc, MSc	Program Director, Kingston General Hospital, Kingston, Ontario
Denise St. Louis, RN, BScN, CNN(C)	Stroke Prevention Nurse, Hotel Dieu Grace Hospital, District Stroke Centre, Windsor, Ontario
Patti Staples, RN, MScN, ACNP	Clinical Nurse Specialist/Nurse Practitioner, Hotel Dieu Hospital – Heart Failure Clinic, Kingston, Ontario
Sarah Telfer, RN, MN, CCN(C)	Clinical Nurse Specialist, Cardiac Services, Trillium Health Centre, Mississauga, Ontario
Lynne Thibeault, RN(EC), BScN, MEd, PHCNP	Nursing Professor, Nurse Practitioner, Confederation College, Thunder Bay, Ontario
Catherine Thomson, RN, BScN	Nurse Clinician, Cardiac Rehab Program, St. Joseph's Health Centre, Toronto, Ontario
Loretta Tirabassi-Olinski, RN	Clinical Instructor, Hotel Dieu Health Sciences Hospital, Niagara Diabetes Centre, St. Catharines, Ontario
Gina Tomaszewski, RN, MScN	SWO Regional Stroke Education Coordinator, London Health Sciences Centre, London, Ontario

Guía de buenas prácticas en enfermería

Diane Usher, RN

Lisa Valentine, RN, BScN, MN

Mary VandenNeucker, RN, BScN, COHN(C)

Sarah Verhoeve, RN, BScN, MN(cand)

Laura M. Wagner, RN, PhD

Sarah Waite, BHEcol (BSc), RD

Marlene Wandel, RN, BSN, BSc(Hons)

Yvonne Ward, RN

Jacqueline Willems, RN, MN, CNN(C)

Evelyn Wilshaw, RN, BScN, MSc(T)

Staff Nurse, St Joseph's Health Care – Parkwood Hospital, London, Ontario

Practice Consultant, College of Nurses of Ontario, Toronto, Ontario

Heart Health Coordinator – Whole Hearted Living, County of Oxford – Public Health & Emergency Services, Woodstock, Ontario

Interventional Cardiology Case Manager, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario

Nursing Research Scientist, Baycrest Centre for Geriatric Care, Toronto, Ontario

Clinical Dietitian (Stroke Program and Cardiac Rehab), Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, Thunder Bay, Ontario

Registered Nurse – Staff Nurse, Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, Thunder Bay, Ontario

Registered Nurse, Peterborough Regional Health Centre, Peterborough, Ontario

Regional Stroke Program Manager, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario

Nurse Clinician, Joseph Brant Memorial Hospital, Burlington, Ontario



Miembros del equipo de traducción de las Guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas,
RN, MSc, PhD
Coordinadora científica
*Responsable de la Unidad de
Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos
III, España*

Esther González María, RN, MSc,
PhD candidate
Coordinadora científica
*Centro colaborador del Instituto Joanna
Briggs, Australia*

Cintia Escandell García, DUE,
PhD candidate
Coordinadora técnica
*Unidad de Investigación en Cuidados de
Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud
Carlos III, España*

Traducción

Marta López González
Coordinadora de traducción
*Licenciada en Traducción e
Interpretación
Universidad Complutense de Madrid,
CES Felipe II*

María Nebreda Represa
Coordinadora de traducción
*Licenciada en Traducción e
Interpretación
Universidad de Valladolid*

Paula García Manchón
Traductora responsable de proyectos
*Licenciada en Traducción e
Interpretación.
Universidad Complutense de Madrid,
CES Felipe II*

Juan Diego López García
Traductor responsable de proyectos
*Ldo. en Traducción e Interpretación.
Université Jean Moulin Lyon III (Francia)
y Universidad de Granada*

Colaboración externa de traducción

Elena Morán López

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de
Madrid*

Clara Isabel Ruiz Ábalo

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de
Madrid*

Jaime Bonet

*Ldo. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid*

Carmen Martínez Pérez-Herrera

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid*

Francisco Paredes Maldonado

*Ldo. en Lenguas extranjeras aplicadas y
traducción
Universidad de Orléans (Francia)*

Aimón Sánchez

*Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias*

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

*Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)*

Pilar Mesa, DUE

*Facultad de Enfermería,
Universidad de Córdoba*

Juan Carlos Fernández

*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears*

Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE,
PhD candidate

*Unidad de coordinación y desarrollo de la
Investigación en Enfermería,
Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos
III, España*

Pablo Uriel Latorre, DUE

*Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A
Coruña A, Coruña, España*

Montserrat Gea Sánchez,
DUE, PhD candidate

*Hospital de Santa Maria. Gestió de
Serveis Sanitaris. Lleida, España*

Ana Craviotto Vallejo, DUE

*Hospital Universitario Doce de Octubre,
Madrid, España*

Raquel Sánchez, DUE

*Hospital Universitario de Getafe, Madrid,
España*

Iosune Salinas

*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España*

Tabla de contenidos

Resumen de recomendaciones	18
Interpretación de la evidencia	21
Responsabilidad en el desarrollo de la guía	21
Objetivos y ámbito	22
Proceso de desarrollo	23
Definiciones	25
Antecedentes	27
Modelos teóricos y cambios de comportamiento	30
Recomendaciones para la práctica	32
Recomendaciones para la formación	74
Recomendaciones para la organización y directrices	76
Lagunas en la investigación e implicaciones futuras	78
Evaluación y monitorización de la guía	78
Estrategias de implantación	80
Proceso de actualización y revisión de la guía	81
Referencias	83
Bibliografía	90

Anexo A – Estrategia de búsqueda de la evidencia existente	95
Anexo B – Glosario	99
Anexo C – Costes de medicación y programas	101
Anexo D – Etapas del modelo de cambio	103
Anexo E – Entrevista motivacional	104
Anexo F – Educación del paciente: monitores domiciliarios	109
Anexo G – Urgencias y emergencias hipertensivas	111
Anexo H – Dieta DASH. Enfoques dietéticos para parar la hipertensión	112
Anexo I – La reducción del Sodio y la dieta DASH	116
Anexo J – Registro de los hábitos alimentarios y DASH	119
Anexo K – Sistema canadiense de clasificación de la masa corporal	120
Anexo L – Valoración del consumo de alcohol	122
Anexo M – Abandono del hábito tabáquico: una intervención breve	126
Anexo N – ¿Cuán vulnerable eres al estrés?	128
Anexo O – Resumen de los tipos de antihipertensivos prescritos	130
Anexo P – Algoritmo de seguimiento	132
Anexo Q – Recursos educativos	133
Anexo R – Descripción de la herramienta	136

Resumen de recomendaciones

RECOMENDACIÓN		*NIVEL DE EVIDENCIA
Recomendaciones para la práctica		
Detección y diagnóstico	1.1 Las enfermeras aprovecharán toda situación que sea adecuada para evaluar la tensión arterial en adultos con la finalidad de facilitar la detección precoz de la hipertensión.	IV
	1.2 Las enfermeras utilizarán una técnica correcta, un tamaño de manguito adecuado y un equipo debidamente mantenido y calibrado cuando evalúen la tensión arterial de los pacientes	IV
	1.3 Las enfermeras estarán bien informadas en cuanto a todo el proceso que engloba el diagnóstico de hipertensión.	IV
	1.4 Las enfermeras educarán a los pacientes sobre las técnicas de autocontrol y monitorización de la tensión arterial en su domicilio, así como en el equipo apropiado para el diagnóstico potencial y monitorización de la hipertensión.	IV
	1.5 Las enfermeras educarán a los pacientes con un objetivo respecto a su tensión arterial y la importancia de conseguir y mantener ese objetivo.	IV
Valoración y desarrollo del plan de tratamiento		
Intervenciones sobre el estilo de vida	2.1 Las enfermeras trabajarán con los pacientes para identificar los estilos de vida que influyen en el manejo de la hipertensión, reconociendo áreas potenciales de cambio y creando un plan colaborativo para ayudar al paciente a alcanzar sus objetivos, lo que conlleva la prevención secundaria de complicaciones.	IV
Dieta	2.2 Las enfermeras evaluarán y educarán a los pacientes sobre los factores de riesgo dietéticos como parte del tratamiento de la hipertensión, en colaboración con dietistas y otros miembros del equipo de salud.	IV
	2.3 Las enfermeras aconsejarán a los pacientes con hipertensión sobre la dieta DASH (Enfoques Alimentarios para Detener la Hipertensión), en colaboración con los dietistas y otros miembros del equipo de salud.	Ib
	2.4 Las enfermeras aconsejarán a los pacientes con hipertensión para que limiten el consumo de sodio a la cantidad recomendada 65-100 mmol/día, en colaboración con los dietistas y otros miembros del equipo de salud.	Ia
Peso saludable	2.5 Las enfermeras valorarán el Índice de Masa Corporal (IMC) y la circunferencia de la cintura.	IV
	2.6 Las enfermeras recomendarán a los pacientes con un IMC superior o igual a 25 y una circunferencia de cintura superior a 102 cm (en hombres) o a 88 cm (en mujeres) que consideren aplicar estrategias de reducción de peso.	IV
Ejercicio	2.7 Las enfermeras valorarán el nivel actual de actividad física de los pacientes.	IV
	2.8 Las enfermeras aconsejarán a los pacientes, en colaboración con el equipo de salud, que participen en ejercicios físicos dinámicos de intensidad moderada durante 30-60 minutos, de 4 a 7 veces por semana.	Ia
Alcohol	2.9 Las enfermeras valorarán el consumo de alcohol de los pacientes, incluidas la cantidad y frecuencia, utilizando un instrumento validado.	Ib
	2.10 Las enfermeras, de manera rutinaria, hablarán sobre el consumo de alcohol con los pacientes y recomendarán un consumo limitado, en su caso a un máximo de: <ul style="list-style-type: none"> ■ dos bebidas estándar por día o 14 a la semana para los hombres; ■ una bebida estándar por día o 9 a la semana para las mujeres o los hombres muy delgados. 	III

RECOMENDACIÓN		
Tabaco	2.11 Las enfermeras estarán bien informadas acerca de la relación entre el tabaquismo y las enfermedades cardiovasculares.	IV
	2.12 Las enfermeras establecerán el estatus en cuanto a consumo de tabaco del paciente e implantarán cuando sea adecuado unas “Intervenciones Breves” en cada visita, con el fin de facilitar el abandono del hábito de fumar.	la
Estrés	2.13 Las enfermeras asesorarán a los pacientes con hipertensión diagnosticada en el entendimiento de cómo reaccionan antes situaciones estresantes y en cómo aprender a afrontar y manejar el estrés de forma efectiva.	IV
Medicación	3.1 Las enfermeras obtendrán el historial de medicación del paciente, que incluirá la medicación prescrita, la de venta libre, hierbas y consumo de drogas.	IV
	3.2 Las enfermeras estarán bien informadas sobre las clases de medicaciones que deben prescribir a los pacientes diagnosticados de hipertensión.	IV
	3.3 Las enfermeras proporcionarán educación al paciente en cuanto al manejo farmacológico de la hipertensión, en colaboración con médicos y farmacéuticos	IV
Evaluación de la adherencia	4.1 Las enfermeras se esforzarán en mantener relaciones terapéuticas con los pacientes.	IV
	4.2 Las enfermeras explorarán las expectativas y creencias de los pacientes relacionadas con el manejo de su hipertensión.	III
	4.3 Las enfermeras evaluarán la adherencia del paciente al plan de tratamiento en cada visita.	III
Promoción de la adherencia	4.4 Las enfermeras proporcionarán la información necesaria a los pacientes con hipertensión para que tomen decisiones bien informadas en cuanto a su plan de tratamiento.	III
	4.5 Las enfermeras trabajarán con los prescriptores para simplificar la dosificación de los regímenes terapéuticos.	la
	4.6 Las enfermeras animarán a seguir una rutina y utilizar recordatorios para facilitar la adherencia.	la
	4.7 Las enfermeras se asegurarán que los pacientes que faltan a las revisiones reciban una llamada telefónica para continuar con la atención.	IV
Monitorización y seguimiento	5.1 Las enfermeras abogarán para que los pacientes con tratamiento antihipertensivo reciban un correcto seguimiento, en colaboración con el equipo de salud.	IV
Documentación	6.1 Las enfermeras registrarán y compartirán información exhaustiva en cuanto al manejo de la hipertensión con el paciente y el equipo de salud.	IV
Recomendaciones para la formación		
	7.1 Las enfermeras que atienden a adultos con hipertensión deben tener unos adecuados conocimientos y habilidades adquiridas a través de la formación básica en enfermería, las oportunidades de desarrollar formación continuada y recibir orientación antes de ocupar lugares de trabajo nuevos. El conocimiento y las habilidades deben incluir, como mínimo:	IV

Manejo de la hipertensión en enfermería

RECOMENDACIONES		
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fisiopatología de la hipertensión; ■ Maximización de las oportunidades para su detección; ■ Facilitadores del diagnóstico; ■ Evaluación y monitorización de los pacientes con hipertensión; ■ Proporcionar educación adecuada al paciente y su familia; ■ Apoyar los cambios en el estilo de vida; ■ Promover el empoderamiento del individuo; y ■ Documentación y comunicación con el paciente y los demás miembros del equipo de salud 	
	<p>8.1 Las organizaciones sanitarias promoverán un modelo de práctica colaborativa dentro del equipo interdisciplinar para mejorar el cuidado en la hipertensión y promover el rol de las enfermeras en el manejo de la hipertensión.</p>	IV
	<p>8.2 Las organizaciones sanitarias establecerán los sistemas de provisión de cuidados que permitan la formación en la gestión de la adherencia, así como los medios para evaluar la adherencia y aquellos factores que contribuyen a ella.</p>	IV
	<p>8.3 Las organizaciones sanitarias desarrollarán indicadores clave y medidas de resultado que les permitirán monitorizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la implantación de las guías, ■ el impacto de estas guías en la optimización de la calidad de los cuidados, ■ eficiencias, o coste-efectividad conseguidas. 	IV
	<p>8.4 La Guía de buenas prácticas en enfermería sólo puede implantarse con éxito cuando existe un buen respaldo en materia de planificación, recursos, apoyo institucional y administrativo, así como cuando se cuenta con los medios adecuados. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Una evaluación de la disposición institucional y los obstáculos formativos. ■ El compromiso de todos los miembros (ya desempeñen una función de apoyo directa o indirecta) que vayan a contribuir al proceso de implantación. ■ Dedicación de una persona cualificada para proporcionar el apoyo necesario a los procesos de formación e implantación. ■ Oportunidades actuales de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas. ■ La oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional. 	IV



Interpretación de la evidencia

Niveles de evidencia

- Ia Evidencia obtenida del metaanálisis o de la revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios.
- Ib Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorio.
- IIa Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorio.
- IIb Evidencia obtenida de al menos una muestra de otro tipo de estudio bien diseñado, cuasi-experimental, no aleatorio.
- III Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, no experimentales, como son estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
- IV Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o su dictamen o las experiencias clínicas de autoridades reconocidas en la materia.



Responsabilidad en el desarrollo de la guía

Con el fin de apoyar a las enfermeras en la aplicación de la evidencia en la práctica, la HSFO y la RNAO se han asociado conjuntamente para desarrollar y evaluar la guía de buenas prácticas orientada al manejo de la hipertensión en enfermería. Esta Guía ha sido desarrollada por un equipo de enfermeras y otros profesionales sanitarios nombrados por la RNAO. El equipo llevó a cabo su trabajo de forma independiente y está exento de todo sesgo o influencia del Gobierno de Ontario. La financiación para este proyecto ha sido realizada por los Fondos de Atención Primaria del Ministerio de Salud y Cuidados Crónicos.

Objetivo y alcance

Las Guías de buenas prácticas (GBP, por sus siglas en español) son documentos desarrollados sistemáticamente para ayudar a las enfermeras y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más adecuada (Field and Lohr, 1990). El objetivo de esta guía es el de respaldar a todas las enfermeras de cualquier ámbito de atención en el manejo de la hipertensión. Este trabajo se ha realizado para apoyar la iniciativa “Tensión Arterial Elevada dentro de las Áreas de Inversión en la Misión” de la HSFO (en adelante HBP AIM plan, por sus siglas en inglés) que se compuso en septiembre de 2004, y que consta de dos corrientes principales:

1. Mejorar el manejo de la tensión arterial elevada realizado por médicos, enfermeras y farmacéuticos.
Para ello se trabaja con múltiples socios clave, tales como el Colegio de médicos de familia de Ontario, la Asociación profesional de enfermeras de Ontario y la Asociación de farmacéuticos de Ontario, creando un plan con nuevas oportunidades de formación para médicos, enfermeras y farmacéuticos diseñado para mejorar la detección, intervención y medidas de seguimiento de la hipertensión.
2. Investigar en:
 - a. los determinantes sociales de la hipertensión (factores de riesgo no tradicionales y condiciones que están ligadas a la tensión arterial elevada, tales como el estatus socioeconómico o los ambientes de vida estresantes); y
 - b. el rol del nivel de tensión arterial sistólica (número superior) en la tensión arterial elevada. El plan HBP AIM que incluye una inversión significativa en un concurso competitivo de proyectos de investigación para un mejor entendimiento de esta área emergente.

El hecho de desarrollar una guía para el manejo de la hipertensión fue identificado por las enfermeras como una estrategia adecuada para facilitar las intervenciones enfermeras en el manejo de la hipertensión como componente de la primera corriente de esta iniciativa. El desarrollo de esta guía es el mandato de la RNAO y del equipo de desarrollo. La segunda corriente (investigación) ha sido coordinada por la HSFO, y no es un componente dentro del trabajo de desarrollo de la guía.

El objetivo de este documento es proporcionar a las enfermeras recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, relacionadas con las intervenciones enfermeras para la detección de la tensión arterial elevada, la valoración del paciente y el desarrollo de un plan de tratamiento colaborativo, la promoción de la adherencia y el seguimiento continuado.

Las enfermeras trabajando en colaboración con el equipo de salud interdisciplinar, los pacientes y sus familias, tienen un importante rol en la detección y manejo de la hipertensión. Esta guía se centra en:

- ♥ el cuidado de los adultos a partir de 18 años (incluyendo los adultos mayores de 80 años);
- ♥ la detección de tensión arterial elevada;
- ♥ la valoración e intervenciones enfermeras para aquellos pacientes diagnosticados de hipertensión.

Ello no significa que se excluya al paciente pediátrico, sino que los niños precisan una valoración especial relacionada con las etapas de desarrollo que están fuera del alcance de esta guía. Esta guía tampoco está enfocada a tratar la hipertensión en adultos en relación a: el embarazo, la hipertensión transitoria, la hipertensión pulmonar, la hipertensión endocrina o la hipertensión debida a causas secundarias (p.ej. la enfermedad renal).

Esta guía contiene recomendaciones para las enfermeras de la práctica clínica en relación a las mejores prácticas enfermeras en el cuidado de los adultos con hipertensión. Está dirigida a enfermeras, no

necesariamente expertas en el manejo de la hipertensión, que trabajen en cualquier ámbito de la práctica clínica, incluyendo tanto la atención primaria de salud como la prevención secundaria. Se reconoce que las competencias individuales de las enfermeras varían entre enfermeras y según las categorías profesionales basándose en el conocimiento, actitudes, análisis crítico y toma de decisiones que están a su vez relacionadas con los años de experiencia y la formación. Se espera que las enfermeras a nivel individual solo lleven a cabo aquellos aspectos del manejo de la hipertensión para los que hayan sido adecuadamente formadas y tengan experiencia, así como busquen las instancias consultoras oportunas cuando las necesidades del paciente sobrepasen su capacidad para actuar independientemente.

Se reconoce así, que la atención en salud efectiva depende de una perspectiva interdisciplinaria coordinada que incorpore la comunicación continuada entre los profesionales de la salud y sus pacientes y familias.

Proceso de desarrollo de la guía

En octubre de 2004, la RNAO y la HSFO reunieron a un equipo de enfermeras expertas en el manejo de la hipertensión, procedentes de diversos ámbitos de la práctica clínica. El equipo debatió sobre el propósito de su trabajo y alcanzaron un consenso en cuanto al objetivo de la guía de buenas prácticas. Por consiguiente, se llevó a cabo una revisión de la literatura científica existente en materia de revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, artículos de investigación destacados y páginas web. Véase el Anexo A para conocer detalladamente la estrategia de búsqueda empleada y los resultados.

Se revisaron las evidencias procedentes de múltiples guías internacionales relacionadas con la hipertensión y se determinó que una evaluación crítica de estas guías serviría como “base” para guiar el desarrollo de la guía. Se identificaron un total de 12 guías de práctica clínica relacionadas con la hipertensión que fueron encontradas con los siguientes criterios iniciales de inclusión:

- publicada en inglés;
- desarrollada en una fecha no anterior al año 1999;
- únicamente se abordaba el área temática correspondiente: hipertensión;
- se basa en la evidencia; y
- había libertad de acceso para consultar la Guía.

Los miembros del equipo de desarrollo llevaron a cabo una evaluación de calidad respecto de esas 12 Guías de práctica clínica mediante la herramienta de evaluación de Guías Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument (en adelante, AGREE por sus siglas en inglés) (AGREE Collaboration, 2001). Tras este proceso, se llegó a la conclusión de que se trabajaría principalmente con cinco de las Guías existentes. Estas fueron:

Canadian Hypertension Society 2004 (CHEP, 2004):

- Hemmelgarn, B., Zarnke, K., Campbell, N., Feldman, R., McKay, D., McAlister, F. et al. (2004). The 2004 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part I – Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. *Canadian Journal of Cardiology*, 20(1), 31-40.
- Khan, N., McAlister, F., Campbell, N., Feldman, R., Rabkin, S., Mahon, J. et al. (2004). The 2004 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part II – Therapy. *Canadian Journal of Cardiology*, 20(1), 41-54.
- Touyz, R., Campbell, N., Logan, A., Gledhill, N., Petrella, R., Padwal, R. et al. (2004). The 2004 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part III –

Manejo de la hipertensión en enfermería

Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, 20(1), 55-9. Canadian Medical Association (CMA, 1999):

- Feldman, R., Campbell, N., Larochele, P., Bolli, P., Burgess, E., Carruthers, S. et al. (1999). 1999 Canadian recommendations for the management of hypertension. *Canadian Medical Association Journal*, 161(12 Suppl), S1-S22.
- Canadian Medical Association (1999). Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. *Canadian Medical Association Journal*, 160(9 Suppl), S1-S50.

National Institutes of Health (2003). The seventh report of the Joint National Committee: Prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. JNC 7. Retrieved [Electronic Version] from: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2001). Hypertension in older people: A national clinical guideline. Retrieved [Electronic Version] from: www.sign.uk

Williams, B., Poulter, N., Brown, M., Davis, M., McInnes, G., Potter, J. et al. (2004). Guidelines for management of hypertension: Report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004 – BHS IV. *Journal of Human Hypertension*, 18(3), 139-185.

Las recomendaciones del Programa Canadiense de Educación para la Hipertensión de 2005 (CHEP, por sus siglas en inglés), no se incluyeron en la revisión con el instrumento AGREE al no estar publicas en ese momento; a pesar de ello el equipo de desarrollo determinó que debía incluirse como uno de los documentos base de la guía:

Canadian Hypertension Society, 2005 (CHEP, 2005):

- Canadian Hypertension Society (2005). The 2005 Canadian Hypertension Program Recommendations. Retrieved [Electronic Version] from: www.hypertension.ca/recommend_body2.asp
- Hemmelgarn, B., McAlister, F., Myers, M., McKay, D., Bolli, P., Abbott, C. et al. (2005). The 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 1 – Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. *Canadian Journal of Cardiology*, 21(8), 645-656.
- Khan, N., McAlister, F., Lewanczuk, R., Touyz, R., Padwal, R., Rabkin, S., et al. (2005). The 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part II – Therapy. *Canadian Journal of Cardiology*, 21(8), 657-672.

Los miembros del equipo divididos en subgrupos llevaron a cabo una serie de actividades específicas de la lista de guías de referencia, resúmenes de evidencia y otra literatura científica con la finalidad de realizar un borrador de recomendaciones para intervenciones de enfermería. De este proceso se extrajo un borrador con un conjunto de recomendaciones para la práctica, para la formación y para la organización y directrices. Todos los miembros del equipo revisaron las recomendaciones, debatieron lagunas en el conocimiento, revisaron las evidencias disponibles, y llegaron a un consenso del conjunto final de recomendaciones.

Este borrador se hizo llegar a un grupo de colaboradores externos para que lo revisaran y dieran su opinión sobre el contenido. Al principio de este documento, se incluyen los agradecimientos a estos colaboradores. Los colaboradores representaban varias disciplinas de la salud, pacientes y familias, así como asociaciones profesionales. Los colaboradores externos recibieron preguntas específicas sobre las que aportar sus comentarios y tuvieron la oportunidad de ofrecer retroalimentación y expresar sus impresiones generales. Consecuentemente a la revisión de los colaboradores, el comité ejecutivo del Programa Canadiense de

Educación para la Hipertensión (CHEP, por sus siglas en inglés) revisó la guía e incluyó estas recomendaciones.

El equipo de desarrollo recopiló y revisó estos resultados. La discusión y el consenso dieron como resultado una serie de revisiones del borrador final previas a su publicación y evaluación.

Definiciones

Adherencia: La adherencia es la medida en que el comportamiento del paciente (toma de medicación, seguimiento de la dieta, modificación de hábitos o asistencia a las visitas) coincide con los consejos de salud que se le han dado, es el factor modificable individual más importante que compromete los resultados del tratamiento (AGREE Collaboration, 2001). El término adherencia pretende no incluir prejuicios, si no ser una declaración de hechos y no de culpabilidad sobre el prescriptor, el paciente o el tratamiento.

Colaborador: Individuo, grupo o institución con un interés particular en las decisiones y acciones de las instituciones y que puede tratar de ejercer su influencia sobre las mismas (Baker et al., 1999). Entre los colaboradores se encuentran todos los individuos o grupos afectados directa o indirectamente por la modificación o solución del problema.

Consenso: Un proceso para la toma de decisiones sobre recomendaciones, y no un método científico para la creación de nuevos conocimientos. En el mejor de los casos, el consenso sólo hace el mejor uso posible de la información disponible, ya se trate de datos científicos o del conocimiento colectivo de los participantes (Baker et al., 1999).

Ensayo controlado aleatorizado: A los efectos de esta Guía, es un estudio en el que los sujetos se asignan a distintas condiciones al azar y en el que al menos una de esas condiciones es un control o una comparación.

Guías de práctica clínica o Guías de buenas prácticas: Declaraciones desarrolladas de manera sistemática (basadas en la mejor evidencia disponible) para ayudar a profesionales de la salud y pacientes en la toma de decisiones acerca de los cuidados de salud más adecuados en circunstancias clínicas específicas (Field & Lohr, 1990).

Manejo de la hipertensión en enfermería

Hipertensión: Condición médica en la que la tensión arterial se mantiene por encima del rango normal (HSFO, 2005a).

Clasificación de la hipertensión (WHO/ISH)*

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
“ptima	<120	<80
Normal	<130	<85
Elevada-Normal	130-139	85-89
Grado 1 (Hipertensión leve)	140-159	90-99
– Subgrupo: en el límite	140-149	90-94
Grado 2 (Hipertensión moderada)	160-179	100-109
Grado 3 (Hipertensión severa)	≥180	≥110
Hipertensión sistólica aislada (HSA)	≥140	< 90
– Subgrupo: en el límite	140-149	< 90

Reproducido con autorización. *World Health Organization – International Society of Hypertension, 1999.

El National Institute of Health (2003) describe otra clasificación taxonómica en la literatura:

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
“ptima	<120	<80
Pre-hipertensiva	120-139	80-89
Hipertensiva	≥140	≥90
■ Etapa 1	140-159	90-99
■ Etapa 2	≥160	≥100

Metaanálisis: Uso de métodos estadísticos para resumir los resultados de estudios independientes, lo que proporciona estimaciones más precisas de los efectos en la asistencia sanitaria que los derivados de los estudios individuales incluidos en una revisión (Alderson, Green & Higgins, 2004).

Recomendaciones para la formación: Informe de las necesidades de formación y planteamientos o estrategias de formación para la introducción, implantación y sostenibilidad de la Guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la organización y directrices: Informe de los requisitos para garantizar que los centros sanitarios permitan el correcto desarrollo de la Guía de buenas prácticas. Las condiciones para el buen funcionamiento son, en gran medida, responsabilidad de la institución, aunque puede haber implicaciones en cuanto a las directrices a nivel gubernamental o social.

Recomendaciones para la práctica: Informes de buenas prácticas dirigidos a los profesionales de la salud que idealmente están basados en la evidencia.

Revisión sistemática: Aplicación de un riguroso enfoque científico a la hora de preparar un artículo de revisión (National Health and Medical Research Council, 1998). Las revisiones sistemáticas indican si

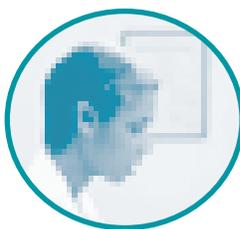
los efectos de los cuidados de salud son congruentes, si los resultados de las investigaciones pueden aplicarse a distintos grupos de población, entornos y con variaciones de tratamiento (por ejemplo, las dosis); y si los efectos pueden variar de forma significativa.

El uso de una metodología explícita y sistemática en las revisiones limita el sesgo (errores sistemáticos) y reduce los efectos del azar, lo que proporciona unos resultados más fiables sobre los que sacar conclusiones y tomar decisiones (Alderson, Green & Higgins, 2004).

Tensión arterial: La tensión arterial es el producto de la cantidad de sangre bombeada por el corazón por minuto (gasto cardíaco) y el grado de dilatación o constricción de las arteriolas (resistencia vascular sistémica). Es una variable compleja que incluye mecanismos que influyen en el gasto cardíaco, la resistencia vascular y el volumen de sangre. La hipertensión está causada por una o varias anormalidades en la función de estos mecanismos o el fallo de otros factores para compensar el mal funcionamiento de estos mecanismos (Woods, Motzer & Bridges, 2005).

Tensión diastólica: La tensión diastólica representa la presión cuando el corazón se relaja. Es el menor de los dos números y habitualmente se expresa el segundo (HSFO, 2005a).

Tensión sistólica: La tensión sistólica representa la presión cuando el corazón se contrae y fuerza la sangre dentro de los vasos sanguíneos. Es el mayor de los dos números y habitualmente se expresa el primero (HSFO, 2005a).



Antecedentes

La hipertensión es una condición compleja, y crónica que habitualmente se conoce con el nombre de “asesina silenciosa”. Como quiera que los pacientes permanecen asintomáticos normalmente, la detección y el tratamiento suele retrasarse de forma que puede desarrollarse la lesión del órgano diana u otras complicaciones debilitantes. La hipertensión es el problema de salud pública más importante en Canadá, así como a nivel internacional. Según la encuesta de salud cardíaca de Canadá, la prevalencia global de hipertensión (definida como la tensión arterial > 140/90 mmHg) en los canadienses de edad comprendida entre 18 a 74 años es del 21%, y se sabe que la prevalencia aumenta progresivamente con la edad (Joffres et al., 2001). La HSFO estima que más de 2.4 millones o el 22% de los habitantes de Ontario tienen hipertensión.

La fisiopatología de la hipertensión es compleja y queda mucho por descubrir respecto a las causas subyacentes de esta condición. Es un número reducido de individuos (entre el 2 y el 5%), la hipertensión es atribuible a causas secundarias tales como enfermedad renal o suprarrenal. De todas formas, en la gran mayoría de los individuos, no existe una causa identificable y se etiqueta la condición de la hipertensión como “esencial” (Beevers et al., 2001). La investigación ha demostrado que existen una serie de factores interrelacionados que contribuyen a elevar la tensión arterial incluyendo la ingesta de sal, la obesidad, la resistencia a la insulina, el sistema renina angiotensina y el sistema nervioso simpático. En los últimos años, se han evaluado otros factores, incluyendo los genéticos, la disfunción endotelial, el bajo peso al nacer y la nutrición intrauterina, así como las anomalías neurovasculares (Beevers et al., 2001).

Hipertensión: Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular

Los datos procedentes de numerosos estudios epidemiológicos observacionales han proporcionado pruebas convincentes en cuanto a la relación directa existente entre la tensión arterial elevada y la enfermedad cardiovascular (Pickering et al., 2005). La tensión arterial incrementa el riesgo de cardiopatía isquémica de 3 a 4 veces y el riesgo cardiovascular global de 2 a 3 veces. La incidencia de accidentes cerebrovasculares incrementa aproximadamente en 8 veces en personas con hipertensión. Se ha estimado que un 40% de las causas del infarto agudo de miocardio o de los ictus son atribuibles a la hipertensión (WHO, 2003). Pickering et al. (2005) realizaron un metaanálisis reciente que agregaba datos de 61 estudios prospectivos observacionales y encontraron que había una fuerte relación directa entre la hipertensión y la mortalidad vascular. Esta relación se evidenció en individuos de edad media y avanzada. Se encontró que la mortalidad cardiovascular incrementaba progresivamente en función del rango de tensión arterial incluyendo el rango pre-hipertensión (denominación de la NIH-JNC7 de 120/80-139.89 mmHg) (Pickering et al., 2005).

La hipertensión acelera la aterosclerosis y la lesión de los vasos sanguíneos, incrementando el riesgo de enfermedad vascular y posterior daño del órgano final (corazón, cerebro, riñón, ojo o pulmones). La aterosclerosis es un proceso complejo, difuso y progresivo con una distribución variable y cuya presentación clínica depende de la circulación regional en cuestión. Los factores que pueden influir en estas diferencias son la forma y estructura de la arteria afectada, el flujo local y regional, cambios que alteren la microcirculación y lesión en órganos diana. Los factores de riesgo juegan un importante rol en el inicio y aceleración del proceso (Faxon et al., 2004).

La prevención y el control de la hipertensión tiene un gran impacto en la salud, la calidad de vida, la discapacidad y la muerte de los canadienses (Health Canada & the Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, 2000). A pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, los estudios han demostrado que en muchos países menos del 25% de los pacientes tratados de hipertensión consiguen un control óptimo de la tensión arterial. En Canadá, por ejemplo, solo el 21% de los pacientes tratados por tensión arterial elevada tenían su tensión arterial controlada (Joffres et al., 2001). En Reino Unido y Estados Unidos, solo el 7% y el 30% de los pacientes, respectivamente, tenían un buen control de la tensión arterial y en Venezuela solo el 4.5% de los pacientes tratados tenían un buen control de su tensión (WHO, 2003). Más de la mitad de las personas que reciben tratamiento para la hipertensión abandonan completamente el tratamiento al año del diagnóstico, y de aquellos que continúan bajo atención sanitaria, solo aproximadamente la mitad toman menos del 80% de la medicación prescrita (WHO, 2003). En consecuencia, y debido a la poca adherencia al tratamiento antihipertensivo, aproximadamente el 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión no consiguen un control óptimo.

Valoración del riesgo global

Las guías del Programa Canadiense de Educación para la Hipertensión (2005) recomiendan que la enfermera valore el riesgo global del paciente de padecer futuros episodios cardiovasculares. Se dispone de múltiples modelos de predicción del riesgo (p.ej., el Modelo de riesgo de Framingham) para ayudar a las enfermeras a cuantificar el riesgo individual del paciente de padecer futuros episodios cardiovasculares. La valoración del riesgo se basa en la presencia de ciertos factores de riesgo tales como dislipemia, hipertensión, diabetes mellitus y lesión de un órgano diana. Mientras que la mayoría de estos instrumentos de predicción se desarrollaron para utilizarse en poblaciones de pacientes específicas y no debían ser generalizados, su uso ha demostrado impactar en los resultados de los pacientes. Muchos de estos modelos predictivos están disponibles en línea y puede accederse a través de las páginas web indicadas en el Anexo Q. Las guías CHEP (2005) también recomiendan que las enfermeras consideren informar a los pacientes sobre su riesgo global

ya que puede repercutir en una mejora en la efectividad de la modificación del factor de riesgo (CHEP, 2005).

Tratamiento hipertensivo

El tratamiento de la hipertensión debe verse como una parte dentro de la estrategia global para el manejo del riesgo cardiovascular. El control de la tensión arterial es uno de los más importantes componentes en la estrategia antiaterosclerosis en los pacientes con hipertensión. Otros factores importantes en el plan para el manejo del riesgo cardiovascular incluyen los siguiente (CHEP, 2005):

- Las modificaciones en el estilo de vida (incluyendo modificaciones dietéticas, pérdida de peso y ejercicio) son estrategias efectivas en la reducción de la tensión arterial y de vital importancia en el reducción del riesgo cardiovascular (CHEP, 2005). La hipertensión puede tratarse y prevenirse de forma efectiva a través de las modificaciones en el estilo de vida.
- Considerar tanto las estatinas como el ácido acetil salicílico (AAS) como parte de la estrategia de protección para pacientes con hipertensión.
- Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) para pacientes con aterosclerosis establecida.
- Los IECA o los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) para los pacientes con diabetes y enfermedad renal.

La hipertensión puede tratarse y prevenirse de forma efectiva a través de la modificación de los estilos de vida. Los pacientes deben ser conscientes que el cambio en el estilo de vida no solo es importante para el control de la tensión arterial sino que es la piedra angular del manejo global de muchos de los factores de riesgo ateroscleróticos (CHEP, 2005).

Adherencia al plan de tratamiento

El desarrollo de un plan de tratamiento centrado en el paciente que promueva la adherencia es un aspecto fundamental del manejo de la hipertensión. Las consecuencias de una adherencia inadecuada a las terapias a largo plazo ocasionan resultados pobres en salud y el incremento del gasto sanitario. Gran parte del cuidado para el manejo de la hipertensión requiere del auto cuidado (que incluye generalmente múltiples terapias), monitorización continuada y cambios en el estilo de vida del paciente. La mala adherencia al tratamiento posiciona al paciente en riesgo de padecer múltiples enfermedades potencialmente mortales, si este no está lo suficientemente protegido por el sistema de salud. Se ha demostrado que con el incremento de la adherencia al tratamiento las intervenciones tienen un impacto mayor en la salud de la población que los tratamientos médicos específicos (WHO, 2003).

La adherencia al tratamiento es una cuestión multifactorial. En el pasado, ha existido una tendencia a “culpabilizar al paciente” de la mala adherencia. En cualquier caso, la habilidad del paciente para seguir el tratamiento depende de muchos factores. El coste de la medicación, por ejemplo, tiene una influencia significativa en la adherencia al plan de tratamiento. Las recomendaciones del CHEP 2005 se basan exclusivamente en datos con eficacia. Las preferencias del proveedor y el paciente y los costos de los diferentes tipos de fármacos no deben tratarse fuera del proceso. El costo de la prescripciones son una barrera significativa para muchas personas a no ser que puedan beneficiarse de los programas de cobertura farmacéutica tales como el “Ontario Drug Benefits”, el “Trillium Drug Plan” o el “third party drug plans”. Los costos pueden ser un factor decisivo a la hora de elegir un plan de tratamiento antihipertensivo. En el Anexo C se reflejan algunos de los costos asociados con las clases más comunes de antihipertensivos, a la vez que se proporciona información sobre los programas disponibles para ayudar a los pacientes respecto a los costos de prescripción.

Guía de buenas prácticas para el manejo de la hipertensión en enfermería

Esta guía pone de relieve el papel clave de las enfermeras en la detección, valoración y desarrollo del plan de tratamiento de los pacientes con hipertensión. Los factores de riesgo en cuanto a los estilos de vida que contribuyen a la hipertensión, así como las recomendaciones sobre valoración y estrategias clave para su manejo están identificadas e incluidas en la guía. Se encuentra también perfilada la orientación sobre los tipos de tratamiento farmacológico con el fin de dirigir las recomendaciones para la práctica, así como para ayudar en la educación del paciente y su familia. Esta guía de buenas prácticas también proporciona una serie de marcos teóricos que las enfermeras pueden utilizar para facilitar los cambios en la conducta de los pacientes. Se incluyen herramientas de valoración de la adherencia de los pacientes, destacando las estrategias de intervención y herramientas para promover la adherencia.

Modelos teóricos y cambio de conducta

Los modelos teóricos proporcionan los fundamentos a la hora de elegir las intervenciones enfermeras que facilitan el cambio de conducta en las enfermedades crónicas. A continuación se muestran los modelos teóricos seleccionados que las enfermeras pueden utilizar para facilitar el cambio de conducta y promover la adherencia en los pacientes con hipertensión.

Modelo de las etapas de cambio (transteórico)

El modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska & Velicer, 1997; Prochaska et al., 1994), también conocido como el modelo de las etapas de cambio, proporciona a las enfermeras un marco para seleccionar las intervenciones que correspondan a cada una de las etapas a medida que las personas progresan en el cambio de su conducta (Prochaska & DiClemente, 1983; WHO, 2003). Estas etapas de cambio son:

1. **Precontemplación** – no considera cambiar su conducta en los próximos 6 meses
2. **Contemplación** – considera cambiar su conducta en los próximos 6 meses
3. **Preparación** – planifica cambiar su conducta en los próximos 30 días
4. **Acción** – cambio de conducta
5. **Mantenimiento** – cambio exitoso en la conducta durante al menos 6 meses
6. **Recaída** – reanudación de la conducta anterior, es un suceso normal en el proceso de cambio de conducta.

Véase en el Anexo D un resumen detallado del Modelo de Etapas de Cambio.

“El Modelo de etapas de cambio, resalta la disponibilidad del paciente para cambiar. El Modelo de etapas de cambio es útil para entender y predecir el cambio de conducta intencional. Todos los pacientes tarde o temprano realizan errores no intencionados en la toma de medicación, bien sea por olvido o por falta de comprensión de las instrucciones. Sin embargo, la falta de adherencia intencional es un problema significativo” (WHO, 2003, p.142).

Modelo de equilibrio decisorio

El modelo de equilibrio decisorio de Horne y Weinman (1999) es un marco que sugiere que la adherencia a la medicación está relacionada con las percepciones que tiene el paciente de la necesidad (beneficios percibidos o los “pros”) de la modalidad de tratamiento o medicación y las preocupaciones (los riesgos percibidos o los “contras”) sobre los efectos potenciales adversos y el modo en que el individuo equilibra estos riesgos percibidos (preocupaciones). El equilibrio decisorio consiste en identificar los pros y los contras del cambio de conducta propuesta o actual. La investigación ha establecido una “relación característica entre el modelo de las etapas de cambio y el modelo de equilibrio decisorio” (WHO, 2003, p.142). Los beneficios o pros de la

conducta saludable en las etapas tempranas (p.ej. precontemplación, contemplación) son bajos e incrementan a medida que la etapa de cambio aumenta. Por el contrario, los contras del comportamiento saludable son altos en las primeras etapas del cambio y disminuyen a medida que la etapa de cambio aumenta, siendo la etapa de mantenimiento la que menos tiene. Los beneficios percibidos del cambio de conducta empiezan a superar los riesgos percibidos en la etapa de preparación.

Los pacientes desarrollan su percepción del tratamiento basándose en el modelo implícito de su enfermedad, así como de su valoración de los efectos del tratamiento en función de sus expectativas o experiencias previas. El modelo de enfermedad de los pacientes comprende creencias sobre la etiología, la percepción de los síntomas, la duración probable y las consecuencias personales. La necesidad de tratamiento puede estar influida por estas creencias.

“La investigación existente respecto a las creencias de los pacientes sobre las enfermedades sugieren el valor que tiene un enfoque integral, que dirija las percepciones de los pacientes del tratamiento así como las practicidades de utilizarlo. El constructo necesidad-preocupaciones ofrece un método para conceptualizar las creencias más importantes que necesitan ser abordadas. Los pacientes deben contar con una justificación clara sobre la necesidad de un tratamiento concreto que esté en consonancia con su propio modelo de enfermedad. Por otra parte, sus preocupaciones específicas quedarán resueltas y estarán dirigidas” (Horne & Weinman, 1999, pg 493).

Modelo de autoeficiacia

La autoeficacia es la creencia de un individuo de que es capaz de hacer frente a un problema específico. Una baja autoeficacia evita el cambio de conducta, mientras que una autoeficacia alta promueve el cambio de conducta (Betz&Hackett, 1998). Bandura (1977) especificó que existen cuatro fuentes de información a través de las cuales las expectativas de autoeficacia son aprendidas y cómo estas pueden ser modificadas. Estas fuentes de información incluyen:

1. logros de ejecución, esto es, las experiencias de éxito repetido en la realización de la conducta en cuestión;
2. aprendizaje o experiencia vicaria;
3. persuasión verbal, por ejemplo, el estímulo y apoyo de los demás; y
4. estado fisiológico, por ejemplo, la ansiedad en conexión con la conducta (Betz & Hackett, 1998).

Modelo del autocuidado o automanejo

El autocuidado o automanejo es específico para cada situación y cultura; supone capacidad de actuar y hacer elecciones; está influido por el conocimiento, las habilidades, los valores, la motivación, el lugar de control externo y la eficacia; y está enfocado en aspectos del cuidado en salud bajo el control de la persona. La teoría enfermera del déficit de autocuidado de Orem (1991) define tres roles principales para las enfermeras:

1. compensar la incapacidad de una persona para realizar el autocuidado por él o ella misma;
2. trabajar conjuntamente con el paciente para encontrar sus necesidades de cuidados; y
3. apoyar y educar la paciente que está aprendiendo a llevar a cabo su propio autocuidado en el marco de una enfermedad o lesión. Este es el rol clave para facilitar la adherencia del paciente y mantener el autocuidado.

Intervenciones o estrategias para el cambio

Además de los modelos y teorías expuestos anteriormente, existen intervenciones que las enfermeras pueden utilizar para facilitar el cambio de conducta en sus pacientes. Algunos ejemplos serían:

- **Entrevista motivadora** – dirige sistemáticamente al paciente hacia la motivación por el cambio; ofrece

Manejo de la hipertensión en enfermería

consejo y retroalimentación cuando es necesario; utiliza la reflexión empática de manera selectiva para reforzar ciertos procesos; y trata de obtener y ampliar las discrepancias de los pacientes sobre su conducta poco saludable para mejorar la motivación hacia el cambio (Botelho & Skinner, 1995). El Anexo E proporciona detalles en relación a la entrevista motivadora, así como ejemplos de la aplicación de estos principios.

- **Estrategias conductuales** – estrategias de cambio observables, tales como simplificar el régimen terapéutico, utilizando pastilleros, etc. Estas estrategias se resaltan en las recomendaciones para la práctica en relación a la promoción de la adherencia.

Recomendaciones para la práctica

Las siguientes recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, proporcionan directrices para la detección de la tensión arterial elevada, la valoración del paciente y el desarrollo de un plan de tratamiento colaborativo, la promoción de la adherencia y el seguimiento continuado.

Detección y diagnóstico

Las enfermeras tienen un importante papel que jugar en la detección y diagnóstico de la hipertensión. A menudo, las enfermeras son las responsables de obtener, registrar e informar sobre la tensión arterial de un paciente. Así mismo, también juegan un importante papel en la provisión de la educación a los pacientes, la cual incluye compartir los resultados de la tensión arterial con el paciente y los demás miembros del equipo de salud.

Deteción

Recomendación 1.1

Las enfermeras aprovecharán toda situación que sea adecuada para evaluar la tensión arterial en adultos con la finalidad de facilitar la detección precoz de la hipertensión. *Nivel de evidencia = IV*

Discusión de la evidencia

La hipertensión habitualmente se conoce con el nombre de “asesina silenciosa”. Los chequeos de tensión arterial regulares son medios para valorar la necesidad de un tratamiento antihipertensivo y para monitorizar el riesgo vascular del paciente (Pickering et al., 2005). Como grupo más extenso dentro de los profesionales de la salud, las enfermeras trabajan con los pacientes en un amplio abanico de ámbitos y en una posición clave para facilitar la detección precoz en caso de tensión arterial elevada. El CHEP (2005) recomienda valorar la tensión arterial del paciente en todas las visitas en que sea adecuada. No se recomienda un intervalo específico para el cribado, aunque se sugiere que chequear la tensión del paciente normotenso cada 2 años y la del paciente que está en el límite una vez al año sería una actuación prudente (Sheridan, Pignone & Donahue, 2003).

Recomendación 1.2

Las enfermeras utilizarán una técnica correcta, un tamaño de manguito adecuado y un equipo debidamente mantenido y calibrado cuando evalúen la tensión arterial de los pacientes.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la evidencia

El error clínico más frecuente en la valoración de la tensión arterial es la utilización de un manguito no apropiado siendo de tamaño más pequeño en el 84% de los errores (Véase la tabla 1)(CHEP, 2004; Graves,Bailey, &Sheps,2003). Cuando el manguito tiene una medida correcta, este debe rodear el 80-100% del brazo. Utilizar un manguito demasiado pequeño puede derivar en una sobreestimación significativa de la tensión arterial. Fonseca-Reyes et al. (2003) encontraron que si el manguito es demasiado pequeño, por cada 5 cm de incremento en la circunferencia del brazo, existía un aumento de 2-5mmHg en la tensión arterial sistólica y de 1-3mmHg en la diastólica. En contraposición, el uso de un manguito demasiado grande deriva en una subestimación de la tensión arterial.

Los monitores de tensión arterial, bien sean aneroides o electrónicos, requieren ser calibrados para asegurar que las mediciones de tensión arterial empiezan en el punto cero. Los monitores pueden moverse del punto de partida de cero debido al uso y a la sobre insuflación, resultando en lecturas de tensión arterial inexactas. Los monitores presentan instrucciones para su calibración que deben seguirse para su buen mantenimiento y procedimiento. El CHEP (2005) recomienda que los dispositivos aneroides sean calibrados cada 2-12 meses.

En la tabla 2 se encuentra una descripción de la técnica apropiada para medir la tensión arterial, y la figura 1 ilustra la posición correcta del manguito de tensión arterial.

Tabla 1: Tamaño de manguito adecuado según la circunferencia del brazo

Reproducido con autorización. Canadian Hypertension Education Program Process, 2005.

Circunferencia del brazo (cm)	Tamaño del manguito (cm)
18-26	9x18 (niños)
26-33	12x23 (adulto estándar)
33-41	15x33 (grande obeso)
Más de 41	18x36 (extra grande, obeso)

➔ *Punto para la práctica:*

- El paciente debe estar sentado de forma confortable durante cinco minutos con la espalda apoyada y con la zona superior del brazo sin ropa. Las piernas no deben estar cruzadas (Pickering et al., 2005).
- El brazo debe estar apoyado a nivel del corazón, y el manguito debe rodear al menos el 80% de la circunferencia del brazo (Pickering et al., 2005).
- La columna de mercurio debe estar por debajo de 2 a 3mmHg/s., y el primer y último sonido audible deben considerarse como la tensión sistólica y diastólica. La columna debe leerse con una precisión de 2mmHg (Pickering et al., 2005).
- Ni el paciente ni la persona que toma la tensión deben hablar durante la medición (Pickering et al., 2005).
- No se debe fumar o tomar nicotina en los 15-30 min precedentes (CHEP, 2005).
- No se debe tomar cafeína en la hora anterior (CHEP, 2005).



Manejo de la hipertensión en enfermería

Tabla 2: Técnica recomendada para medir la tensión arterial utilizando un esfigmomanómetro y un estetoscopio. Reproducido con autorización. Canadian Medical Association, 1999.

- I. La medición debe realizarse con un esfigmomanómetro que sea preciso. Aunque es preferible un manómetro de mercurio, puede utilizarse un dispositivo anerode calibrado o uno electrónico validado y calibrado recientemente. Tanto los dispositivos aneroides como las columnas de mercurio precisan situarse a nivel claramente visible a la altura del ojo.
- II. Elija un manguito con un tamaño adecuado según el brazo.
- III. Coloque el manguito de forma que el borde inferior quede 3 cm por encima del pliegue del codo y con el tubo conector centrado sobre la arteria braquial. El paciente debe reposar de forma confortable durante 5 minutos, sentado y con la espalda apoyada. El brazo debe estar sin ropa, apoyado y con la fosa antecubital a la altura del corazón, ya que una posición más baja podría dar erróneamente resultados elevados de tensión arterial sistólica y diastólica. No se debe hablar y las piernas del paciente no pueden estar cruzadas. Se deben tomar dos mediciones al menos, en el mismo brazo y con el paciente en la misma posición. La tensión arterial también debe tomarse después de estar 2 minutos de pie, y en ocasiones cuando los pacientes refieren síntomas que sugieran hipotensión postural. La medición de la tensión arterial en posición supina también puede ser útil en la valoración de ancianos con diabetes.
- IV. Aumente la presión rápidamente a 30 mmHg por encima del nivel en que se pierde el pulso radial (para excluir una posible brecha auscultatoria sistólica). Continúe auscultando hasta al menos los 10mmHg por debajo de la fase V* para excluir una posible brecha auscultatoria diastólica.
- V. Coloque la campana del estetoscopio de forma suave y constante sobre la arteria braquial.
- VI. Abra la válvula de control de forma que el ritmo de deflación del manguito sea aproximadamente de 2mmHg por cada latido cardiaco. La deflación a ritmo de 2mmHg por cada latido cardiaco es necesaria para realizar una estimación sistólica y diastólica precisa.
- VII. Lea el nivel de presión sistólica (la primera aparición de un sonido de repiqueteo claro [fase de I*]). Registre la tensión arterial a los 2 mmHg más cercanos en el manómetro (o 1 mm Hg en los dispositivos electrónicos), así como el brazo utilizado y si el paciente estaba en posición supina, sentado o de pie. Evite redondear hacia arriba o hacia abajo. Registre el ritmo cardíaco. La tensión arterial en posición sentada, se utiliza para determinar y monitorizar las decisiones de tratamiento. La tensión arterial en posición de pie se utiliza para valorar la hipotensión postural, y si está presente, se debe modificar el tratamiento.
- VIII. Si los sonidos de Korotkoff* persisten a nivel 0mmHg, debe tomarse la atenuación del sonido (fase IV*) como indicativo para la tensión diastólica.

- IX. En caso de arritmia, se requerirán lecturas adicionales para estimar el nivel de tensión sistólica y diastólica. Los ritmos aislados extra deben ignorarse. Anote el ritmo y pulso.
- X. Mantener el manguito parcialmente inflado por tiempo prolongado hace que se llene el sistema venoso y se haga difícil oír los sonidos. Para evitar la congestión venosa, se recomienda que se deje al menos un minuto entre tomas.
- XI. La tensión arterial debe tomarse en los dos brazos al menos una vez, y si un brazo tiene una tensión considerablemente más alta, se debe indicar claramente y consecuentemente usar ese brazo para medir e interpretar la tensión arterial.

NOTA: Algunos pasos no deben ser aplicados si se utiliza un dispositivo automático.

*Véanse en el Anexo B: Glosario de términos clínicos, la definición de sonidos de Korotkoff y la descripción de las fases.

Figura 1: Posición correcta del manguito para la valoración de la tensión arterial

Reproducido con autorización. Canadian Hypertension Education Program Process, 2005.



Manejo de la hipertensión en enfermería

Diagnos

Con el fin de entender el proceso de diagnóstico de la hipertensión, la enfermera necesita conocer las siguientes definiciones clave.

Definiciones importantes para la tensión arterial:

Hipertensión o tensión arterial elevada: Condición médica en que la tensión arterial se mantiene por encima del nivel normal (HSFOa, 2005). (HSFOa, 2005).

Hipertensión primaria, idiopática o esencial: Elevación de la tensión arterial persistente y patológica sin que se halle una causa específica (HSFOa, 2005).

Hipertensión secundaria: Hipertensión que es causada por otra enfermedad. Cerca del 5% al 10% de los casos de tensión arterial alta están causados por problemas médicos tales como enfermedad cardíaca o renal, o por un efecto secundario de la medicación (HSFOa, 2005).

Hipertensión sistólica aislada: En la edad adulta, la tensión arterial sistólica tiende a elevarse, mientras que la tensión diastólica tiende a disminuir. Cuando la sistólica es ≥ 140 , y la diastólica es < 90 , la persona es diagnosticada de hipertensión sistólica aislada (Pickering et al., 2005).

Lesión del órgano diana: Lesión vascular subclínica y/o deterioro funcional de los principales órganos diana. (p.ej. cerebro, fondo de ojo, corazón, arterias de conducción o riñón) (Birkenhager & de Leeuw, 1992; Cuspidi et al., 2000).

Síndrome de la bata blanca: Término utilizado para clasificar a las personas que tienen la tensión arterial elevada en un ambiente médico, pero que sus tensiones son normales cuando se realizan sus actividades de la vida diaria (Verdecchi, Staessen, White, Imai & O'Brien, 2002). El diagnóstico de hipertensión de la bata blanca puede determinarse monitorizando la tensión de forma ambulatoria o con autocontroles en el domicilio. El riesgo de episodios cardiovasculares futuros es más bajo en las personas con síndrome de la bata blanca que en aquellas con tensiones arteriales ambulatorias elevadas (Verdecchi et al., 2002).

Tensión arterial: Medición de la presión o fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes de los vasos sanguíneos. La tensión se mide en milímetros de mercurio (mmHg) (HSFOa, 2005).

La tensión arterial es el producto de la cantidad de sangre bombeada por el corazón cada minuto (gasto cardíaco) y el grado de dilatación o constricción de las arteriolas cardíacas (resistencia vascular sistémica). Es una variable compleja que incluye mecanismos que influyen el gasto cardíaco, la resistencia vascular sistémica, y el volumen de sangre (Woods et al., 2005).

Urgencia hipertensiva: Puede presentarse como una elevación asintomática de la tensión arterial por encima de 130 en el caso de la diastólica, o por encima de 200 en el caso de la sistólica (CHEP, 2004). Para mayor información sobre emergencias hipertensivas, véase el Anexo G).

Recomendación 1.3

Las enfermeras estarán bien informadas en cuanto a todo el proceso que engloba el diagnóstico de hipertensión.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la evidencia

Aunque las enfermeras no son las responsables directas de realizar el diagnóstico de hipertensión, deben tener conocimiento acerca del proceso con el fin de participar, facilitar y apoyar al paciente durante la fase de diagnóstico.

En Canadá, las recomendaciones previas destacaban que el proceso de diagnóstico de la hipertensión debía incluir como mínimo 6 visitas en un periodo de 6 meses. Las guías canadienses para la hipertensión de 2005 (CHEP, 2005) ponen un nuevo énfasis en la aceleración del diagnóstico de hipertensión. Ello es en respuesta a los estudios recientes que indicaron los beneficios de la detección precoz y el tratamiento temprano de la hipertensión para reducir las complicaciones relacionadas. Basándonos en las recomendaciones del CHEP2005, el diagnóstico de hipertensión puede realizarse actualmente en una, dos o tres visitas basándose en el algoritmo de la Figura 2..

En resumen, estas recomendaciones indican que:

- Para los pacientes con hipertensión urgente o emergente puede realizarse el diagnóstico en la visita inicial donde la hipertensión se evalúa de forma integral.
- Para los pacientes con una de las siguientes condiciones:
 - a) lesión de órganos diana
 - b) enfermedad renal crónica
 - c) diabetes mellitus o
 - d) TA (BP por sus siglas en inglés) $\geq 180/110$el diagnóstico de hipertensión puede realizarse en una segunda visita para valorar la tensión arterial.
- Para pacientes con TA $\geq 160-179/100-109$ (y que no han sido diagnosticados según los criterios señalados anteriormente), el diagnóstico puede realizarse en la tercera visita.

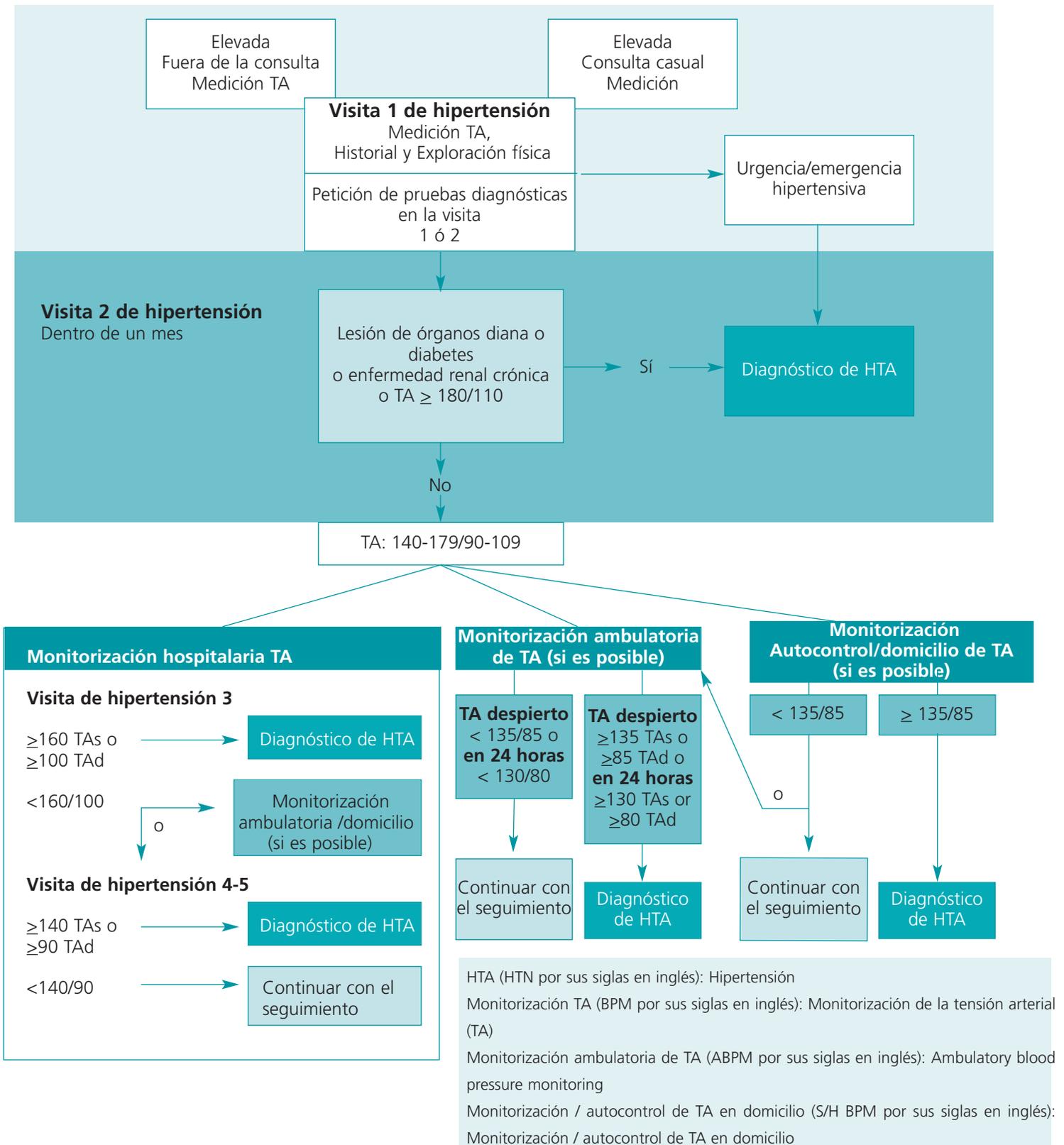
En el algoritmo de diagnóstico, en las visitas preliminares se pusieron de manifiesto tensiones arteriales elevadas (pero en la ausencia de una evaluación específica de las causas de la hipertensión o de complicaciones hipertensivas) lo que no sería considerado como visita “inicial” relacionada con la hipertensión.

Aunque las mediciones que se realizan en un ambiente clínico o en la consulta han sido consideradas como “la regla de oro” en el diagnóstico de la hipertensión, la evidencia más reciente sugiere que, cuando está correctamente valorada, el autocontrol domiciliario (ver la Figura 3) o la monitorización ambulatoria (ver la Figura 4: monitorización ambulatoria de la tensión arterial) son más efectivas en el diagnóstico de hipertensión (CHEP, 2005). En consecuencia, las recomendaciones 2005 del CHEP ahora indican a las enfermeras que utilicen cualquiera de las tres tecnologías de monitorización validadas: medición en la consulta u hospital, autocontrol domiciliario y monitorización ambulatoria de la tensión arterial (sola o en combinación), para realizar el diagnóstico de hipertensión.

Manejo de la hipertensión en enfermería

Figura 2: Valoración y diagnóstico rápido del paciente con hipertensión: centrado en las tecnologías validadas para la valoración de la tensión arterial

Reproducido con autorización. Canadian Hypertension Education Program Process, 2005.



Recomendación 1.4

Las enfermeras educarán a los pacientes sobre las técnicas de autocontrol y monitorización de la tensión arterial en su domicilio, así como en el equipo apropiado para el diagnóstico potencial y monitorización de la hipertensión.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la evidencia

El autocontrol o monitorización domiciliar parte de la base de que es el mismo paciente quien efectúa las mediciones de tensión arterial. A pesar de que ahora se reconoce que este tipo de tecnología juega un importante papel en el diagnóstico de la hipertensión, debe solo ser utilizada en aquellos pacientes que hayan recibido educación, así como requiere del uso de un equipo correctamente calibrado y validado (CHEP, 2005).

El costo de un monitor es aproximadamente de 80 a 140 dólares canadienses y pueden comprarse tanto en farmacias como en tiendas de material médico. Debe aconsejarse a los pacientes a la hora de comprar estos dispositivos para que sean adecuados a la persona (p.ej. que tengan un tamaño de manguito correcto), así como que haya sido probada su precisión utilizando un protocolo validado reconocido. La Figura 3 proporciona detalles en relación a los puntos a tener en cuenta cuando se compra y utiliza un monitor de tensión arterial domiciliario. Véase el Anexo B: Glosario de términos clínicos, para mayor detalle sobre los protocolos de validación.

Dispositivos para el autocontrol de la tensión en la comunidades

Los dispositivos para el autocontrol de la tensión puede encontrarlos en su propia comunidad en múltiples lugares, incluyendo las cadenas de supermercados o las parafarmacias. Los pacientes deben consultar a las enfermeras y a otros profesionales de la salud, si estos dispositivos pueden usarse para una automedición de la tensión arterial. En la actualidad, no existen protocolos publicados o unos estándares mínimos para evaluar los dispositivos de auto medición de la tensión arterial disponibles para su uso en la comunidad (Lewis,Boyle,Magharious &Myers,2002). Los dispositivos automáticos de venta en la comunidad no están reconocidos en el algoritmo de diagnóstico de la hipertensión ni tampoco se incluyen en las recomendaciones para el autocontrol de la tensión arterial. El Vita-Stat 90550, un dispositivo en aproximadamente 3000 lugares dentro de la comunidad canadiense, no obtuvieron los criterios de precisión exigidos por la Sociedad Británica de Hipertensión (BHS, por sus siglas en inglés) o la American for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI, por sus siglas en inglés) durante las pruebas realizadas en un estudio de investigación (Lewis et al.,2002). Otros problemas potenciales son los tamaños de los manguitos (22x33cm) ya que es inapropiado para los pacientes con brazos largos, así como el hecho de que no están etiquetados de forma que se pueda saber cuándo se ha realizado el mantenimiento y la revisión del dispositivo (Pickeringetal.,2005). Se necesita más investigación para validar estos dispositivos antes de que sean aceptados para el diagnóstico y monitorización de la tensión arterial en la práctica clínica habitual.

Manejo de la hipertensión en enfermería

Figura 3: puntos a tener en cuenta cuando se compra y utiliza un monitor de tensión arterial domiciliario

Consideraciones cuando compre un monitor:

- El precio del monitor suele estar entre los 80 y los 140 dólares canadienses.
- Elija un dispositivo que cumpla los estándares de la Association for Advancement of Medical Instrumentation (AAMI, por sus siglas en inglés) o la Sociedad Británica para la hipertensión, the British Hypertension Society (BHS, por sus siglas en inglés) o el Protocolo Internacional (IP). Busque el símbolo* de marca registrada en la caja.



*Avalado por la Canadian Coalition for the Prevention and Control of Hypertension

- Elija el tamaño correcto de manguito: debe cubrir el 80% de la parte superior del brazo.
- Para aumentar la validez de los valores de los registros domiciliarios y autocontroles, compre un dispositivo que automáticamente grabe los datos.
- Pregunte a un profesional de la salud si necesita ayuda.

Puntos importantes a tener en cuenta cuando se realizan las mediciones de tensión arterial en el domicilio:

- Los pacientes deben leer las instrucciones del monitor atentamente.
- Los pacientes deben ser observados para asegurarse de que la tensión arterial se está midiendo correctamente. Informar a los pacientes de los siguientes puntos:
 - No se debe fumar o tomar nicotina en los 15-30 min precedentes (CHEP, 2005).
 - No se debe tomar cafeína en la hora anterior (CHEP, 2005).
 - Descanse durante 5 minutos antes de tomar la tensión.
 - Siéntese recto con la espalda apoyada. El brazo debe estar apoyado de forma que el codo quede justo debajo del nivel de corazón.
 - Nunca cruce las piernas cuando esté midiendo la tensión arterial.
 - No hable mientras esté midiendo la tensión arterial.
 - Tómese dos veces la tensión de la mañana (antes de tomar la medicación) y dos veces por la tarde durante siete días consecutivos.
 - Lleve el aparato de tensión a su próxima cita con el registro de tensiones.
- Los pacientes estables, normotensos deben tomarse la tensión durante un periodo de una semana cada 3 meses. Las personas con diabetes, o pacientes con dificultades para seguir el plan de tratamiento, deben tomarse la tensión más frecuentemente.
- Los monitores domiciliarios deben chequearse anualmente comparándolo con un dispositivo que se sepa bien calibrado. Esto puede suponer una visita a la consulta con la finalidad de comparar el equipo domiciliario con el equipo calibrado de la consulta.
- Los valores de TA domiciliaria $\geq 135/85$ mmHg pueden considerarse elevados y se asocian con un riesgo de mortalidad elevado similar a los resultados en consulta u hospital $>140/90$ mmHg. En un paciente asintomático, una tensión $>200/130$ mmHg es una emergencia médica, por lo que el paciente debe buscar atención sanitaria inmediata.

CHEP, 2004; HSFOb, 2005

Véanse en el Anexo F recursos para la educación del paciente en relación a la selección y uso de tensiómetros domiciliarios.

Monitorización ambulatoria de la tensión arterial

La monitorización ambulatoria de la tensión arterial (ABPM, por sus siglas en inglés) supone que el paciente lleve consigo un monitor portable de tensión arterial durante 24 horas (conocido con el nombre de holter) para medir y registrar la tensión arterial a intervalos regulares. Además del papel de la ABPM en el diagnóstico de la hipertensión, el CHEP (2004) también recomienda esta monitorización cuando se sospeche de síndrome de bata blanca en:

- Pacientes no tratados, con HTA de leve (140-159/90-98) a moderada (160-179/100-109) y tomada en ámbito clínico, en ausencia de lesión del órgano diana.
- Pacientes tratados con:
 - a) tensión arterial que no disminuye a pesar de recibir el tratamiento apropiado;
 - b) síntomas sugestivos o hipotensión;
 - c) lecturas fluctuantes realizadas en un entorno clínico.

Se considera que una media diaria de 135/85 mmHg de APBM equivale a 140/90 mmHg en entorno clínico (CHEP 2005). Aunque la ABPM es normalmente más baja durante la noche, una disminución nocturna de la tensión arterial por encima del 10% se asocia con un mayor riesgo de padecer episodios cardiovasculares (CHEP 2004).

Existe evidencia creciente que indica que los resultados obtenidos con esfigmomanómetros de ambientes clínicos no son tan fiables como la ABPM en relación a la capacidad de predicción de riesgo de episodios cardiovasculares tales como: infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, AVC y TIA, así como lesión del órgano diana e hipertrofia ventricular (Beckett&Godwin, 2005). A pesar de utilidad clínica y las recomendaciones del CHEP 2005 en cuanto a su uso para el diagnóstico de hipertensión, la ABPM puede resultar difícil de obtener en función de la comunidad. El Ministerio de Salud y cuidados crónicos de Ontario actualmente no cubre las pruebas dentro del su plan de ayudas, por lo que los pacientes o terceros deben pagar de 50 a 75 dólares canadienses por realizarse la ABPM.

Un estudio reciente examinaba la utilidad clínica del dispositivo BpTRU en el diagnóstico y monitorización de la hipertensión en la consulta de atención primaria para determinar cómo se relacionaba con la medición del ABPM (Beckett&Godwin, 2005). El dispositivo BpTRU es automático y ha sido desarrollado exclusivamente para uso en la consulta. Toma una tensión inicial cuando el clínico está presente y después, cuando el paciente está solo, realiza cinco mediciones separadas por unos minutos y calcula la media. El BpTRU (modelo BPM100), ha sido testado en lugares no clínicos y se ha demostrado que elimina parcialmente el “efecto de la bata blanca”. Se observó un resultado similar en un estudio que comparaba la BpTRU con mediciones realizadas por una técnica experimentada en condiciones similares (Myers&Valdivieso,2003). Beckett y Godwin (2005) encontraron que a pesar que la BpTRU no tenía la sensibilidad ni especificidad en comparación con la ABPM, el aparato tiene potencial para ser usado en ambientes clínicos para ayudar a disminuir el “efecto de la bata blanca” sin el costo de tener que realizar holters de 24 horas. Se precisa de mayor investigación para examinar el uso de estos aparatos automáticos en la práctica clínica habitual.

Manejo de la hipertensión en enfermería

Figura 4: Monitorización ambulatoria de la tensión arterial (ABPM)

Cuando se solicita una monitorización ambulatoria de la tensión arterial (ABPM, por sus siglas en inglés) el paciente lleva consigo un monitor portable de tensión arterial durante 24 horas (conocido con el nombre de holter) para medir y registrar la tensión arterial a intervalos regulares.

El CHEP (2004) recomienda esta monitorización cuando se sospeche de síndrome de bata blanca en:

- Pacientes no tratados, con HTA de leve (140-159/90-99) a moderada (160-179/100-109) y tomada en ámbito clínico, en ausencia de lesión del órgano diana.
- Pacientes tratados con:
 - a) tensión arterial que no disminuye a pesar de recibir el tratamiento apropiado;
 - b) síntomas sugestivos o hipotensión;
 - c) lecturas fluctuantes realizadas en un entorno clínico.

Se considera que una media diaria de 135/85 mmHg de APBM equivale a 140/90 mmHg en entorno clínico (CHEP, 2005). Aunque la ABPM es normalmente más baja durante la noche, una disminución nocturna de la tensión arterial por encima del 10% se asocia con un mayor riesgo de padecer episodios cardiovasculares (CHEP, 2004).

Los pacientes con una tensión arterial normal en una monitorización de 24 horas tienen un pronóstico similar a aquellos que se presentan normotensos en la consulta (CMA, 1999).

Recomendación 1.5

Las enfermeras educarán a los pacientes con un objetivo respecto a su tensión arterial y la importancia de conseguir y mantener ese objetivo. *Nivel de evidencia = IV*

Discusión de la evidencia

La tensión arterial objetivo es individual y depende de las condiciones de comorbilidad. Ésta debe establecerse en colaboración con el equipo de salud. En la tabla 3 se describe el umbral para el tratamiento y la tensión arterial objetivo según las condiciones médicas coexistentes. El fracaso para alcanzar la tensión arterial objetivo puede resultar en lesiones en el órgano diana, así como incrementar la morbilidad y la mortalidad.

El equipo de desarrollo de la guía ha consensuado que las enfermeras contribuyan en la educación del paciente para alcanzar la tensión arterial objetivo, así como en la importancia de mantener dicho objetivo.

Tabla 3: Valor umbral del inicio de tratamiento y de la tensión arterial objetivo

Reproducido con autorización. Canadian Hypertension Education Program Process, 2005.

Condición	Iniciación del tratamiento	Objetivo
	(TAs/TAd mmHg)	(TAs/TAd mmHg)
Hipertensión diastólica ± sistólica	≥ 140/90	< 140/90
Hipertensión sistólica aislada	TAs > 160	< 140
Diabetes	≥ 130/80	< 130/80
Enfermedad renal	≥ 130/80	< 130/80
Proteinuria > 1g/día	≥ 125/75	< 125/75

Las recomendaciones para la práctica que siguen a continuación en este documento están dirigidas a los pacientes adultos en los que ya se ha establecido un diagnóstico de hipertensión.

Valoración y desarrollo del plan de tratamiento

Intervenciones sobre el estilo de vida

Recommendation 2.1

Las enfermeras trabajarán con los pacientes para identificar los estilos de vida que influyen en el manejo de la hipertensión, reconociendo áreas potenciales de cambio y creando un plan colaborativo para ayudar al paciente a alcanzar sus objetivos, lo que conlleva la prevención secundaria de complicaciones. *Nivel de evidencia = IV*

Factores del estilo de vida que impactan en la tensión arterial

- Dieta
- Peso
- Ejercicio
- Consumo de alcohol
- Tabaco
- Estrés

Discusión de la evidencia

En la actualidad, los cambios en el estilo de vida son la piedra angular tanto para el tratamiento de la hipertensión como de la aterosclerosis. A menudo se precisa de una combinación de intervenciones sobre los estilos de vida para alcanzar los valores de tensión arterial óptimos con el fin de reducir el riesgo de ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. Su efectividad, en conjunción con las terapias farmacológicas en la prevención y manejo inicial de la hipertensión, ha sido ampliamente documentada en la literatura científica (CHEP, 2005; NIH, 2003; SIGN, 2001; Williams et al., 2004). La dieta, el peso, el ejercicio, el tabaco, el consumo de alcohol y el estrés son factores del estilo de vida que pueden tener un impacto en la tensión arterial y la salud cardiovascular. La evaluación y modificación de estos factores de riesgo, cuando sea pertinente, son efectivos en la reducción de la hipertensión. En algunos pacientes seleccionados, las intervenciones sobre el estilo de vida tienen el potencial de disminuir los niveles de tensión arterial con una equivalencia a la mitad de la dosis de un fármaco antihipertensivo (CHEP, 2005). Se necesita un abordaje de todo el equipo para poder influir y reforzar los objetivos, así como asegurar la adherencia. Las enfermeras tienen una oportunidad única para ayudar a los pacientes a examinar su estilo de vida, reconocer los riesgos y las áreas potenciales para el cambio, aconsejar sobre un plan individualizado y facilitar el cumplimiento de los objetivos.

Manejo de la hipertensión en enfermería

En la siguiente tabla se muestran los efectos positivos en la tensión arterial cuando se realizan los cambios en el estilo de vida:

Tabla 4: Impacto de las terapias de estilos de vida sobre la tensión arterial de adultos hipertensos

Reproducido con autorización. Canadian Hypertension Education Program Process, 2005.

Intervención mmHg	Cambio objetivo	Cambio en la tensión arterial (sistólica/diastólica)
Ingesta de sodio	-100 mmol/día	-5.8/-2.5
Peso	-4.5 kg	-7.2/-5.9
Ingesta de alcohol	-2.7 bebidas/día	-4.6/-2.3
Ejercicio	3 veces/semana	-7.4/-5.8
Patrones dietéticos	Dieta DASH	-11.4/-5.5

Para llevar a cabo estas tareas, las enfermeras hospitalarias y comunitarias, deben estar al día sobre los cambios en la práctica basado en la evidencia en relación a la hipertensión, los factores de riesgo cardiovasculares y su gestión. Las oportunidades de identificar tensión arterial elevada y educar individuos o grupos pueden darse en muchos lugares, incluido el lugar de trabajo, las consultas de los CAP o en el hospital. Aprovechando la ventaja que ofrecen esos “momentos para la educación” y proporcionando consejos y apoyo continuado, las enfermeras pueden promover la colaboración con los pacientes, las familias y el resto del equipo de salud.

Las relaciones se construyen basándose en la confianza, el respeto y el conocimiento holístico del paciente y su red social de apoyo. La información sobre el historial del paciente, incluyendo las experiencias previas de contacto con el sistema de salud, las creencias culturales y su conocimiento actual sobre cuestiones de salud, son de vital importancia en la ejecución del plan de cuidados (NIH, 2003). Las actitudes del paciente deben ser detectadas y exploradas con la finalidad de educar e incrementar la comunicación. Los instrumentos tales como el Modelo de las etapas de cambio (Véase el anexo D) y las estrategias tales como las utilizadas en la entrevista motivadora (Véase el anexo E), ayudan a las enfermeras en colaboración con los pacientes, guían el plan de cuidados y facilitan el cambio de conducta (Steptoe et al., 1999). Para alcanzar los resultados, los planes deben ser individualizado: las estrategias de manejo deben estar enfocadas en los objetivos del paciente, estar adaptadas a su estilo de vida y proporcionar refuerzos positivos y consejos en cada encuentro.

Las siguientes recomendaciones sobre los cambios en los estilos de vida individuales ayudarán a las enfermeras a incorporar las mejores estrategias prácticas para conseguir un cambio positivo.

Dieta

Recomendación 2.2

Las enfermeras evaluarán y educarán a los pacientes sobre los factores de riesgo dietéticos como parte del tratamiento de la hipertensión, en colaboración con dietistas y otros miembros del equipo de salud.

Nivel de evidencia = IV

Recomendación 2.3

Las enfermeras aconsejarán a los pacientes con hipertensión sobre la dieta DASH (Enfoques Alimentarios para Detener la Hipertensión), en colaboración con los dietistas y otros miembros del equipo de salud

Nivel de evidencia = Ib

Recomendación 2.4

Las enfermeras aconsejarán a los pacientes con hipertensión que limiten su ingesta de sodio a la cantidad recomendada de 65-100 mmol/día, en colaboración con los dietistas y otros miembros del equipo de salud.

Nivel de evidencia = Ia

Discusión de la evidencia

Las enfermeras, en colaboración con otros miembros del equipo de salud, juegan un importante papel en la valoración y educación del paciente en relación a los factores vinculados a la dieta y los abordajes dietéticos óptimos. Las enfermeras pueden identificar y educar sobre los factores de riesgo de la dieta realizando una valoración de los hábitos alimentarios actuales del paciente antes de proporcionar consejos dietéticos y derivando al paciente a una dietista titulada. El uso de un “diario de comidas” u otra fórmula de seguimiento facilita esta valoración (Véase el anexo J). Las enfermeras entienden que los factores sociales y culturales juegan un importante papel en la adherencia, y que hay múltiples enfoques dietéticos para el manejo de la hipertensión. La derivación a una dietista titulada ayudará con las complejidades de las necesidades individuales del paciente.

La investigación ha mostrado que siguiendo una dieta rica en frutas, vegetales y productos lácteos bajos en grasas y colesterol (CHEP, 2004; Moore et al., 1999; Pickering et al., 2005) y reduciendo la cifra de sodio consumido, se puede reducir el riesgo de desarrollar tensión arterial alta y baja, en personas con tensión arterial ya elevada (Conlin, 1999; Ketola, Sipila, Makela, 2000; Moore et al., 1999). La investigación ha demostrado que siguiendo la dieta DASH con bajo contenido en sodio se reduce la hipertensión leve a 11.5/5.7 mmHg (sistólica/diastólica), lo que es equivalente a los cambios conseguidos con las medicaciones antihipertensivas.

La dieta DASH pone especial énfasis en frutas, verduras, productos lácteos bajos en grasa, así como en una ingesta reducida de sodio. Este enfoque obtiene tensiones significativamente bajas en las personas con hipertensión en etapa 1 (grado 1) y en aquellas personas con una tensión arterial normal-elevada (Appel, Moore & Obarzanek, 1997; Conlin, 1999; Vollmer et al., 2001). La dieta DASH también reduce la tensión arterial en aquellas personas que padecen hipertensión sistólica aislada (Moore, Conlin, Ard & Sveykey, 2001; Moore et al., 1999). Estos importantes hallazgos confirman los efectos de la ingesta baja en sodio, así como un efecto aditivo entre la ingesta baja en sodio y la dieta DASH.

Manejo de la hipertensión en enfermería

La evidencia procedente de una revisión sistemática que examinaba los efectos de una ingesta baja de sodio mostraron que ésta ayuda en el mantenimiento de la tensión arterial baja después de retirar el tratamiento con fármacos antihipertensivos. Las mediciones realizadas a los 13 y 60 meses mostraron que los pacientes que recibieron educación en cuanto a la dieta baja en sodio reducían la tensión arterial diastólica y sistólica en comparación con los participantes del grupo control. El grado de reducción en la ingesta de sodio y el cambio en la tensión arterial no estaban relacionados; Las personas con tratamiento farmacológico antihipertensivo eran capaces de reducir su medicación con una mayor frecuencia cuando estaban siguiendo una dieta baja en sodio que en el grupo control, manteniendo unos controles de tensión arterial similares (Hooper, Bartlett, Davey & Ebrahim, 2004). El Programa canadiense para la educación en hipertensión (2005) recomienda que el consumo de sodio en las personas hipertensas se limite a 65-100 mmol/día, lo que equivale a 1500-2400 miligramos o a 2/3-1 cucharadita de sal (CHEP, 2005).

Limitar el sodio a 65-100 mmol/día, es el equivalente a 2/3-1 cucharadita de sal de mesa (CHEP, 2005).
100 mmol Na = 2400 mg = 1 cucharadita de sal de mesa (6 gramos)

Las estrategias para reducir la ingesta de sal deben incluir (CMA, 1999):

- seleccionar alimentos bajos en sal (frutas frescas y vegetales);
- evitar comidas prefabricadas;
- abstenerse de añadir sal a las comidas;
- minimizar el uso de sal al cocinar; y
- tener cuidado con el contenido de sal en las comidas cuando se vaya a un restaurante.

El anexo I proporciona estrategias para identificar y disminuir el sodio en la dieta.

Mientras que no se ha observado correlación con la tensión arterial elevada, la evidencia científica ha demostrado que el consumo de grasas trans aumenta la incidencia de enfermedad coronaria. La HSFO recomienda que las grasas trans sean remplazadas cuanto antes por otras más saludables como las grasas monosaturadas y polisaturadas, en lugar de por la misma cantidad de grasas saturadas (Svetkeyetal.,2004; Vasan,Beiser&Seshadri,2002) . La cafeína es un estimulante potente para el sistema cardiovascular, y los efectos de tomarse un café son un aumento en la tensión arterial y en la frecuencia cardiaca. Se ha sugerido que un consumo regular de cafeína puede contribuir en una elevación sostenida de la tensión arterial, lo que es un problema para aquellas personas con hipertensión (Jee, He, Whelton, Suh & Klag, 1999; Lane, Pieper, Phillips-Bute, Bryant & Kuhn, 2002).

Véanse los recursos relacionados con la dieta y la hipertensión en los siguientes anexos:

- **Anexo H**– Dieta DASH. Enfoques Alimentarios para Detener la Hipertensión
- **Anexo I**– La reducción del Sodio y la dieta DASH
- **Anexo J**– Registro de los hábitos alimentarios y DASH
- **Anexo Q**– Recursos educativos

Peso saludable

Recomendación 2.5

Las enfermeras valorarán el Índice de Masa Corporal (IMC) y la circunferencia de la cintura.

Nivel de evidencia = IV

Recomendación 2.6

Las enfermeras recomendarán a los pacientes con un IMC superior o igual a 25 y una circunferencia de cintura superior a 102 cm (en hombres) o a 88 cm (en mujeres) que consideren aplicar estrategias de reducción de peso.

Nivel de evidencia = IV

El índice de masa corporal se calcula como se indica a continuación:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en Kilogramos}}{\text{talla(m)}^2}$$

La circunferencia de la cintura debe medirse en el punto situado a la mitad del torso, entre la última costilla y la cresta ilíaca (Health Canada, 2005).

Discusión de la evidencia

Entre las personas adultas de edad inferior a 55 años, la prevalencia de hipertensión es al menos 5 veces superior en aquellas personas con un IMC superior a 30 que para aquellas con IMC (BMI por sus siglas en inglés) inferior a 20 (CMA, 1999). El mantenimiento de un IMC saludable (18.5-24.9 kg/m²) es recomendable para que los pacientes con hipertensión reduzcan la tensión arterial (CHEP, 2004). Del mismo modo, mantener la circunferencia de la cintura por debajo de 102 cm para los hombres y 88cm para las mujeres, también reduce la posibilidad de convertirse en hipertenso (CHEP 2005).

El IMC y la circunferencia de la cintura deben ser utilizados como parte de una mayor valoración integral de riesgos para la salud. Tanto uno como el otro son mediciones fáciles de realizar a pie de cama (Douketis, Lemieux, Paquette, & Mongue, 2005). El IMC y la circunferencia de la cintura deben ser valorados como parte del examen físico rutinario. La clasificación del peso corporal puede aplicarse en todos los grupos étnicos que viven en Canadá; a pesar de ello, los profesionales de la salud deben ser cautelosos a la hora de aplicar dicha clasificación en personas que no sean blancas. Un estudio reciente realizado con personas asiáticas sugirió que los cortes de sobrepeso y obesidad del IMC deben iniciarse a 23kg/m² (Douketis, Paradis, Keller & Martineau, 2005).

La obesidad central, detectada por la circunferencia de la cintura, es un marcador de resultados cardiovasculares adversos (Williams et al., 2004) y está asociado con síndrome metabólico. La obesidad central ha sido definida en función de la circunferencia de la cintura para diferentes poblaciones (International Diabetes Federation, 2005). El equipo de consenso de la Federación Internacional de Diabetes, que resumió estos puntos de corte pragmáticos, reconoce que fueron tomados de diferentes fuentes, y que requieren de mejores datos para poder ligarlos al riesgo:

- Europid: ≥ 94 cm para hombres y ≥ 80 cm para mujeres;
- Asia del sur (población China, Malasia e India): ≥ 90 cm para hombres y ≥ 80 cm para mujeres;
- Étnicos del sur y centroamericanos: Utilice las recomendaciones para Asia del sur hasta que existan datos más específicos;

Manejo de la hipertensión en enfermería

- Africanos subsaharianos: Utilice las recomendaciones para Europa del sur hasta que existan datos más específicos;
- Población mediterránea oriental y oriente medio: Utilice las recomendaciones para Asia del sur hasta que existan datos más específicos.

La obesidad abdominal está asociada con el aumento en la concentración periférica de insulina y de triglicéridos, y puede ser debido a la deposición directa de ácidos grasos libre en la vena porta por parte de los adipocitos abdominales (Bronner, Kanter & Manson, 1995). Los beneficios de perder peso incluyen: Una reducción en el coste y los efectos secundarios asociados con la medicación antihipertensiva, niveles de colesterol más bajos, disminución de los niveles de glucosa en personas con diabetes, una reducción de los riesgos cardiovasculares, y finalmente, una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

El síndrome metabólico es una constelación de factores de riesgo cardiovascular relacionados con la hipertensión, la obesidad abdominal, la dislipidemia y la resistencia a la insulina (NIH, 2003). De acuerdo con una definición reciente de la Federación Internacional de Diabetes (2005), para que una persona se diagnostique con síndrome metabólico, debe tener obesidad central, además de dos o más de los siguientes aspectos:

- Nivel de triglicéridos elevado: >150mg/dl (1.7 mmol/L), o tratamiento específico para esta anormalidad lipídica;
- Colesterol HDL reducido <40 mg/dl (0.9 mmol/L) en hombres y, 50 mg/dl (1.1 mmol/L) en mujeres, o tratamiento específico para esta anormalidad lipídica;
- Tensión Arterial elevada: TA sistólica >130 o TA diastólica >85 mmHg, o en diagnóstico previo de hipertensión;
- Elevación de la glucosa basal >100 mg/dL (5.6 mmol/L), o diagnóstico previo de diabetes tipo 2. Si está por encima de 5.6 mmol/L o 100 mg/dL, se recomienda realizar las pruebas de tolerancia a la glucosa pero no necesariamente queda determinada la presencia de este síndrome.

La reducción de peso mediante la restricción calórica es apropiada para la mayoría de estos pacientes hipertensos ya que la mayoría tienen sobrepeso (Williamsetal.,2004). Un objetivo de pérdida de peso por un total de 9 kilos en un periodo de 5 meses, es realista, sensible y seguro (HSFO,2001). Varios estudios han examinado el impacto que tienen la pérdida de peso en la tensión arterial:

- Las dietas bajas en calorías tienen poco efecto en la tensión arterial de las personas con sobrepeso, pero el 50% pueden esperarse una reducción de 5/5 mmHg o más, a corto plazo (Williamsetal.,2004).
- Los kilos de peso perdido se han asociado con una reducción en la tensión arterial sistólica y diastólica de 1.05 mmHg. Se consiguieron mayores reducciones de la tensión arterial en aquellas poblaciones que incluían sujetos que tomaban medicación antihipertensiva. En un análisis multivariante, que se ajustó según la cifra de pérdida de peso, el efecto sobre la tensión arterial diastólica fue superior cuando el peso se reducía mediante la actividad física en comparación con la restricción calórica (Neter, Stam, Kok, Grobbee & Geleijnse, 2003).
- Una pérdida de peso de 4.5 kg se asocia con una reducción de la tensión arterial sistólica/diastólica de 7.2/5 mmHg (CHEP, 2004).
- En pacientes con sobrepeso, la eficacia de la disminución de peso para la reducción de la tensión arterial es similar a la conseguida por la terapia farmacológica antihipertensiva. Los pacientes hipertensos con sobrepeso que están tomando medicación deben recibir consejos para perder peso con la finalidad de obtener un efecto antihipertensivo adicional (CMA, 1999).
- En el estudio Framingham, por cada 4.5kg de peso ganados hubo un aumento asociado en la tensión arterial sistólica de 4mmHg, tanto para hombres como para mujeres (CMA, 1999).

Las estrategias de pérdida de peso deben tener un abordaje multidisciplinar que incluya educación dietética, incremento de la actividad física y modificación conductual. Los dietistas titulados están especialmente bien posicionados para evaluar las necesidades de las personas con hipertensión y otras condiciones subyacentes nutricionales frecuentes, desarrollar planes de cuidados que tengan en cuenta cuestiones de nutrición múltiples, el uso del counseling y técnicas de cambio de conducta para efectuar los cambios de estilo de vida cuando sea difícil y monitorizar las estrategias de tratamiento y manejo.

Todavía se pueden encontrar supresores del apetito simpaticomiméticos, pero pueden estar asociados con una mayor tensión arterial y tienen una eficacia limitada en la reducción de peso (CMA, 1999). La adhesión al programa de pérdida de peso se puede fomentar mediante la educación, la corrección de conceptos erróneos, involucrando a la familia, el soporte social y el consejo y monitorización (Hamlin & Brown, 1999). Véanse más adelante las secciones del documento que discuten las estrategias para promover la adherencia y el Anexo K donde se encuentra una descripción del sistema canadiense de clasificación de la masa corporal.

Ejercicio

Recomendación 2.7

Las enfermeras valorarán el nivel actual de actividad física de los pacientes.

Nivel de evidencia = IV

Recomendación 2.8

Las enfermeras aconsejarán a los pacientes, en colaboración con el equipo de salud, que participen en ejercicios físicos dinámicos de intensidad moderada durante 30-60 minutos, de 4 a 7 veces por semana.

Nivel de evidencia = Ia

Los ejercicios dinámicos de intensidad moderada incluyen pasear, el footing, el ciclismo y la natación (CHEP, 2004) y provoca de un 60% a un 70% de la frecuencia cardíaca máxima (CMA, 1999).

Fórmula de la frecuencia cardíaca (FC) máxima:

$$220 - \text{edad de la persona} = \text{FC máxima}$$

$$220 - \text{edad} \times 0.6 = 60\% \text{ FC máxima}$$

$$220 - \text{edad} \times 0.7 = 70\% \text{ FC máxima}$$

➔ **Punto para la práctica:** Es importante que el paciente consulte a un profesional de la salud antes de empezar un programa de ejercicios.

Discusión de la evidencia

Las enfermeras están comprometidas a una relación profesional terapéutica relacionada con su papel en el sistema sanitario (College of Nurses of Ontario, 2004c), su educación, y su contacto con los pacientes, para evaluar la eficacia y promover la actividad física en personas con hipertensión. La valoración del nivel de actividad física por parte del equipo multidisciplinar requiere que la enfermera considere como las siguientes variables específicas afectan los niveles de actividad física actuales y futuros (Canadian Nurses Association, 2004):

Manejo de la hipertensión en enfermería

- Demográficas (p.ej., género, edad, etnicidad, ingresos, educación, etc.)
- Geografía (donde vive)
- Características físicas (p.ej., condición física, estado actual de salud, factores de riesgo, nivel de actividad)
- Características conductuales (p.ej. qué hace para divertirse, lugares que frecuenta)
- Características psicológicas (p.ej., creencias, opiniones, preferencias, sentimientos de autoeficacia, preparación para el cambio y barreras percibidas)

Cuando se pregunte a los pacientes sobre su nivel de actividad física, las enfermeras deben tener en cuenta algunas preguntas clave para establecer la frecuencia, intensidad y estado físico percibido. Algunas preguntas sugeridas son:

Durante una semana normal, ¿cuántas veces practicas actividad física que sea lo suficientemente duradera para provocar sudor o un incremento rápido de la frecuencia cardiaca?

- Al menos 4 veces
- Normalmente una o dos
- Raramente o nunca

Cuando estás haciendo actividad física, ¿sientes que:

- haces un esfuerzo intenso?
- haces un esfuerzo moderado?
- haces un esfuerzo ligero?

En general, crees que tu actual nivel de condición física es:

- Muy bueno
- Bueno
- Medio
- Malo
- Muy malo

Tremblay, Shephard, McKenzie & Gledhill, 2001

Las personas que están en diferentes etapas de cambio también responden de forma más efectiva según los tipos de estrategias. Si una enfermera es capaz de determinar en qué etapa se encuentra el paciente individual en un momento dado, él / ella puede trabajar para promover la actividad física de la manera que sea más apropiada para esa persona en ese punto temporal.

Muchos metaanálisis y revisiones de estudios de intervención han descrito los efectos del ejercicio en la tensión arterial demostrando que el ejercicio aerobio reduce la tensión arterial sistólica y diastólica en reposo tanto en pacientes normotensos como hipertensos (Cooper, Moore, McKenna & Riddoch, 2000). Evidencias consistentes indican que el ejercicio físico, regular y rítmico (movimiento repetido de baja resistencia) de las extremidades inferiores disminuye tanto la presión arterial sistólica como diastólica en 5-7 mmHg, independientemente de la pérdida de peso, la ingesta de alcohol o el consumo de sal (CMA, 1999). El ejercicio de intensidad alta no es más efectivo en la reducción de la tensión arterial (CHEP, 2005). Alentar al control de peso en combinación con el ejercicio puede ayudar a reducir la tensión arterial sistólica en 7 mmHg y la diastólica en 5 mmHg (Blumenthal et al, 2000). Una calculadora de alimentos y estado físico puede ser una herramienta útil para indicar la relación entre la duración de las actividades específicas y el número de calorías consumidas y quemadas durante el ejercicio de los alimentos más comunes (Véase más información en el Anexo Q).

Dos estudios encontraron reducciones significativas en la tensión arterial después de solo 4-5 semanas de entrenamiento (CMA,1999). En efecto antihipertensivo persistió durante todo el programa de entrenamiento. En contraposición, el efecto antihipertensivo no se veía después de periodos de entrenamiento de 10 semanas. El efecto antihipertensivo del entrenamiento es por lo tanto reversible (CMA,1999). La protección se pierde cuando se suspende el ejercicio (Williams et al., 2004).

Es importante que los pacientes consulten con su profesional de la salud de referencia antes de iniciar un programa de ejercicios. En pacientes con hipertensión grave o en aquellos que no llevan un control de la tensión arterial adecuado, la actividad física intensa debe ser desaconsejada o posponerse hasta la instauración de un tratamiento farmacológico que sea efectivo (Williams et al., 2004).

En un informe titulado “Nursing and the Promotion of Physical Activity” (CNA,2004) se describe una intervención que ha demostrado ser efectiva en la promoción de la actividad física en atención primaria. Los consejos por escrito en cuanto al ejercicio físico se mostraron más efectivos que los verbales a la hora de animar a los pacientes para adoptar y sostener los niveles elevados de actividad física más allá de 6 semanas. Algunas organizaciones recomiendan que las enfermeras escriban prescripciones individualizadas de ejercicio como método de promoción de la actividad física a los pacientes (CHEP, 2004; HSFO, 2004).

Las dos razones más comunes para ser inactivo son no tener tiempo o no tener suficiente energía. Se ha sugerido que cualquier actividad parece ser útil, pero aquellas que son más activas parecen aportar más beneficios. Un paciente puede beneficiarse más de tres periodos de 10 minutos de actividad que de una actividad moderada durante media hora seguida. La actividad física también puede acumularse durante el día (HSFO, 2004).

Actividades sugeridas para adultos mayores:

- Pasear
- Pasear por un centro comercial
- Jardinería
- Golfing
- Aquagym
- Jugar a los bolos
- Tai Chi
- Ejercicio suave
- Trabajo de casa al aire libre

Sugerencias de actividades de bajo coste:

- Baje del autobús o del metro una parada antes y camine
- Vaya en bicicleta o paseando a trabajar
- Camine hasta las tiendas, bancos o correos
- Lleve a los niños al colegio caminando
- Aparque lejos y camine
- Lave el coche a mano
- Suba por las escaleras en lugar de en el ascensor
- En lugar de sentarse cuando se reúna con alguien tome un paseo mientras habla

(HSFO, 2004)

Alcohol

Recomendación 2.9

Las enfermeras valorarán el consumo de alcohol de los pacientes, incluidas la cantidad y frecuencia, utilizando un instrumento validado.

Nivel de evidencia = Ib

Recomendación 2.10

Las enfermeras, de manera rutinaria, hablarán sobre el consumo de alcohol con los pacientes y recomendarán un consumo limitado, en su caso a un máximo de:

- dos bebidas estándar por día o 14 a la semana para los hombres;
- una bebida estándar por día o 9 a la semana para las mujeres o los hombres muy delgados.

Nivel de evidencia = III

Una bebida estándar equivale a:

- 5oz./142 ml. de vino (12% alcohol)
- 1.5oz./43 ml. de espirituosos (40% alcohol)
- 12oz./341 ml. cerveza normal (5% alcohol)

Centre for Addiction and Mental Health, 2004.

Discusión de la evidencia

According to the Canadian Medical Association Hypertension Guidelines (1999) 75% of Canadians over the age of 15 consume alcohol, and 6.1% of adults consume 15 or more drinks a week. Los estudios epidemiológicos sugieren que el consumo de alcohol es un fuerte predictor de la hipertensión en los hombres (más del 33%) y en las mujeres (más del 8%) (CMA, 1999). La evidencia muestra que el consumo excesivo de alcohol incrementa la tensión arterial independientemente de otros factores de riesgo como son el fumar, la edad, el sexo, la raza, el consumo de café, el nivel educativo, la historia previa de consumo de alcohol y el tipo de alcohol que se consume (Boggan, 2003; Oparil & Weber, 2000).

Intentar definir una causa y efecto absoluto en la relación entre el alcohol y la hipertensión es complicado, ya que otros factores entran en juego. Algunos de estos factores incluyen la cantidad de alcohol consumida, si el consumo es crónico o compulsivo, estado de salud de base y los efectos del alcohol sobre el miocardio.

Un estudio realizado por De la Sierra (1996, también citado en Estruch, 2003) indica que algunas personas son sensibles al efecto del alcohol. Un grupo de individuos tenía una media superior de tensión arterial de al menos 3 mmHg en comparación a otro grupo de personas “resistentes” que no mostraban elevación en su tensión arterial cuando consumían alcohol en las mismas circunstancias controladas.

Aunque existen resultados en conflicto en la investigación hay teorías que explican el efecto del alcohol sobre la tensión arterial. A continuación se muestra un listado de dichas teorías:

- aumento del calcio intracelular o de otros electrolitos en el músculo liso vascular (Boggan 2003; Estruch, 2003; Lip & Beevers, 1995; Oparil & Weber, 2000)
- inhibición de sustancias relajantes vasculares, por ejemplo, el óxido nítrico (Boggan, 2003; Cushman, 2001; Estruch, 2003; Lip & Beevers, 1995)
- estimulación del sistema nervioso simpático, sistema renina-angiotensina-aldosterona, resistencia a la insulina, o el cortisol (Boggan, 2003; Cushman, 2001; Estruch, 2003; Lip & Beevers, 1995; Oparil & Weber, 2000)
- elevación de acetaldehído (Cushman, 2001; Lip & Beevers, 1995)
- disminución del calcio o magnesio (Boggan, 2003; Cushman, 2001; Estruch, 2003; Lip & Beevers, 1995; Oparil & Weber, 2000)
- estado crónico de abstinencia en grandes consumidores (Boggan, 2003; Cushman, 2001; Estruch, 2003; Lip & Beevers, 1995; Oparil & Weber, 2000)

La valoración del consumo de alcohol puede realizarse con una herramienta estandarizada. Las preguntas CAGE son un ejemplo de una herramienta utilizada comúnmente. La herramienta consiste en una serie de cuatro preguntas que pretenden valorar la dependencia al alcohol de una forma no amenazadora. Las preguntas deben ser parte de una evaluación integral de salud y realizarse en todas las visitas haciendo referencia al consumo reciente de alcohol. Una respuesta positiva a cualquiera de las cuatro preguntas indicará al profesional de la salud que debe sospechar de un consumo mayor. El cuestionario CAGE tiene una sensibilidad del 75-89% y una especificidad de 68-96% para detectar alcohólicos cuando al menos dos respuestas son positivas y dadas en un lugar de práctica clínica general (Haggerty, 1994).

Otra herramienta es el Test para identificar los trastornos por consumo de alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés), diseñado especialmente para detectar bebedores problemáticos más que alcohólicos. La herramienta AUDIT es ligeramente de mayor administración, consistiendo en 10 preguntas. Las respuestas están puntuadas de 0 a 4 con una puntuación total de 40 puntos. Una puntuación por encima de 10 indica problemas con la bebida. Esta herramienta pone énfasis en el consumo excesivo de alcohol y en la frecuencia de intoxicación más que en los signos de dependencia. La herramienta fue desarrollada por la Organización Mundial de Salud (OMS), por sus siglas en inglés. En su pilotaje inicial realizado en seis países diferentes, la sensibilidad media fue del 80% y la especificidad del 98% en la detección de un consumo excesivo de alcohol (Haggerty, 1994).

Si se sospecha o identifica un consumo excesivo de alcohol, el paciente debe recibir orientación sobre los efectos negativos para la salud y así como sobre la derivación a un especialista o programa en alcohol (Cushman, 2001).

En el anexo L encontrará ejemplos de preguntas tanto del cuestionario CAGE como de la herramienta AUDIT, así como otras herramientas de valoración. En la lista no están todas las herramientas existentes, y algunas de ellas están diseñadas para su uso con poblaciones especiales o como parte de una evaluación de consumo de sustancias en general.

La investigación ha demostrado que aproximadamente la mitad de los pacientes con un consumo excesivo de alcohol tienen lecturas de tensión arterial >160/90 y que estas cifras se normalizan durante la abstinencia. Los investigadores encontraron tendencias similares dentro de una base de población más amplia que llevó

Manejo de la hipertensión en enfermería

a creer que el efecto del alcohol sobre la tensión arterial se debe al alcohol consumido en los días inmediatamente anteriores a la medición y que el efecto es rápidamente reversible (Seppa & Sillanaukee, 1999). Un consumo excesivo de alcohol elevaba la tensión sistólica y diastólica durante el periodo en que se bebía, existiendo una disminución brusca en los niveles de base de ambas tensiones en el periodo inmediato postbebida, normalmente en las primeras horas de la mañana. Por otra parte, el consumo excesivo de alcohol resultó ser un factor de riesgo de ictus en personas jóvenes que consumen alcohol los fines de semana y festivos, período principal para beber. Del mismo modo, se relacionó el consumo de moderado a elevado con la hemorragia intracerebral. Aunque no existe evidencia directa, este estudio sugiere que existe una relación entre el alcohol, la hipertensión y el ictus (Seppa & Sillanaukee, 1999).

Varios estudios de cohorte y ensayos han demostrado poca diferencia en la tensión arterial de los pacientes que consumen alcohol de forma moderada y los abstemios. También existe evidencia limitada que apoya el consumo de alcohol por sus efectos protectores cardiacos. Las enfermeras deben ser conscientes de estas evidencias y animar a que se sigan las pautas contenidas en las guías ya que animando a la teoría del consumo como factor de protección se corre el riesgo de que acabe convirtiéndose en un consumo excesivo (Williams et al., 2004).

La adopción de estilos de vida saludables es un importante factor en la prevención de la tensión arterial elevada, así como en la disminución de aquellas personas que ya se saben hipertensas. Limitando el consumo de alcohol, las personas pueden atrasar o prevenir la incidencia de hipertensión y disminuir la tensión arterial sistólica en 2-4mmHg (Institute of Clinical Systems Improvement, 2004; NIH, 2003). La adherencia a las guías de bajo consumo de alcohol aumentará la eficacia de los fármacos. Se ha demostrado que el consumo excesivo aumenta la resistencia a los efectos de las medicaciones antihipertensivas (NIH,2003). Esta resistencia es el resultado de una adherencia baja al régimen terapéutico y/o a cambios en la farmacocinética del agente antihipertensivo metabolizado por el hígado que está bajo la influencia de la ingesta aguda o crónica de alcohol (Lip & Beevers, 1995). El alcohol tiene un elevado índice calórico sin que aporte valor nutricional alguno. Limitar su uso ayudará en la reducción de peso, otra estrategia muy recomendable para disminuir la tensión arterial, y que puede reducir los niveles de triglicéridos (ICSI, 2004). En conclusión, limitar el consumo de alcohol, dentro de las pautas recomendadas, ha mostrado una disminución modesta en la hipertensión. Combinando esta estrategia con otras modificaciones en el estilo de vida se obtienen mayores resultados en la disminución de la tensión arterial (NIH, 2003; Williams et al., 2004; SIGN, 2001).

Tabaco

Recomendación 2.11

Las enfermeras estarán bien informadas acerca de la relación entre el tabaquismo y las enfermedades cardiovasculares.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la evidencia

La evidencia actual de la relación entre el fumar y la hipertensión se encuentra en conflicto, sugiriendo en la mayoría de los casos que no existe una relación directa entre ambos factores de riesgo. El tabaco y la hipertensión son dos factores de riesgo independientes que aceleran el proceso de aterosclerosis y lesión vascular, incrementando el riesgo de enfermedad vascular y subsecuente lesión orgánica (corazón, cerebro, riñones, ojos o extremidades). La aterosclerosis es un proceso complejo, difuso y progresivo con una gran variedad de presentaciones clínicas y distribución. Los factores de riesgo juegan un importante papel en el inicio y aceleración del proceso (Faxon et al., 2004).

Hay pruebas abrumadoras de la relación entre el tabaquismo y las enfermedades cardiovasculares y pulmonares (2004 NICE.), que apoyan la necesidad de dejar de fumar. Gran cantidad de datos observacionales han demostrado que el tabaquismo tiene un efecto gradual adverso sobre la salud cardiovascular e incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular más que la hipertensión leve (Williams et al., 2004). Fumar agrava la hipertensión, la aterosclerosis, y las lesiones en los vasos sanguíneos (Lamb & Bradford, 2002). El consumo de tabaco (concretamente el de cigarrillos) eleva la tensión arterial y lesiona los vasos sanguíneos, aumentando el riesgo de ictus (Barker,2001). Una cuarta parte de los ictus pueden atribuirse al fumar (Lamb & Bradford, 2002).

Según las guías de la Sociedad británica de la hipertensión (Williamsetal.,2004), el fumar cigarrillos no parece estar asociado con la hipertensión excepto en los grandes fumadores o crónicos. La tensión arterial incrementa de forma aguda durante el fumar. Como las mediciones de tensión arterial se toman generalmente cuando el paciente no está fumando, la tensión arterial se subestima sistemáticamente entre los que fuman con regularidad.

La evidencia sugiere que el fumar puede interferir con el grado de protección de la terapia antihipertensiva contra las enfermedades cardiovasculares (NIH, 1997). Los datos sugieren que fumar puede interferir en los efectos beneficiosos de algunos agentes antihipertensivos tales como los betabloqueantes o puede impedir que se den los efectos beneficiosos de terapias más intensivas (European Society of Hypertension, 2003).

Recomendación 2.12

Las enfermeras establecerán el estatus en cuanto a consumo de tabaco del paciente e implantarán cuando sea adecuado unas “Intervenciones Breves” en cada visita, con el fin de facilitar el abandono del hábito de fumar.

Nivel de evidencia = Ia

Discusión de la evidencia

Existe evidencia contundente respecto a que dentro de los estilos de vida, dejar de fumar es la medida individual más poderosa en la reducción del riesgo de enfermedad vascular y lesiones de los órganos diana tales como el corazón, el cerebro, los riñones y las extremidades (ESH,2003). Existe un rápido descenso del riesgo cardiovascular, de más del 50% después de 1 año, en aquellas personas que dejan de fumar. Se necesitan más de 10 años para igualar el nivel de riesgo a aquellas personas que nunca han fumado (Williamsetal.,2004). Las personas necesitan conocer el elevado riesgo de fumar y los beneficios de dejarlo. A pesar del descenso experimentado en el hábito tabáquico en las tres últimas décadas, las tendencias para dejar de fumar han disminuido, y recientemente, el fumar ha aumentado entre las minorías jóvenes. Esto pone de manifiesto la necesidad de evaluar el consumo de tabaco en cada visita (Keevil, Stein&McBride,2002).

Una revisión sistemática Cochrane confirmó la efectividad del consejo médico para dejar de fumar (Rice& Stead, 2005). El consejo médico y animar a dejar de fumar en repetidas ocasiones en el tiempo ha demostrado una reducción del 21% del hábito de fumar (Williamsetal.,2004). Aunque hay menos apoyo en el consejo dado por personal clínico no médico, la recomendación general sugiere que todos los clínicos realicen intervenciones (Arroz y Stead, 2005). Las enfermeras están en una posición ideal para aconsejar a los pacientes que dejen de fumar. Esta revisión apunta los beneficios potenciales del consejo de abandonar el tabaco y/o el consejo dado por las enfermeras a los pacientes, con una evidencia razonable de que la intervención puede ser efectiva. “La mayoría de los fumadores quieren dejarlo y precisan la ayuda de los profesionales de salud para aconsejarles y darles apoyo. Las enfermeras son la fuerza de trabajo más numerosa dentro de los profesionales de la salud y están presentes en todos los niveles de la atención sanitaria. La revisión de los ensayos encontrados donde

Manejo de la hipertensión en enfermería

las enfermeras aconsejan y dan apoyo para dejar de fumar, muestran un aumento en el éxito de las personas que quieren dejar de fumar, especialmente en los hospitales. Consejos y apoyos similares dados por enfermeras en las revisiones rutinarias o en actividades de prevención mostraron ser menos efectivos, pero tienen también algún tipo de impacto.”(Rice&Stead, 2005. pg.2).

Muchas asociaciones nacionales e internacionales apoyan el rol de la enfermera en el abandono del hábito de fumar. La RNAO reconoce que “las enfermeras están posicionadas idealmente para proporcionar liderazgo en relación al abandono del hábito de fumar, tanto a nivel de programas individuales como a nivel político” (RNAO, 2002b). El posicionamiento de la Asociación canadiense de enfermeras (2001) en materia de reducción de consumo de tabaco enfatiza que como grupo de profesionales de la salud mayoritario en Canadá y en el extranjero, las enfermeras están en una poderosa situación para ayudar a reducir el tabaco en Canadá y globalmente. Reconoce que las enfermeras tienen la oportunidad de abogar por ello tanto a nivel de práctica individual como a nivel de colectivo fuerte. Se anima a las enfermeras a integrar la valoración, el consejo y las intervenciones para reducir el tabaco en su práctica y liderar la realización de investigaciones. Según la Asociación americana de enfermeras, la educación al paciente y las intervenciones preventivas para dejar de fumar deben ser parte de la práctica enfermera (ANA, 1995).

El servicio de salud pública de Estado Unidos financió una guía de práctica clínica: “Treating Tobacco Use and Dependence (Fiore,2000)” donde se recomienda incluir el consumo de tabaco como una constante vital. Esto asegura el registro adecuado sobre el consumo de tabaco y el consejo para abandonar el hábito tabáquico en el historial médico del paciente (Arizona Department of Health Services,2005). Los índices de cribado y consejo respecto al tabaco son más elevados cuando se incluyen con las constantes vitales de cada paciente (Keevil et al.,2002).

Se debe aconsejar de forma repetida y sin ambigüedades que las personas que fuman lo dejen (NIH, 1997). Según el informe del servicio de salud pública de Estados Unidos (citado por Keevil et al.2002) como media, se realizan de tres a cinco intentos antes de conseguir dejar de fumar. La probabilidad de éxito incrementa con cada intento y hay 10 veces más probabilidad de éxito para aquellas personas que han sido aconsejadas durante una visita. El seguimiento y el número de contactos entre paciente y profesional de la salud son predictores también del éxito clínico (Keevil et al.,2002). Las revisiones sistemáticas indican que de los fumadores del 79% al 90% quieren dejar de fumar (Coulter, 1991; Emmons, 1992 citado en Rice and Stead, 2005) y el 70% visitan a un profesional de la salud cada año (Cherry2003 citado en Rice&Stead, 2005), factores que pueden ser ayuda en el abandono del hábito. Las enfermeras están presentes en la mayoría de esas visitas y pueden en consecuencia tener un profundo efecto en la reducción del consumo de tabaco (Whyte, 2003 citado en Rice&Stead, 2005).

Las personas que fuman pueden beneficiarse de un amplio abanico de intervenciones (Fiore et al.,2000). Estas pueden clasificarse desde encuentros muy sencillos, hasta programas de tratamiento en múltiples sesiones. Estas intervenciones se conocen con el nombre de mínimas, breves e intensivas. La guía para médicos y profesionales de la salud aliados “Basic Tobacco Intervention Skills Guidebook” (Arizona Department of Health Services, 2005) indica que “las intervenciones breves en materia tabáquica proporcionas por múltiples personas (incluyendo personal médico y no médico) son más efectivas en ayuda a las personas que dejan de fumar que las intervenciones mínimas aisladas (como dar documentos por escrito), con un 25.5% versus un 8.1%, respectivamente (Fiore et al., 1996). Utilizando el Modelo de cinco intervenciones breves adecuado a cada etapa

(Véase la figura 5 y el anexo M) uno tiene el potencial de aumentar la probabilidad de que un paciente deje de fumar al menos un 60%. " (Fiore et al., 2000). Este modelo, recomendado por el servicio de salud pública de Estados Unidos, es una intervención integral breve basada en etapas para el abandono del hábito de fumar. En él se esboza una serie de actividades de apoyo (Preguntar, asesorar, evaluar, ayudar y preparar, véase la figura 5) que son efectivas para ayudar a los pacientes a modificar sus conductas de riesgo (Arizona Department of Health Services, 2005). Véanse en el anexo D técnicas de ayuda para asesorar.

- Una **intervención mínima** es aquella en la que el profesional de la salud y la persona que fuma tienen una interacción personal no significativa.
- Una **intervención breve** es una conversación estructurada en la que el profesional de la salud utiliza el **Modelo breve de intervención: Preguntar, Asesorar, Evaluar, Ayudar y Preparar**.
- Una **intervención intensiva** es aquella en la que hay al menos cuatro sesiones de 10 minutos de duración o más.

(Arizona Department of Health Services, 2005)

La formación para dejar de fumar e intervención breve está disponible en muchas comunidades. La Guía de Buenas Prácticas en Enfermería: Integrar el abandono del hábito de fumar en la práctica diaria de la enfermería (2003) recomienda que los programas de enfermería incluyan contenido sobre consumo de tabaco, riesgos para la salud asociados e intervenciones para dejar de fumar como conceptos clave del currículo enfermero. Las enfermeras de la práctica clínica deben ser animadas para buscar formación adicional en materia de abandono del tabaco en su comunidad.

Las enfermeras deben saber que el uso de terapias sustitutivas de la nicotina (NRT, por sus siglas en inglés) es seguro en los pacientes con hipertensión y que duplica los índices de abandono del tabaco (Williams et al., 2004). La baja cantidad de nicotina que contienen las ayudas para dejar de fumar normalmente no incrementan la tensión arterial, lo que es más, esas ayudas deben utilizarse acompañadas de asesoramiento e intervenciones conductuales apropiadas (Khoury et al. citado en NIH, 1997). Todas las formas de NRT son efectivas, particularmente aquellas que buscan ayudar a parar de fumar (Law & Tang, 1995; Silagy, Mant, Fowler & Lodge, 1994). La terapia sustitutiva con nicotina no es un factor de riesgo independiente de episodios agudos de miocardio. En cualquier caso, los NRT deben utilizarse con precaución con los pacientes que están en periodo postinfarto de miocardio (dentro de las 2 primeras semanas), aquellos con arritmias graves y aquellos con angina grave o que empeora angina (Fiore et al., c). El documento de posicionamiento de la Asociación médica de Ontario (1999) "Repensando las medicaciones para dejar de fumar: mitos y hechos", es un documento exhaustivo que dirige el uso de las medicaciones para dejar de fumar y clarifica muchos mitos respecto a los NRT.

Muchos municipios están libres de humo gracias a las leyes. La evidencia del impacto de las políticas de espacios libres de humo todavía no se encuentra disponible. Esta es un área para la investigación futura. Sin embargo, sí podemos extraer de la literatura científica alguna información respecto a lugares de trabajo libres de humo que revela que estas políticas no sólo protegen a los no fumadores de los peligros de fumar pasivamente, sino que también anima a los fumadores a dejarlo o fumar 3,1 cigarrillos menos al día (Fichtenberg & Glantz, 2002).

Manejo de la hipertensión en enfermería

Figura 5: Algoritmo para una intervención tabáquica breve

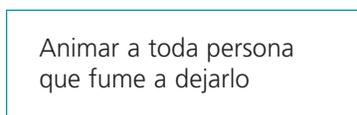
Reproducido con autorización.

© 2005 State of Arizona, Arizona Department of Health Services, Arizona Tobacco Education and Prevention Program.

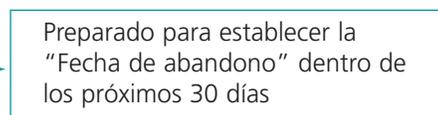
1. Pregunte



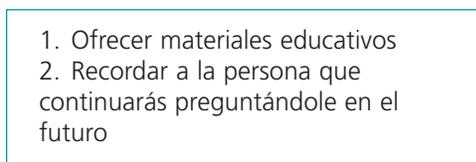
2. Asesorar



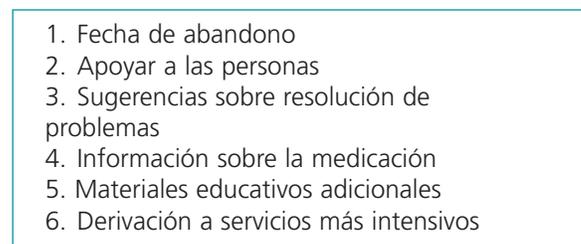
3. Evaluar



4. Ayudar



4. Ayudar



5. Preparar



Estrés

Recomendación 2.13

Las enfermeras asesorarán a los pacientes con hipertensión diagnosticada en en el entendimiento de cómo reaccionan antes situaciones estresantes y en cómo aprender a afrontar y manejar el estrés de forma efectiva

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la evidencia

El estrés es un hecho inevitable de la vida. Las presiones o demandas externas, especialmente aquellas en las que se percibe una pérdida de control, nos pueden hacer sentir tensos. A pesar de que la tensión que impulsa o motiva a una persona para completar una tarea puede ser útil, el estrés derivado de factores psicológicos (depresión), disposiciones conductuales (hostilidad), y el estrés psicosocial pueden influir directamente en la función fisiológica y en los resultados de salud (CHEP, 2004). El estrés relacionado con la depresión, el aislamiento social, y la falta de apoyo de calidad aumenta el riesgo de enfermedad coronaria de manera similar a los factores de riesgo convencionales, tales como el tabaquismo, la dislipidemia y la hipertensión, pero no queda claro cuál es el papel del manejo eficaz del estrés a la hora de optimizar el control de la tensión arterial (Bunkeretal., 2003; Matitila, Malmivaara, Kastarinen, Kievla &Nissinen, 2003).

El rango de situaciones estresantes puede ir desde episodios importantes en la vida hasta múltiples situaciones pequeñas que se acumulan con el tiempo. El conocimiento de las causas del estrés, la aceptación de que la vida no es perfecta y el afrontamiento aprendiendo las estrategias para manejar efectivamente el estrés puede reducir el riesgo de las condiciones relaciones con el estrés y mejorar la salud en general. En última instancia, es la decisión del paciente la que dirá adopta estilos de vida saludables para manejar el estrés o no. Tendrá que tener paciencia para entender, reconocer y aceptar los problemas que han sido parte de su vida durante mucho tiempo. Al final, para tener una buena salud, el estrés debe manejarse efectivamente.

Véase en el anexo N un cuestionario para valorar la vulnerabilidad individual ante el estrés.

Consejos útiles:

1. Ayude a los pacientes a identificar tres situaciones que causen estrés en sus vidas
2. ¿Cuáles son los factores desencadenantes?
3. El paciente ha anotado como responde o reacciona cuando “le tocan la fibra”.
4. Ayudar al paciente a establecer expectativas/ objetivos realistas - hacer frente a un único factor estresante a la vez.
5. Facilitar que el paciente piense críticamente y adopte estrategias para aceptar la situación. Recuerde que todos somos diferentes, y que las estrategias de afrontamiento deben ser individualizadas.
6. Que el paciente sepa explorar formas de reducir la velocidad, relajarse y evitar la creación de más estrés

Manejo de la hipertensión en enfermería

Resumen de estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento positivas incluyen:

- Ejercicio físico diario
- Hablar de los problemas con alguien en quien confie
- Descansar lo suficiente
- Seguir una dieta saludable
- Reducir la cantidad de cafeína y alcohol
- Reirse
- Decir “no” sin sentirse culpable
- Aprender a relajarse, sobre todo si se está haciendo algo divertido
- Aceptar que uno no puede hacerlo todo solo y que esta aceptación sea un signo de fuerza y un paso adelante
- Buscar ayuda a través de la derivación a otros miembros del equipo multidisciplinar (trabajadora social, psicólogo, psiquiatra)

Las estrategias de afrontamiento negativas incluyen:

- Negación
- Exceso de alcohol
- Exceso de drogas
- Exceso de comida
- Exceso de tabaco

Resumen de intervenciones en los estilos de vida de adultos hipertensos (CHEP, 2005)

➔ *Punto para la práctica:*

- Ingesta de sodio – Objetivo 65-100 mmol/día
- Peso – Objetivo IMC <25 kg/m²
- Circunferencia de la cintura: – Objetivo <102 cm en hombres; <88 cm en mujeres
- Consumo de alcohol: – Objetivo menor o igual a 2 bebidas al día
- Patrones dietéticos: – Follow the DASH diet
- Smoking – Target smoking cessation and a smoke-free environment

Medicaciones

Recomendación 3.1

Las enfermeras obtendrán el historial de medicación del paciente, que incluirá la medicación prescrita, la de venta libre, las hierbas y el consumo de drogas. *Nivel de evidencia = IV*

Recomendación 3.2

Las enfermeras estarán bien informadas sobre las clases de medicaciones que deben prescribir a los pacientes diagnosticados de hipertensión. *Nivel de evidencia = IV*

Recomendación 3.3

Las enfermeras proporcionarán educación al paciente en cuanto al manejo farmacológico de la hipertensión, en colaboración con médicos y farmacéuticos. *Nivel de evidencia = IV*

Discusión de la evidencia

Prescribir medicamentos antihipertensivos no suele estar en el ámbito de la práctica de enfermería, a excepción de las enfermeras práctica clínica avanzada, tales como enfermeras de “Clase Extendida”, o profesionales de enfermería que trabajan bajo las directivas médicas en los hospitales. Sin embargo, las enfermeras están en la mejor posición para proporcionar educación sobre los medicamentos antihipertensivos y controlar su eficacia terapéutica (Bengtson & Drevenhorn, 2003). Las enfermeras tienen un papel importante en el asesoramiento de los pacientes en materia de medidas farmacológicas y posibles efectos secundarios de los medicamentos (SIGN, 2001). Los estudios han mostrado que las intervenciones de enfermería, incluidos los controles de la tensión arterial, el estilo de vida y el asesoramiento y control de medicamentos, ya sea en visitas a domicilio o en centros de atención primaria, fueron efectivas para reducir la tensión arterial en pacientes hipertensos (García-Pena et al., 2001; New et al., 2003). Por lo tanto, las enfermeras deben conocer las clases de medicamentos que pueden ser recetados a los pacientes diagnosticados con hipertensión.

La terapia combinada (farmacológica con estilos de vida) es generalmente necesaria para alcanzar la tensión arterial objetivo (CHEP, 2005). Las enfermeras deben educar a los pacientes en que en la terapia combinada puede ser necesaria para gestionar su hipertensión. Los ECA han demostrado que la terapia antihipertensiva en los pacientes con hipertensión no complicada puede reducir la incidencia de enfermedad cardiovascular en un 25-30% (CHEP, 2004). En un único ECA grande sobre detección de hipertensión y seguimiento, la farmacoterapia antihipertensiva rigurosa reveló reducir la tensión arterial (diferencia de medias ponderada -8.2/-4.2 mmHg, -11.7/-6.5 mmHg, -10.6/-7.6 mmHg para tres estratos de la tensión arterial al ingreso) y mortalidad por cualquier causa a los cinco años de seguimiento (6,38% frente al 7.78%, diferencia 1.4%) (Fahey, Schroeder & Ebrahim, 2003).

La mayoría de los pacientes requieren de un tratamiento sistemático escalonado con más de un fármaco para poder alcanzar la tensión arterial objetivo recomendada (CHEP, 2005; NIH, 2003). Las medicaciones antihipertensivas se dividen en cinco clases, estas son: diuréticos, antagonistas beta-adrenérgicos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueadores del canal del calcio y antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (CHEP, 2005; NIH, 2003; SIGN, 2001; Williams et al., 2004).

Manejo de la hipertensión en enfermería

Véase en el anexo O un resumen de las medicaciones antihipertensivas más comúnmente prescritas. Aunque algunos resultados específicos pueden diferir de una clase a otra, todas las clases de estos fármacos han mostrado una protección cardiovascular similar en varios ensayos clínicos (NIH, 2003). Las recomendaciones más recientes del programa CHEP (2005) indican que cualquiera de las cinco clases de medicamentos muestran una reducción en los resultados cardiovasculares de los pacientes hipertensos siendo una elección apropiada como monoterapia de primera línea en personas hipertensas. La evidencia sugiere que la reducción de complicaciones relacionadas con la hipertensión es más dependiente de la medida de la tensión arterial disminuida lograda que en la elección de cualquier fármaco específico de primera línea (CHEP, 2005; Williams et al., 2004). El riesgo cardiovascular global de un paciente, incluyendo la presencia de ciertas enfermedades de alto riesgo para la salud, tiene implicaciones en términos de elección de los tratamientos farmacológicos específicos (CHEP, 2005). Consulte el anexo O donde se sugieren recursos en relación al riesgo global de la protección vascular y recomendaciones de tratamiento para los pacientes de alto riesgo. También deben tenerse en cuenta las preferencias individuales del paciente y los factores económicos (p.ej. coste de la medicación).

Algunos pacientes que toman medicaciones de venta libre, vitaminas, suplementos nutricionales o bien optan por completar su tratamiento antihipertensivo con hierbas medicinales deben saber que algunos de esos preparados pueden interactuar potencialmente con la medicación antihipertensiva o puede causar un incremento de la tensión arterial (p.e. AINE). Se debe preguntar a todos los pacientes sobre si toman algún producto natural, suplemento, etc. y advertirles que “natural” no es necesariamente igual a “seguro” (UpToDate, 2005). Hasta la fecha, la efectividad y seguridad de los preparados herbales no ha sido estudiada con la misma rigurosidad que el tratamiento convencional, por lo tanto, actualmente no se dispone de guías basadas en la evidencia sobre el uso de esos tratamientos alternativos. Se conoce que algunos remedios herbales potencian los efectos antihipertensivos de los fármacos (p.ej. el ajo), mientras que otros pueden contrarrestar el efecto de los fármacos, ya sea debido a sus propiedades hipertensivas propias (p.ej., efedra, yohimbe, ginseng, ma huang), o por interferir con los niveles de los fármacos antihipertensivos (por ejemplo, la hierba de san juan, el regaliz, la aquilea, el pimiento rojo, polvo de muérdago, don quai, cola de caballo) (Canadian Pharmacists Association, 2005; Lexi-Comp, 2004-2005; Micromedex, 2005; Miller & Murray, 1998; UpToDate, 2005). Es importante que las enfermeras, en colaboración con los farmacéuticos y los médicos, eduquen a los pacientes respecto a la medicación antihipertensiva, incluyendo las interacciones potenciales con los suplementos, hierbas y preparados y cómo evitar estos remedios o tomarlos con precaución.

Las drogas como la cocaína, la marihuana, las anfetaminas y la metilendioximetanfetamina (éxtasis) son posibles causas de hipertensión, y su uso puede ser un factor subyacente en la hipertensión resistente (NIH, 2003). El abuso de sustancias y la hipertensión son un problema de salud importante, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes que presentan tensión arterial elevada y las enfermedades cardiovasculares asociadas (Ferdinand, 2000). Las enfermeras, en colaboración con los farmacéuticos y médicos, deben preguntar a los pacientes sobre el consumo de drogas y educarlos sobre los riesgos y las posibles interacciones con medicamentos antihipertensivos.

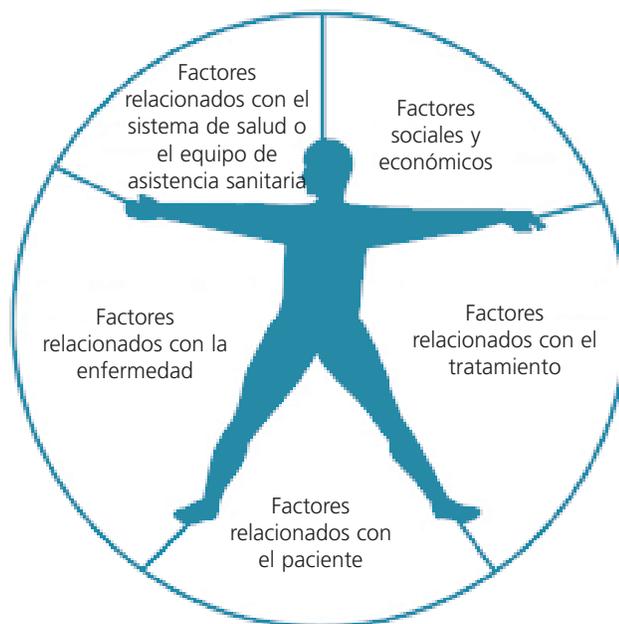
Adherencia

Organización Mundial de la Salud, 2003

La adherencia, entendida como el grado en que el comportamiento de un paciente (toma de medicación, seguimiento de un régimen alimentario, modificación de sus hábitos o acudir a las visitas) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional de la salud, es el factor individual modificable más importante que compromete el resultado del tratamiento (Haynes, McDonald & Garg, 2002; WHO, 2003). El término adhesión intenta estar libre prejuicios, es una declaración de hechos más que de culpa al médico, al paciente o al tratamiento.

La adherencia es un fenómeno determinado por la interacción entre las cinco dimensiones o factores (véase la figura 6) sociales y económicos, relacionados con el sistema de salud y los profesionales, relacionados con la terapia, con la enfermedad y con el paciente (OMS 2003). Ha habido una tendencia en el pasado en que la educación y la adherencia se han basado en la creencia de que el paciente es el responsable único de su tratamiento - Este enfoque refleja un mal entendimiento de cómo estas dimensiones complejas afectan el comportamiento y la capacidad de adherencia al tratamiento (OMS 2003). Las cinco dimensiones se deben considerar en una exploración sistemática de la adherencia y las intervenciones dirigidas a mejorar la misma.

Figura 6: Las cinco dimensiones de la adherencia



Reproducido con autorización.
OMS, 2003

A. Factores sociales y económicos

Las principales cuestiones económicas y sociales que deben ser abordadas en relación a la adherencia son la pobreza, el acceso al sistema de salud y los medicamentos, la alfabetización, la provisión de redes sociales de apoyo efectivas y los mecanismos de provisión de servicios de salud sensibles a las creencias culturales sobre la enfermedad y el tratamiento. Son necesarios una financiación universal y sostenible, unos precios asequibles y unos sistemas de suministro fiables para lograr unas buenas tasas de adherencia a los tratamientos.

Manejo de la hipertensión en enfermería

Se consideran intervenciones eficaces en la mejora de la adherencia: las organizaciones sociales, la educación de los pacientes analfabetos, la evaluación de las necesidades sociales y la preparación de la familia. Existe información consistente que demuestra como el apoyo social es un importante factor que afecta a los resultados en salud y las conductas. Hay pruebas sustanciales de que el apoyo mutuo entre los pacientes puede mejorar la adherencia al tratamiento y reducir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de la salud a la atención de los pacientes con enfermedades crónicas. Las intervenciones comunitarias han demostrado tener tanto beneficios económicos como para la salud, mejorando las capacidades de autocuidado de los pacientes mediante la promoción del mantenimiento y la motivación requerida para el autocuidado, así como manteniendo al paciente activo en relación al conocimiento sobre su enfermedad y en la adquisición de nuevos hábitos.

B. Factores relacionados con el sistema de salud o el equipo de asistencia sanitaria

Las variables del sistema de salud incluyen la disponibilidad y accesibilidad de los servicios, el apoyo a la educación de los pacientes, el registro de datos y gestión de la información, la provisión de información a los proveedores de los pacientes, los apoyos comunitarios disponibles para los pacientes, y la formación y capacitación de los profesionales de la salud. El sistema de salud influye sobre la conducta del paciente y en los programas de sus proveedores directos, dictamina la duración de las visitas, la asignación de recursos, la estructura de las cuotas y establece las prioridades organizativas.

Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos del equipo de salud y otros factores relacionados con el sistema en relación a la adherencia del paciente. Una revisión de la OMS (WHO 2003) encontró cinco barreras principales para la adherencia que estaban relacionadas con el sistema de salud y el equipo:

1. La falta de concienciación y conocimiento acerca de la adherencia terapéutica;
2. La falta de herramientas clínicas que ayuden a los profesionales de la salud a evaluar e intervenir en los problemas de adherencia;
3. La falta de herramientas comportamentales que ayuden a los pacientes a desarrollar comportamientos adaptativos saludables o para modificar los problemáticos;
4. Las brechas en la prestación de atención para los procesos crónicos; y
5. La comunicación subóptima entre los pacientes y los profesionales de la salud.

Un interesante estudio de Albaz, en Arabia Saudita, concluyó que las variables de organización (tiempo pasado con el médico, continuidad de la atención por el médico, estilo de comunicación del médico y estilo interpersonal del médico) son mucho más importantes que las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud) para afectar la adherencia terapéutica de los pacientes (WHO, 2003).

C. Factores relacionados con la enfermedad

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. La comorbilidad, como la

depresión y el abuso de sustancias, son modificadores importantes del comportamiento de adherencia. Puede incluirse un cribado de esas condiciones en el asesoramiento para adherencia.

La hipertensión habitualmente se conoce con el nombre de “asesina silenciosa” ya que sus síntomas asociados son limitados. Debido a esta naturaleza asintomática de la hipertensión, se plantean retos únicos respecto a la adherencia.

D. Factores relacionados con el tratamiento

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. Los factores relacionados con la terapia que influyen en el índice de adherencia al tratamientos son la frecuencia de las dosis, los efectos adversos, la duración del tratamiento, el número de pastillas y la naturaleza asintomática de la hipertensión (Takiya, Peterson & Finley, 2004).

La poca adherencia ha sido identificada con la principal causa de la falta de control en la hipertensión. La mejor evidencia estima que la baja adherencia a la terapia contribuye a la falta de un buen control de la tensión arterial en más de dos tercios de las personas que viven con hipertensión. Al no haber un beneficio inmediato y reconocible por tomar antihipertensivos, los pacientes pueden ser menos propensos a adherirse a la medicación que los pacientes con enfermedades que tienen síntomas claros (Takiya et al., 2004).

E. Factores relacionados con el paciente

Las características de los pacientes han sido foco de numerosas investigaciones sobre adherencia. Factores como la edad, el sexo, la educación, la ocupación, el salario, el estado civil, la raza, la religión, la etnia y el ámbito urbano frente al rural no han sido definitivamente asociados con la adherencia (Haynes et al., 2002; WHO, 2003).

Mientras que la edad no ha sido definitivamente asociada con la adherencia, se sabe que la prevalencia de disfunciones cognitivas en mayores hace que incremente el riesgo de baja adherencia. Las comorbilidades múltiples y los regímenes terapéuticos complejos pueden comprometer la adherencia. En los ancianos, se ha constatado que no cumplir con las recomendaciones médicas y el tratamiento aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico y de complicaciones innecesarias, dando lugar a un aumento del gasto sanitario, así como discapacidad y muerte prematura. Esta es una cuestión muy importante tanto en Canadá como en el resto de países desarrollados donde las personas por encima de los 60 años consumen aproximadamente el 50% de todas las medicaciones prescritas.

Algunos de los factores relacionados con los pacientes descritos por su afectación sobre la adherencia son: olvido; estrés psicosocial; ansiedades sobre posibles efectos adversos; baja motivación; conocimiento y habilidad inadecuada para manejar los síntomas y el tratamiento; falta de necesidad autopercibida del tratamiento; falta de percepción del efecto del tratamiento; creencias negativas en relación a la eficacia del tratamiento; baja comprensión o no aceptación de la enfermedad; no creer en el diagnóstico; falta de percepción del riesgo que supone la enfermedad para la salud; baja comprensión de las instrucciones del tratamiento; falta de aceptación de la monitorización; bajas expectativas sobre el tratamiento; baja participación en las clases de seguimiento,

Manejo de la hipertensión en enfermería

asesoramiento, motivación, conductuales o psicoterapia; desesperanza y sentimientos negativos; frustración con los profesionales de la salud; miedo a la dependencia; ansiedad por la complejidad del régimen terapéutico; y sentimiento de estigmatización por la enfermedad. La percepción de la necesidad personal de medicamentos se ve influida por los síntomas, las expectativas y las experiencias y conocimientos de la enfermedad.

Los principales obstáculos relacionados con el paciente para la adhesión descritos en la literatura fueron la falta de información y conocimientos en lo que se refiere al autocuidado, dificultad para la motivación y la autoeficacia, y la falta de apoyo a los cambios de comportamiento. Aumentar el impacto de las intervenciones respecto a los factores relacionados con los pacientes es esencial. Los pacientes precisan ser informados, motivados y habilitados en el uso de estrategias cognitivas y conductuales para afrontar las demandas de tratamiento de su enfermedad.

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA

Recomendación 4.1

Las enfermeras se esforzarán en mantener relaciones terapéuticas con los pacientes.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la evidencia

La responsabilidad de la adherencia debe ser compartida entre el profesional de la salud, el paciente y el sistema de salud. La forma en la que los profesionales de la salud interactúan y se comunican con sus pacientes es un determinante clave tanto para la adherencia como para los resultados de salud del paciente. Una actitud y atención empática y sin prejuicios, disposición, comunicación de calidad e interacción son algunos de los atributos más importantes y que han demostrado ser determinantes en la adherencia de los pacientes (WHO, 2003). Los pacientes de los profesionales que comparten información construyen y proporcionan apoyo emocional dando mejores resultados que los pacientes (WHO, 2003).

Una relación terapéutica enfermera-paciente se establece y mantiene, a través de la utilización de los conocimientos y aptitudes profesionales de enfermería y las actitudes de cuidado y comportamientos para proporcionar los servicios de enfermería que contribuyen a la salud del paciente y su bienestar. La relación está basada en la confianza, el respeto y la intimidad y requiere el uso apropiado del poder inherente al rol del profesional de la salud (College of Nurses of Ontario, 2004b). La atención centrada en el paciente es la piedra angular de la relación entre enfermera y paciente. Esta implica defender, empoderar y respetar la autonomía del paciente, su voz, su autodeterminación y su participación en la toma de decisiones (RNAO, 2002a).

Recomendación 4.2

Las enfermeras explorarán las expectativas y creencias de los pacientes relacionadas con el manejo de su hipertensión.

Nivel de evidencia = III

Discusión de la evidencia

El conocimiento de los pacientes y las creencias acerca de su enfermedad, la motivación para su manejo, la confianza (autoeficacia) en su capacidad de involucrarse en conductas de manejo de la enfermedad, las expectativas sobre el resultado del tratamiento y las consecuencias de una mala adherencia, todos interactúan de manera que aún no ha sido entendida por completo la forma en que influyen el comportamiento de la adherencia (WHO, 2003).

Las expectativas se definen como la comunicación verbal o explícita de los deseos del paciente a su profesional de la salud. Los pacientes cuyas expectativas no se complacen tienen menos probabilidades de estar satisfechos con sus cuidados, y son menos propensos a adherirse al tratamiento recomendado y a los consejos para su salud. Estos obtienen peores resultados relacionados con su salud y utilizan más los servicios de salud que aquellos que ven sus expectativas satisfechas (Ogedegbe, Mancuso & Allegrante, 2004). Las creencias del paciente sobre el tratamiento influyen en la preferencia de tratamiento, adherencia y los resultados (Horne & Weinman, 1999). Horne y Weinman's (1999) en un estudio descriptivo examinaron las creencias personales de los pacientes en relación a la necesidad de la medicación prescrita y sus preocupaciones por el hecho de tomarla para evaluar las relaciones entre las creencias y la adherencia. Sus hallazgos respaldan el hecho de que los pacientes deben ser tenidos en cuenta de forma activa en la toma de decisiones ya que estarán más motivados para el uso de su medicación según las instrucciones si su creencia en su necesidad es mayor a su preocupación por tomarla (Horne, 1999).

Ogedegbe, Mancuso y Allegrante (2004) destaparon los siguientes conceptos erróneos en el paciente relacionados con su hipertensión y el tratamiento para la hipertensión en un estudio con población afro-americana:

- No existe necesidad de tomar medicación en ausencia de síntomas o cuando la tensión arterial es normal
- La tensión arterial alta se puede autoregular, por lo tanto, no hay ninguna necesidad de tomar medicación
- Los fármacos son tóxicos y pueden causar daños en los riñones, el hígado, los ojos, u otras partes del cuerpo así como provocar la muerte
- Tomar medicaciones para la hipertensión diariamente causa adicción o crea un hábito
- Las medicaciones no funcionan, por lo tanto, no hay ninguna necesidad de tomarlas.

Estos conceptos erróneos ilustran la importancia de conocer las expectativas de los pacientes y sus creencias en relación a la hipertensión y su tratamiento. Esta exploración debe facilitar la interacción entre los pacientes y el profesional de la salud con el desarrollo resultante de objetivos de tratamiento mutuos (WHO, 2003).

En la práctica, conocer las creencias del paciente en cuanto a su medicación puede proporcionar las bases para una relación más cercana en cuanto al uso de la medicación. Las enfermeras deben considerar realizar las siguientes preguntas para ayudar a destapar las expectativas de los pacientes y sus creencias en relación a su enfermedad y régimen terapéutico:

- ¿Qué medicación está tomando?
- ¿Cuándo toma la medicación?
- ¿Sabe para qué es su medicación?
- ¿Cuánto tiempo cree que seguirá tomando la medicación?
- ¿Espera tomar medicación el resto de su vida?
- ¿Cree que existirá cura para la hipertensión?

Comprender las creencias del paciente facilitará la creación de un plan mutuo para el tratamiento de la hipertensión y promoverá la mejora de la adherencia a largo plazo. La comprensión y la comunicación de creencias y valores ayuda a las enfermeras a prevenir los conflictos éticos y a trabajar en ellos cuando estos se dan (CNO, 2004c).

Recomendación 4.3

Las enfermeras evaluarán la adherencia del paciente al plan de tratamiento en cada visita.

Nivel de evidencia = III

Discusión de la evidencia

Un enfoque que combina medidas fiables y razonables de autorespuesta es el estado de la cuestión actual de la técnica de medición del comportamiento de la adherencia (OMS, 2003). Preguntando acerca de la adherencia se detectan más del 50% de las personas con baja adherencia, con una especificidad del 87% (Haynes et al., 2002). La respuesta al tratamiento dará información acerca de la adherencia, al igual que la asistencia a las visitas. Si es de aplicación, los niveles de fármaco y la frecuencia con se renuevan las recetas pueden utilizarse para medir la adherencia (Haynes et al., 2002).

Varios estudios (Haynes et al., 2002, Johnson et al., 1999, Ogedegbe, Harrison, Robbins, Mancuso & Allegrante, 2004) han explorado la adherencia de los pacientes al régimen terapéutico y los factores que influyen en la adherencia. En la siguiente tabla se incluyen preguntas que se han utilizado en estos estudios. Las enfermeras y demás profesionales de la salud pueden encontrarlas de utilidad cuando exploren a sus pacientes en las visitas iniciales y de seguimiento.

PREGUNTA DE VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA	JUSTIFICACIÓN
¿Ha dejado de tomar alguna pastilla en la última semana?	Una autorespuesta que indique saltarse alguna toma es consistente con tasas de adherencia al fármaco menores al 60% (Haynes et al.,2002).
¿Cómo va su tensión arterial? ¿Ha tenido algún problema con la medicación?	Estas preguntas evalúan las percepciones sobre la necesidad de medicación, la efectividad y la seguridad (Johnson, 2002). Ogedegbe et al.,(2004a) exploraron las barreras específicas para la adherencia. Ello abarca las percepciones de los pacientes sobre las cualidades de los medicamentos, las consecuencias de tomarlos y sus experiencias con la medicación. Los medicamentos por sí mismos fueron descritos con frecuencia como obstáculos a la adhesión debido a los efectos secundarios, el número de medicamentos a tomar diariamente, la frecuencia de las dosis, el sabor, la duración del tratamiento y el costo.
¿Está teniendo problemas para conseguir o tomar su medicación? ¿Es capaz de ser regular en la toma de su medicación? ¿Cuáles son sus rutinas cuando toma la medicación?	Estas preguntas evalúan la capacidad para acceder a los medicamentos y los patrones de medicación (Johnson, 2002) así como barreras logísticas de acceso a la medicación (p.ej., renovar las recetas, conseguir las recetas, pedir visita, no tener suficientes repuestos de medicación, quedarse sin medicación) y los inconvenientes de las medicaciones (p.ej., transportar las medicaciones, visitas frecuentes y tener que utilizar los baños en lugares públicos) (Ogedegbe et al., 2004a).

PROMOCIÓN DE LA ADHERENCIA

Se han estudiado muchas intervenciones diseñadas para mejorar la adherencia de los pacientes (Takiya et al., 2004). Un metaanálisis de 2004 reveló que la cuestión de la adherencia es polifacética y que lo óptimo sería utilizar un enfoque centrado en el paciente para promover la adherencia (Takiya et al., 2004). Haynes et al. (2002) sugirieron que mejorar la adherencia en los tratamientos a largo plazo requiere una combinación de métodos que incluyen lo siguiente: proporcionar información sobre el régimen; asesorar sobre la importancia de la adherencia y cómo organizar la toma de medicación; recordatorios sobre las citas y adherencia; premios y reconocimiento a los pacientes; y obtener apoyos sociales de la familia y amigos (Haynes et al., 2002). Una revisión sistemática reveló que la mayoría de las intervenciones que eran efectivas para mejorar la adherencia en los problemas crónicos de salud eran complejas. Los autores sugirieron que estas estrategias complejas no eran muy efectivas por la cantidad de esfuerzo y recursos que consumían. Concluyeron que no existe evidencia de que la baja adherencia pueda ser “curada”, aunque los esfuerzos por mejorarla deben mantenerse mientras dure el tratamiento (Haynes et al., 2002).

Aunque no existe evidencia convincente para apoyar una intervención específica o una combinación de intervenciones para mejorar la adherencia, las recomendaciones 4.4-4.7 ofrecen a las enfermeras y los pacientes una serie de pruebas para apoyar el logro de adherencia a largo plazo.

Recomendación 4.4

Las enfermeras proporcionarán la información necesaria a los pacientes con hipertensión para que tomen decisiones bien informadas en cuanto a su plan de tratamiento. Nivel de evidencia = III

Discusión de la evidencia

Educar a los pacientes acerca de la naturaleza y las características de la hipertensión, los medicamentos, la probabilidad de tomar medicamentos de por vida, y el significado de los resultados de la tensión arterial permite a los pacientes tomar decisiones informadas acerca de las modificaciones de sus regímenes terapéuticos (CHEP, 2004; Johnson, 2002). Una mayor comprensión construirá la auto-eficacia (Bandura, 1986), y animará a los pacientes a perseverar con el tratamiento. La educación también clarifica los conceptos erróneos, una barrera muy común para la adherencia.

Si bien las intervenciones de adherencia dirigidas a los pacientes se han centrado habitualmente en proporcionar educación para aumentar el conocimiento, la evidencia disponible muestra que el conocimiento no es suficiente. Las intervenciones de primera línea para optimizar la adherencia deben ir más allá de la prestación de asesoramiento y recetas (WHO, 2003). Los principales obstáculos a la adherencia descritos en la literatura fueron la falta de información y conocimientos, habilidades que corresponden al autocuidado (WHO, 2003). Roter et al. (1998) publicaron un metaanálisis sobre intervenciones de mejora de la adherencia que concluyó con que "no hay ninguna estrategia o enfoque programático que demuestre alguna ventaja clara en comparación con la otra y que la combinación de intervenciones integrales cognitivo, conductual y de componentes afectivos [motivacionales] fueron más efectivas que las que se centraban en una sola intervención" (pág 1138). Los pacientes deben ser informados, motivados y capacitados en el uso de las estrategias cognitivas y conductuales de autorregulación para que puedan hacer frente con eficacia a las demandas relacionadas con el tratamiento impuesto por su enfermedad.

Recomendación 4.5

Las enfermeras trabajarán con los prescriptores para simplificar la dosificación de los regímenes terapéuticos.

Nivel de evidencia = Ia

Discusión de la evidencia

Una revisión sistemática diseñada para determinar la efectividad de las intervenciones destinadas a aumentar la adherencia a los medicamentos hipotensores en pacientes con tensión arterial alta demostraron que la simplificación de los regímenes de dosificación aumentaban el cumplimiento en siete de los nueve estudios con la mejora de la adherencia desde el 8 hasta el 19,6% (Schroeder, Fahey y Ebrahim, 2004). Los autores concluyeron que introducir regímenes de dosificación más simples puede ser efectivo para mejorar la adherencia. Esta recomendación también está apoyada por el trabajo de Haynes et al. (2002) y McDonald, Garg & Haynes (2002) sobre adherencia al tratamiento prescrito.

Algunos de los métodos para simplificar los regímenes terapéuticos incluyen lo siguiente:

- Una dosis al día (cuando sea posible);
- Adaptar los horarios de la medicación a las actividades diarias o eventos (por ejemplo, cepillarse los dientes, con las comidas, etc);
- Animar a que se usen recordatorios de la medicación como alarmas, calendarios, recordatorios en el ordenador; y
- Fomentar el uso de sistemas de administración de medicamentos como pastilleros, envases blister.

Recomendación 4.6

Las enfermeras animarán a seguir una rutina y utilizar recordatorios para facilitar la adherencia.

Nivel de evidencia = Ia

Discusión de la evidencia

Ogedegbe et al. (2004b) encontraron que una causa común para no tomarse la medicación los pacientes era “olvidarse”. Las explicaciones más habituales para los olvidos de medicación en la literatura son edad avanzada, levantarse tarde, tener un horario muy ocupado, marcharse de casa muy temprano para acudir a reuniones y “estar fuera de casa”. Una revisión sistemática (McDonald et al., 2002) encontró evidencia sólida que apoya el ligar la administración de medicación a los eventos diarios. Varios autores y guías identifican esta estrategia como método para promover la adherencia (Johnson et al., 1999; CHEP 2004; NIH, 2003).

En resumen, a pesar que no existe una intervención o combinación de intervenciones que promueva la adherencia a largo plazo, se han identificado varias estrategias en la literatura y las guías publicadas (CHEP, 2004; McDonald et al., 2002, NIH,2003). Las enfermeras pueden encontrar óptimas esas estrategias en combinación con el modelo de atención centrado en el paciente para promover la adherencia a largo plazo.

Recomendación 4.7

Las enfermeras se asegurarán que los pacientes que faltan a las revisiones reciban una llamada telefónica para continuar con la atención.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la evidencia

Faltar a las visitas está correlacionado con una menor tasa de adherencia a los tratamientos prescritos y son la primera señal de abandono del cuidado en su totalidad (Haynes et al., 2002). Los autores de una revisión

sistemática Cochrane 2005 concluyeron que rellamando a los pacientes que faltan a las visitas como esfuerzo para mantenerlos en el cuidado es tal vez la intervención individual más importante para ayudar a los pacientes seguir las prescripciones farmacológicas (Haynes et al., 2002). Los profesionales de la salud deben monitorizar la adherencia a las citas médicas. Puede ser útil trabajar con el equipo interdisciplinar para diseñar una consulta o un sistema administrativo en el que el personal administrativo recuerde por teléfono las citas a los pacientes y para el seguimiento de las visitas a las que no ha acudido. Ello proporcionará la oportunidad de evaluar las barreras potenciales para la adherencia que pueden estar interfiriendo en el plan de tratamiento del paciente, a la vez que servirá de ayuda para mantener al paciente en el cuidado. Las enfermeras que utilizan las llamadas telefónicas como parte del tratamiento y seguimiento del plan deben hacerlo de acuerdo con su ámbito de acción y de acuerdo con las normas del Colegio de Enfermeras para la prestación de asesoramiento telefónico (CNO, 2004d). (Haynes et al., 2002; McDonald et al., 2002)

ESTRATEGIAS	ENFOQUES ESPECÍFICOS
Consejos sobre el régimen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explique que puede ser necesario tomar más de un fármaco (CHEP, 2004) ■ Explique que probablemente el paciente deberá tomar la medicación el resto de su vida (CHEP, 2004) ■ Dígale al paciente que traiga toda la medicación a todas las visitas (incluyendo los de venta libre y remedios herbales) (CHEP, 2004)
Considere otras opciones para la administración de medicación alternativa	<ul style="list-style-type: none"> ■ Considere el uso de pastilleros o sistemas similares ■ Considere cambiar el embalaje de los medicamentos por ejemplo de un vial a blister (Takiya et al., 2004)
Ligue la toma de medicación a eventos de la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> ■ Programe la toma de medicación según las actividades de la vida diaria (p.ej., comidas, cepillado de dientes) ■ Utilice alarmas, tarjetas recordatorias, recordatorios telefónicos, alarmas en el ordenador (Takiya et al., 2004) ■ Puntos de atención sanitaria (proporcionan medicación en el lugar de trabajo) (CHEP, 2004; Takiya et al., 2004)
Monitorizar la adherencia a los tratamientos y a las visitas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recuerde a los pacientes tanto las visitas como la medicación ■ Llame a los pacientes que no han venido a la visita para realizar un seguimiento de la atención (Haynes et al., 2002)
Refuerce la importancia de una adherencia elevada a cada visita y reconozca explícitamente los esfuerzos para adherirse	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tome la tensión arterial y hable sobre la TA objetivo en cada visita (CHEP, 2004) ■ Anime al automonitorización de la TA con revisión y refuerzo regular
Involucre a la familia y otras personas significativas (con el permiso del paciente)	<ul style="list-style-type: none"> ■ El conocimiento del plan de tratamiento y del régimen terapéutico por parte de la familia puede ayudar a promocionar la adherencia (Haynes et al., 2002)

Monitorización y seguimiento

La tensión arterial es el indicador más obvio para monitorizar la hipertensión; A pesar de ello, la monitorización puede incluir algunos otros factores tales como la participación del paciente en el proceso de monitorización, el estado de salud general y los efectos secundarios de la medicación. También, cada contacto con el paciente proporciona una oportunidad para debatir y animar al seguimiento de intervenciones no farmacológicas (estilo de vida) para controlar la tensión arterial. La monitorización de la adherencia del paciente a las intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas deben ser un componente de las visitas de seguimiento y deben incluir (Haynes et al., 2002):

- Métodos prácticos (aplicar a todos los pacientes):
 - Discusión con el paciente
 - Respuesta al tratamiento
 - Asistencia a las visitas
- Si es el caso:
 - Niveles del fármaco
 - Recambios farmacéuticos
 - Medicación y monitorización

Recomendación 5.1

Las enfermeras abogarán para que los pacientes con tratamiento antihipertensivo reciban un correcto seguimiento, en colaboración con el equipo de salud.

Nivel de evidencia = *IV*

Discusión de la evidencia

La monitorización y seguimiento puede darse en múltiples lugares donde se incluyen los centros de atención primaria y los propios hogares de los pacientes. En la tabla 5 se encuentran las recomendaciones en cuanto a frecuencia de monitorización en pacientes estables según la intervención, el estado fisiológico del paciente y la respuesta. Estas recomendaciones **no** son de aplicación en las situaciones agudas. Tabla 5: Recomendaciones de frecuencia en la monitorización de la tensión arterial. (CHEP, 2004)

INTERVENCIÓN	FRECUENCIA DE MONITORIZACIÓN DE LA TA	COMENTARIOS
Cambios en estilo de vida	Cada 3-6 meses	La monitorización cada 1-2 meses será necesaria con una TA “elevada-normal” (130-139/85-89)
Terapia farmacológica y cambios en el estilo de vida	Mensualmente, hasta que la TA objetivo se consiga. Una vez que la TA está estable en 2 tomas consecutivas por debajo de la objetivo, se realiza una monitorización a intervalos de 3-6 meses.es.	Serán necesarios intervalos más cortos en caso de HTA grave, intolerancia al fármaco o presencia de lesión en el órgano diana. Los pacientes estables normotensos pueden monitorizarse durante una semana cada 3 meses. Véase la figura 3, pg.36 “puntos a tener en cuenta cuando se compra y utiliza un monitor de tensión arterial domiciliario”.

El número de visitas de seguimiento para los pacientes tratados después de un adecuado control de la tensión arterial se alcanza dependiendo de factores tales como la gravedad de la hipertensión, la consistencia de los rangos de tensión arterial, la complejidad del régimen de tratamiento, la adherencia del paciente y la necesidad de asesoramiento no farmacológico (Williams et al., 2004). Varias fuentes recomiendan que una visita de seguimiento de 3 a 6 meses es suficiente cuando se han conseguido los objetivos de tensión arterial (CHEP, 2004; NIH, 2003; Williams et al., 2004). The recent CHEP (2005) proporciona una mayor claridad a las recomendaciones para el seguimiento (Anexo P).

Las recomendaciones CHEP 2004 respaldan ampliamente que el tratamiento farmacológico antihipertensivo una vez que se ha iniciado, debe continuarse con un seguimiento y ajustar la medicación a intervalos de un mes hasta que se consiga el objetivo de tensión arterial (véase la recomendación 1.5 sobre la tensión arterial objetivo). Además, es esencial que los individuos con hipertensión en etapa 2 (de acuerdo con el grado 2 de la clasificación de la OMS y el ISH) o con comorbilidades de enfermedades complicadas, como la insuficiencia cardíaca, reciban visitas de seguimiento más frecuentes (NIH, 2003). En la tabla 6 se muestra lo que debe incluir una visita de seguimiento.

Los puntos donde realizar el seguimiento de la tensión se encuentran en una amplia variedad de localizaciones en cada comunidad. Estos pueden ser farmacias, hospitales, unidades de salud pública, Centros de Atención Primaria, redes de salud familiar y comunitaria, centros de salud laboral y centros para la tercera edad. Algunos grupos de enfermeras de diferentes iglesias también realizan chequeos de tensión arterial a sus feligreses. Las enfermeras deben conocer los servicios disponibles en la comunidad y derivar a los pacientes a aquel que sea más adecuado.

Tabla 6: Seguimiento de la terapia farmacológica

a) Un seguimiento debe incluir:

1. Análisis sanguíneo (niveles de potasio y creatinina cada 6-12 meses) (NIH, 2003)
2. Medición de la tensión arterial y peso (SIGN, 2001)
3. Consulta sobre el estado de salud general, los efectos secundarios y si existen problemas con el tratamiento (SIGN, 2001)
4. Refuerzo o asesoramiento sobre medidas no farmacológicas de control de la tensión arterial (SIGN, 2001)
5. Análisis de orina anual de proteinuria (SIGN, 2001)

b) en caso de hipertensión en etapa 2 (de acuerdo con el grado 2 de la clasificación de la OMS y el ISH) o hipertensión complicada, los pacientes requieren más seguimiento (NIH, 2003)

➔ Punto para la práctica:

Factores a tener en cuenta cuando se consigue llegar a la tensión arterial objetivo (CHEP, 2005; SIGN, 2001):

- Dificultad para seguir el régimen de tratamiento (p.ej., complejidad, barreras socioeconómicas, factores psicosociales).
- Estilo de vida (p.ej. incapacidad para perder peso, consumo excesivo de alcohol).
- El tratamiento prescrito puede ser inefectivo.
- Hipertensión de la bata blanca.
- Uso de un tamaño inadecuado de manguito.
- Consumo de fármacos que hacen aumentar la tensión arterial (p.ej. AINE, simpaticomiméticos, remedios herbales).
- Sobrecarga de volumen (p.ej., ingesta elevada de sodio, insuficiencia renal, tratamiento diurético)

Manejo de la hipertensión en enfermería

inadecuado o ineficaz)

- Causa secundaria no sospechada (p.ej., alteraciones renales o endocrinas, apnea del sueño).

Registros

Recomendación 6.1

Las enfermeras registrarán y compartirán información exhaustiva en cuanto al manejo de la hipertensión con el paciente y el equipo de salud.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la evidencia

El registro en la historia de salud del paciente es un componente esencial de la práctica enfermera efectiva y segura. Todo dato debe documentarse en el momento de la valoración, revaloración o intervención y debe incluir la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería. Este registro respalda la continuidad del cuidado y la monitorización continuada del progreso del paciente en relación a los objetivos de su tratamiento.

La documentación que es clara, completa y precisa, constituye un registro del pensamiento crítico y el juicio en la práctica profesional de enfermería, y proporciona una contribución única de la enfermería a la atención sanitaria (CNO, 2004a). La documentación enfermera guía la práctica, provee de información para todos los miembros del equipo interdisciplinario en salud y ayuda en la continuidad del cuidado. Es también un componente esencial de mejora en los programas de calidad y de gestión del riesgo (Anderson, 2000). El intercambio de información sobre los cuidados de un paciente dentro del contexto del equipo de salud está directamente relacionado en los cuidados que proveen a ese paciente. Las enfermeras deben ser conscientes de qué información sobre la salud pueden compartir, con quién y bajo qué circunstancias (CNO, 2004e).

Recomendaciones para la formación

Recomendación 7.1

Las enfermeras que atienden a adultos con hipertensión deben tener unos adecuados conocimientos y habilidades adquiridas a través de la formación básica en enfermería, las oportunidades de desarrollar formación continuada y recibir orientación antes de ocupar lugares de trabajo nuevos. El conocimiento y las habilidades deben incluir, como mínimo:

- Fisiopatología de la hipertensión;
- Maximización de las oportunidades para su detección;
- Facilitadores del diagnóstico;
- Evaluación y monitorización de los pacientes con hipertensión;
- Proporcionar educación adecuada al paciente y su familia;
- Apoyar los cambios en el estilo de vida;
- Promover el empoderamiento del individuo; y
- Documentación y comunicación con el paciente y los demás miembros del equipo de salud.

Nivel de evidencia = IV

Las áreas de conocimiento y capacitación específicas incluyen lo siguiente:

- Anatomía y fisiología de la hipertensión y factores que influyen en ella;
- Principios y aplicación de la teoría de aprendizaje para adultos;
- Principios y aplicación de la teoría del cambio;
- Técnicas adecuadas para la valoración de la tensión arterial;
- Requisitos para el diagnóstico de hipertensión;
- Requisitos para la monitorización;
- Intervenciones relacionadas con la modificación del estilo de vida;
- Medicaciones prescritas para la hipertensión;
- Enfoques para promover la adherencia a las intervenciones recomendadas; y
- Estrategias de educación y comunicación (paciente y proveedor de atención primaria).

Discusión de la evidencia

Las personas con hipertensión necesitan una atención de seguimiento regular y apoyo por parte de los profesionales de la salud con conocimientos en hipertensión y su manejo. Con el fin de proporcionar el apoyo y la educación necesaria a las personas con hipertensión, las enfermeras que no sean especialistas en esta área requieren de unas habilidades básicas en estas áreas identificadas. La educación de los profesionales de la salud en materia de buenas prácticas debe dirigir su conocimiento, habilidad, juicio y actitudes necesarias para implantar las recomendaciones de la guía.

La medición precisa de la tensión arterial es fundamental para clasificar la hipertensión, los riesgos asociados a la tensión arterial, y para orientar el manejo de la hipertensión. Pickering et al. (2005) subrayan que la formación adecuada de profesionales de la salud es esencial para la correcta medición de la tensión arterial. Los estudiantes de enfermería, durante su preparación para el ingreso en la práctica, necesitan contar con las oportunidades adecuadas para desarrollar las habilidades para poder evaluar con exactitud la tensión arterial.

La Organización Mundial de la Salud (2003) enfatiza la importancia de la formación profesional relacionada con la adherencia de aquellos que trabajan con pacientes que requieren tratamientos de larga duración. Esta educación debe abordar los tres temas siguientes (WHO, 2003):

- A. Información sobre la adherencia terapéutica: Un resumen de los factores que se sabe que afectan a la adherencia, las intervenciones eficaces disponibles, la epidemiología y la economía de la adherencia y los mecanismos conductuales que dirigen la adherencia relacionada con el paciente.
- B. B. Herramientas conductuales para crear o mantener los hábitos: Este componente se debe enseñar utilizando el "role-play" y otras estrategias educativas para garantizar que los profesionales de la salud incorporan las herramientas conductuales para mejorar la adherencia en su práctica diaria.
- C. C. Clínico: Una forma útil de utilizar esta información y pensar respecto a la adherencia. Esto debe incluir instrumentos de evaluación y estrategias para promover el cambio. Cualquier intervención educativa debe proporcionar respuestas a las siguientes preguntas: ¿Cómo se debe entrevistar a los pacientes para valorar la adherencia? ¿Cómo se puede aprender de los factores locales y las intervenciones? ¿Cómo deberían ordenarse las prioridades y elegirse las mejores intervenciones disponibles? ¿Cómo debe seguirse y evaluarse el progreso de los pacientes?

Las enfermeras son responsables de asegurar que tienen el conocimiento, la habilidad y el juicio necesarios para prestar cuidados en materia de hipertensión seguros y efectivos (CNO, 2004c). Las organizaciones deben

Manejo de la hipertensión en enfermería

facilitar oportunidades para que las enfermeras desarrollen sus conocimientos y habilidades en esta área clínica. La formación continuada es esencial para sustentar y avanzar en la práctica clínica, así como un requisito para todas las enfermeras. El anexo Q proporciona una lista de recursos educativos para apoyar la formación profesional.

Recomendaciones para la organización y directrices

Recomendación 8.1

Las organizaciones sanitarias promoverán un modelo de práctica colaborativa dentro del equipo interdisciplinar para mejorar el cuidado en la hipertensión y promover el rol de las enfermeras en el manejo de la hipertensión.

Nivel de evidencia = IV

Recomendación 8.2

Las organizaciones sanitarias establecerán los sistemas de provisión de cuidados que permitan la formación en la gestión de la adherencia, así como los medios para evaluar la adherencia y aquellos factores que contribuyen a ella.

Nivel de evidencia = IV

Recomendación 8.3

Las organizaciones sanitarias desarrollarán indicadores clave y medidas de resultado que les permitirán monitorizar:

- la implantación de las guías;
- el impacto de estas guías en la optimización de la calidad de los cuidados; y
- eficiencias, o coste-efectividad conseguidas.

Nivel de evidencia = IV

Recomendación 8.4

La Guía de buenas prácticas en enfermería sólo puede implantarse con éxito cuando existe un buen respaldo en materia de planificación, recursos, apoyo institucional y administrativo, así como cuando se cuenta con los medios adecuados. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:

- Una evaluación de la disposición institucional y los obstáculos formativos.
- El compromiso de todos los miembros (ya desempeñen una función de apoyo directa o indirecta) que vayan a contribuir al proceso de implantación.
- Dedicación de una persona cualificada para proporcionar el apoyo necesario a los procesos de formación e implantación.
- Oportunidades actuales de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
- La oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la evidencia

Las organizaciones deben asegurarse de que todos los profesionales de la salud implicados en la prestación de cuidados en la hipertensión trabajen en un ambiente que les permita realizar su práctica clínica de acuerdo a las guías y que estos tengan acceso a las herramientas de valoración adecuadas. El compromiso de respaldar el rol de las enfermeras en el manejo de la hipertensión requiere un entorno de trabajo saludable. La implantación de la guía debe estar apoyada por:

- una masa crítica de enfermeras formadas y respaldadas en la implantación de la guía;
- los sistemas de prestación de cuidados y el personal adecuado que respalde la habilidad de las enfermeras para implantar estas guías; y
- un compromiso sostenido con la práctica basada en la evidencia en el cuidado de las personas con hipertensión.

Para que el trabajo en equipo sea efectivo, todos los miembros del equipo deben sentirse valorados dentro del equipo.

Los sistemas de salud y los profesionales necesitan desarrollar los medios de valoración precisa no sólo para la adherencia, sino para todos los factores que contribuyen a ella. Las enfermeras de práctica avanzada deben tener acceso a una formación específica en manejo de la adherencia, y los sistemas en los que trabajan deben diseñar y apoyar los sistemas de prestación de cuidados que respeten este objetivo (WHO, 2003).

Un paso crítico inicial de la implantación de la guías es la adopción formal de las guías. Las organizaciones deben considerar como incorporan formalmente las recomendaciones en su estructura de políticas y procedimientos (Graham, Harrison, Brouwers, Davies & Dunn, 2002). Un ejemplo de tal incorporación formal sería el establecimiento de una política y procedimiento en relación al mantenimiento y calibración regular de los monitores de tensión arterial en los lugares de práctica clínica. Este paso inicial abre el camino para la aceptación general y la integración de la guía en algunos sistemas tales como el proceso de gestión de la calidad.

El compromiso con el seguimiento del impacto de la implantación de la Guía de buenas prácticas: Manejo de la Hipertensión en Enfermería es un paso clave que no debe omitirse si va a haber una evaluación del impacto de los esfuerzos relacionados con la implantación. Se sugiere que cada recomendación que vaya a ser adoptada sea descrita en términos medibles y que el equipo de salud se involucre en la evaluación y el proceso de monitorización de la calidad. Más adelante, se proporciona un listado de estos indicadores para la evaluación.

Las nuevas iniciativas, tales como la implantación de una guía de buenas prácticas, requieren un fuerte liderazgo de las enfermeras que son capaces de transformar las recomendaciones basadas en la evidencia en herramientas útiles que ayudarán a dirigir la práctica. Para este propósito, la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestoras, ha desarrollado la Herramienta: Implantación de Guías de práctica clínica basadas en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Se recomienda el uso de la herramienta para guiar la implantación de la Guía de Buenas Prácticas: Manejo de la Hipertensión en Enfermería de la HSFO y la RNAO. En el anexo R se incluye una breve descripción de la herramienta.

Lagunas en la investigación e implicaciones futuras

El equipo de revisión, en la revisión de la evidencia correspondiente a esta guía, ha identificado varias brechas en la literatura científica en relación a las intervenciones de enfermería en el manejo de la hipertensión. Respecto a estas lagunas, identificaron las siguientes áreas de prioridad para la investigación:

- Coste efectividad de la prevención de la hipertensión
- Efectividad de las intervenciones preventivas en diferentes poblaciones (niños, adolescentes, adultos, familias, etc.)
- Impacto de los factores socioeconómicos en el desarrollo y control de la hipertensión
- Validación de una herramienta de valoración del ejercicio para ser utilizada por enfermeras
- Papel de la enfermera en el asesoramiento en relación a la actividad física
- Efectividad del empoderamiento de los pacientes tomando el control de su enfermedad
- Efectividad del apoyo social en los resultados del paciente
- Efectividad de la educación al paciente en los resultados
- Efectividad de las intervenciones en el estilo de vida de hombres frente a mujeres
- Efectividad de la ayuda en las decisiones sobre los resultados y la adherencia
- Evaluación del rol de la enfermera en la realización de cambios
- Efectividad de las intervenciones dirigidas por enfermeras para mejorar la adherencia
- Efectividad de las intervenciones en programas de manejo de la hipertensión dirigidas por enfermeras para mejorar la adherencia y control de la tensión arterial
- Efectividad de los equipos sobre la adherencia

Dicha lista, aunque no sea de forma completa, intenta identificar y priorizar las lagunas de la investigación en esta área. Algunas de las recomendaciones de esta guía se basan en la evidencia obtenida de la investigación cualitativa o cuantitativa, mientras que otras se basan en el consenso o la opinión de expertos. Es necesaria más investigación de fondo en algunas áreas para validar la opinión de los expertos y el conocimiento de impacto que llevará a mejorar la práctica y los resultados en las personas con hipertensión.

Evaluación y monitorización de la Guía

A las organizaciones que implantan las recomendaciones en esta Guía de buenas prácticas, se les recomienda que consideren cómo se evaluará y supervisará la implantación y el impacto que esta tenga. La siguiente tabla, basada en el marco que establece la RNAO en su Herramienta: Implantación de las Guías de práctica clínica (2002c), expone algunos indicadores para la supervisión y la evaluación de la guía Manejo de la Hipertensión para Enfermería.

Guía de buenas prácticas en enfermería

Nivel del indicador	Estructura	Proceso	Resultado
Objetivos	Evaluar los apoyos disponibles en la organización, que permiten a las enfermeras participar en el manejo de la hipertensión.	Evaluar los cambios en la práctica que conducen a una mejora del control de la tensión arterial.	Evaluar el impacto de la implantación de las recomendaciones.
Institución/ unidad	Revisión de las recomendaciones de la Guía a cargo de un comité/s organizativo responsable de las políticas y procedimientos.	Modificación de las políticas y procedimientos en relación con el manejo de la hipertensión.	Las políticas y los procedimientos registrados en relación al manejo de la hipertensión son coherentes con las recomendaciones de la guía.
	Disponibilidad y accesibilidad de los servicios de prevención y tratamiento de la hipertensión.	Acceso a los servicios de seguimiento incluyendo un número de visitas, facilidad de acceso (parking, localización) y cuidados culturalmente apropiados.	Tasas aumentadas de utilización de los servicios de seguimiento.
	Acceso a un monitor de TA apropiado y bien conservado y calibrado para el uso del personal y del paciente.	Se han establecido procedimientos para asegurar que el equipo utilizado para la monitorización de la TA cumple con los criterios aplicables para su validez, y está bien conservado y calibrado.	Todo el personal y los pacientes utilizan equipos bien conservado y calibrados.
Enfermera	Disponibilidad de oportunidades formativas para las enfermeras relacionadas con la detección, evaluación y desarrollo de un plan de tratamiento, manejo y monitorización continuada de la hipertensión.	Porcentaje de enfermeras que asisten a formaciones sobre manejo de la hipertensión.	Las enfermeras muestran una mayor capacidad para facilitar el cambio de comportamiento al paciente, abogar por el paciente e intervenir en el manejo de la tensión arterial.
	Se han establecido las estructuras de evaluación para monitorizar la eficacia de los programas formativos para las enfermeras	Las enfermeras autoevalúan su conocimiento sobre: <ul style="list-style-type: none"> ■ la técnica para valorar la tensión arterial; ■ las intervenciones sobre estilos de vida; ■ la valoración del apoyo social del paciente; ■ el régimen farmacológico; ■ la valoración económica de la cobertura de los fármacos; ■ el programa de seguimiento. 	Las evidencias registradas en la historia del paciente reflejan la valoración e intervención enfermera en relación al manejo de la hipertensión.
Paciente	Disponibilidad de oportunidades educativas para los pacientes relacionadas con el automanejo de la hipertensión.	Porcentaje de pacientes asistiendo y participando en las iniciativas formativas.	Los pacientes demuestran conocimientos en su enfermedad, el propósito de su medicación, los horarios de medicación adecuados, las modificaciones en el estilo de vida y la necesidad de un seguimiento regular. Los pacientes mejoran el control de la tensión arterial.
Costes económicos	Provisión de los recursos económicos y humanos que sean adecuados para la implantación de la guía.		Inversión óptima de los recursos en relación con el manejo de la hipertensión.

Manejo de la hipertensión en enfermería

El equipo de desarrollo de la guía identificó varios indicadores a nivel de sistema que afectan al manejo enfermero de la hipertensión. Estos son:

- Las empresas farmacéuticas manufacturan los fármacos y los envasan en formatos cómodos para facilitar la adherencia al tratamiento.
- Los modelos de prestación de cuidados capacitan y empoderan a los equipos multidisciplinares y a los pacientes.
- Las estructuras de pago no suponen una barrera para tratar las necesidades del paciente de forma holística.

Estrategias de implantación

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario y el equipo de desarrollo de la guía ha compilado una lista de estrategias de implantación para ayudar a las organizaciones sanitarias o a las disciplinas de la salud que estén interesadas en implantar esta guía. A continuación se recoge un resumen de las estrategias en cuestión:

- Tener al menos una persona a dedicación exclusiva, como una enfermera o una enfermera clínica, que proporcione apoyo, experiencia clínica y liderazgo. Dicha persona también debe tener una buena capacidad de comunicación interpersonal y de gestión de proyectos.
- Llevar a cabo una evaluación de las necesidades de la organización relacionadas con el manejo de la hipertensión para identificar la base de conocimientos actuales y las necesidades formativas.
- La valoración inicial precisa de análisis, encuestas y cuestionarios, modelos grupales (p.ej. grupo focales) e incidentes críticos.
- Establecer un comité directivo integrado por las principales partes implicadas en el proyecto y aquellos miembros comprometidos con liderar la iniciativa. Identificar los objetivos a corto y largo plazo. Tener un plan de trabajo para realizar un seguimiento de las actividades, las responsabilidades y los plazos.
- Crear una visión que apoyen el esfuerzo del cambio y el desarrollo de estrategias para lograr y mantener la visión.
- El diseño del programa debe incluir:
 - La población diana;
 - Metas y objetivos;
 - Medidas de resultado;
 - Recursos necesarios (recursos humanos, instalaciones, equipo); y
 - Actividades evaluativas.
- Proporcione sesiones formativas y apoyo continuado para la implantación. Las sesiones formativas pueden consistir en presentaciones en power point, guía del facilitador, folletos y estudios de caso. Se pueden utilizar como recordatorios de la formación carpetas, pósters y tarjetas de bolsillo. Las sesiones del plan de formación que son interactivas, que incluyen resolución de problemas, aclaran de forma inmediata las dudas y ofrecen oportunidades para practicar nuevas competencias (Davies & Edwards, 2004).
- Proporcione apoyo organizativo como por ejemplo con las estructuras existentes que faciliten la implantación. Por ejemplo, tener personas sustitutas para que los participantes no se distraigan con las preocupaciones del trabajo y tener una filosofía dentro de la institución que refleje el valor de las buenas prácticas a través de directrices y procedimientos. Desarrollar nuevas herramientas para la valoración y la documentación (Davies & Edwards, 2004).
- Identificar y respaldar a los “campeones” en buenas prácticas designados en cada unidad para

promover y apoyar la implantación. Celebrar los hitos y logros, reconociendo el trabajo bien hecho (Davies & Edwards, 2004).

- Las instituciones que implantan esta guía deben adoptar una serie de medidas de autoaprendizaje, aprendizaje en grupo, tutelaje y estrategias de refuerzo que se mantendrán en el tiempo, y construir el conocimiento y la confianza de las enfermeras en la implantación de esta guía.
- Más allá de la capacitación de las enfermeras, se precisa de infraestructura para implantar la guía, hecho que incluye el acceso a un equipo especializado y a material para el tratamiento. Más allá de la capacitación de las enfermeras, se precisa de infraestructura para implantar la guía, hecho que incluye el acceso a un equipo especializado y a material para el tratamiento. Debe proporcionarse orientación en el uso de determinados productos y tecnologías al personal, así como planificar periódicamente formación de refuerzo.
- Tanto el trabajo en equipo, como la valoración colaborativa y la planificación del tratamiento con el paciente y la familia y el equipo interdisciplinar son beneficiosos a la hora de implantar las guías con éxito. Cuando sea necesario se debe recomendar la derivación a los servicios o recursos comunitarios o dentro de la propia organización.

Aparte de los consejos mencionados anteriormente, la RNAO ha publicado recursos de implantación que se encuentran disponibles en su página web. Si se utiliza adecuadamente, la Herramienta para la implantación de las Guías puede resultar de gran utilidad. En el anexo R se incluye una breve descripción de la herramienta. La versión íntegra del documento (en formato PDF) también está disponible en el sitio web de la RNAO, www.rnao.org/bestpractices.

Proceso de actualización y revisión de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario propone actualizar esta Guía de la siguiente manera:

1. Un equipo de especialistas (el Equipo de revisión) revisará la Guía de buenas prácticas en enfermería cada tres años a partir de la fecha de la última serie de revisiones.
2. Durante el periodo de tres años transcurrido entre el desarrollo y la revisión, el personal involucrado en el programa de las Guías de buenas prácticas en enfermería de la RNAO hará un seguimiento de las nuevas revisiones sistemáticas y los ensayos clínicos aleatorios (ECA's) publicados en este ámbito. Además, el personal involucrado en el programa de las Guías de buenas prácticas en enfermería de la RNAO revisará las actualizaciones del Programa canadiense para la educación en hipertensión en busca de nueva evidencia que pueda impactar en las recomendaciones de esta guía. Cualquier actualización que se precise, será proporcionada en forma de suplementos en la página web de la RNAO o de la HSFO.

Manejo de la hipertensión en enfermería

3. Basándose en los resultados del seguimiento, el personal del programa podrá recomendar que se adelante la revisión. Es preciso consultar a un equipo compuesto por miembros originales del equipo de desarrollo y otros especialistas en la materia; así se facilita la decisión sobre la necesidad de realizar la revisión de la Guía antes del plazo de tres años.
4. Tres meses antes de que se vaya a llevar a cabo la revisión de los tres años, el personal del programa empezará a planificar el proceso de revisión de la siguiente manera:
 - a) Invitando a especialistas en la materia a que formen parte del Equipo de revisión. El Equipo de revisión estará compuesto por miembros del equipo original de desarrollo y por otros especialistas recomendados.
 - b) Recopilando las opiniones recibidas, las dudas planteadas durante la fase de divulgación, así como otros comentarios y experiencias de los centros donde se ha implantado.
 - c) Recopilando nuevas guías de práctica clínica del mismo campo, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones técnicas e investigación de ensayos clínicos controlados y aleatorios así como otra literatura relevante.
 - d) Elaborando un plan de trabajo detallado con los plazos y los resultados esperados.

La publicación de la Guía revisada se llevará a cabo de acuerdo con las estructuras y procedimientos establecidos.

Referencias

- Micromedex Healthcare Series 2005 (2005). Retrieved [Electronic Version] from <http://www.library.ucsf.edu/db/micromedex.html?printfriendly=1&>.
- UpToDate (2005). Retrieved [Electronic Version] from www.uptodate.com.
- Arizona Department of Health Services (2005). *Basic tobacco intervention skills: Medical and allied healthcare professionals instructor guidebook*. Tobacco Education & Prevention Program, Basic Tobacco Intervention Skills Instructor Certification Manual, State of Arizona.
- AGREE Collaboration (2001). Appraisal of guidelines for research and evaluation. Retrieved [Electronic Version] from <http://www.agreecollaboration.org>.
- Alderson, P., Green, S. & Higgins, J. (Eds) 2004. Cochrane Reviewers' Handbook 4.2.2. (updated Dec 2003). Retrieved [Electronic Version] from <http://cochrane.org/resources/handbook>.
- American Nurses Association (1995). Tobacco use, prevention, cessation, and exposure to second-hand smoke. Retrieved [Electronic Version] from <http://nursingworld.org/readroom/position/social/sctbco.htm>.
- Anderson, E. (2000). Issues surrounding record keeping in district nursing practice. *British Journal of Community Nursing*, 5(7), 352-356.
- Appel, L., Moore, T., & Obarzanek, E. (1997). A clinical trial of the effects of dietary patterns of blood pressure. *New England Journal of Medicine*, 336(16), 1117-1124.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barker, E. (2001). What's your patient's stroke risk? *Nursing*, 31(4), htn1-htn5.
- Beckett, L. & Godwin, M. (2005). The BpTRU automatic blood pressure monitor compared to 24 hour ambulatory blood pressure monitoring in the assessment of blood pressure in patients with hypertension. *BMC Cardiovascular Disorders*, 5(18), 1-19.
- Beevers, G., Lip, G., & O'Brien, E. (2001). ABC of hypertension. The pathophysiology of hypertension. *British Medical Journal*, 322(7293), 1043-1047.
- Bengtston, A. & Drevenhorn, E. (2003). The nurse's role and skills in hypertensive care: A review. *Clinical Nurse Specialist*, 17(5), 260-268.
- Berger, B. A. (2004a). Assessing and interviewing patients for meaningful behavioral change. Part 1. *The Case Manager*, 15(5), 46-50.
- Berger, B. A. (2004b). Assessing and interviewing patients for meaningful behavioral change. Part 2. *The Case Manager*, 15(6), 58-62.
- Betz, N. & Hackett, G. (1998). Manual for the occupational self-efficacy scale. Retrieved [Electronic Version] from <http://seamonkey.ed.asu.edu/~gail/occse1.htm>.
- Birkenhager, W. & DeLeeuw, P. (1992). Determining hypertensive end-organ damage in trials: A review of current methodologies and techniques. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 19(Suppl 5), S43-S50.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236-248.
- Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Gullette, E. C., Babyak, M., Waugh, R., Georgiades, A. et al. (2000). Exercise and weight loss reduce blood pressure in men and women with mild hypertension: Effects on cardiovascular, metabolic, and hemodynamic functioning. *Archives of Internal Medicine*, 160(13), 1947-1958.
- Boggan, B. (2003). Alcohol, chemistry and you: Ethanol and the cardiovascular system. *General Chemistry Case Studies*, Retrieved [Electronic Version] from <http://chemcases.com/alcohol/alc-10.htm>.
- Botelho, R. J. & Skinner, H. (1995). Motivating change in health behavior. Implications for health promotion and disease prevention. *Primary Care*, 22(4), 565-589.

Manejo de la hipertensión en enfermería

- Bronner, L., Kanter, D., & Manson, J. (1995). Primary prevention of stroke. *New England Journal of Medicine*, 333(23), 1392-1400.
- Bunker, J., Colquhoun, D., Esler, M., Hickie, I., Hunt, D., Jelinek, V. et al. (2003). "Stress" and coronary heart disease: Psychosocial risk factors. *Medical Journal of Australia*, 178(6), 272-276.
- Canadian Hypertension Society (2004). The 2004 CHEP recommendations for the management of hypertension. *Canadian Hypertension Education Program*. Retrieved [Electronic Version] from <http://www.hypertension.ca/index2.html>.
- Canadian Medical Association (1999). Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. *Canadian Medical Association Journal*, 160(9 Suppl), S1-S50.
- Canadian Nurses Association (2001). Position statement: Reducing the use of tobacco products. Retrieved [Electronic Version] from <http://www.cna-nurses.ca/cna/>.
- Canadian Nurses Association (2004). *Nursing and the promotion of physical activity*. Prepared by the Alder Group. Ottawa: Canadian Nurses Association
- Canadian Pharmacists Association (2005). *Compendium of pharmaceuticals and specialities (CPS) 2005*. Ottawa: Canadian Pharmacists Association.
- Canadian Council on Smoking and Health (2003). *Guide your patients to a smoke free future: A program of the Canadian Council on Smoking and Health*. Ottawa: Canadian Council on Smoking and Health.
- Centre for Addiction and Mental Health (2004). Low-risk drinking guidelines. Retrieved [Electronic Version] from <http://www.apolnet.org/irdg/>.
- Chan, A., Pristach, E., Welte, J., & Russell, M. (1993). Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcoholism: Experimental and Clinical Research*, 17(6), 1188-1192.
- College of Nurses of Ontario (2004a). Practice standard: Documentation. Retrieved [Electronic Version] from http://www.cno.org/docs/prac/41001_documentation.pdf.
- College of Nurses of Ontario (2004b). Practice standard: Therapeutic nurse-client relationship. Retrieved [Electronic Version] from http://www.cno.org/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf.
- College of Nurses of Ontario (2004c). Practice standard: Ethics. Retrieved [Electronic Version] from http://www.cno.org/docs/prac/41034_Ethics.pdf.
- College of Nurses of Ontario (2004d). Practice guideline: Telephone practice. Retrieved [Electronic Version] from http://www.cno.org/docs/prac/41041_telephone.pdf.
- College of Nurses of Ontario (2004e). Practice standard: Confidentiality and privacy – Personal health information. Retrieved [Electronic Version] from www.cno.org/docs/prac/41069_privacy.pdf.
- Conlin, P. R. (1999). The dietary approaches to stop hypertension (DASH) clinical trial: Implications for lifestyle modifications in the treatment of hypertensive patients. *Cardiology in Review*, 7(5), 284-288.
- Cooper, A. R., Moore, L. A. R., McKenna, J., & Riddoch, C. J. (2000). What is the magnitude of blood pressure response to a programme of moderate intensity exercise? Randomised controlled trial among sedentary adults with unmedicated hypertension. *British Journal of General Practice*, 50(461), 958-962.
- Coults, D. (1991). The physician's role in smoking cessation. *Clinics in Chest Medicine*, 12(4), 755-768.
- Cushman, W. C. (2001). Alcohol consumption and hypertension. *Journal of Clinical Hypertension*, 3(3), 166-170.
- Cuspidi, C., Lonati, L., Sampieri, L., Michev, I., Macca, G., Fusi, V. et al. (2000). "To better know hypertension": Educational meetings for hypertensive patients. *Blood Pressure*, 9(5), 255-259.
- Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21-23.
- Douketis, J., Lemieux, S., Paquette, M., & Mongue, L. (2005). Body weight classification – Three authors respond. *Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1274.
- Douketis, J., Paradis, G., Keller, H., & Martineau, C. (2005). Canadian guidelines for bodyweight classification in adults: Application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk. *Canadian Medical Association Journal*, 172(8), 995-998.
- Estruch, R., Sacanella, E., De la Sierra, A., Aguilera, M., Antunez, E., Nicolas, J. et al. (2003). Effects of alcohol withdrawal on 24 hour ambulatory blood pressure among alcohol-dependent patients. *Alcoholism: Experimental and Clinical Research*,

27(12), 2202-2208.

European Society of Hypertension (2003). European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Retrieved [Electronic Version] from http://www.hyp.ac.uk/bhs/pdfs/EHS_2003_guidelines.pdf.

Ewing, J. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252(14), 1905-1907.

Fahey, T., Schroeder, K., & Ebrahim, S. (2003). Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. (Cochrane Review). In *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2*.

Faxon, D., Fuster, B., Libby, P., Beckman, J., Hiatt, W., Thompson, R. et al. (2004). Atherosclerotic vascular disease conference: Writing Group III: Pathology. *Circulation*, 109(21), 2617-2625.

Feldman, R., Campbell, N., Larochelle, P., Bolli, P., Burgess, E., Carruthers, S. et al. (1999). 1999 Canadian recommendations for the management of hypertension. *Canadian Medical Association Journal*, 161(12 Suppl), S1-S22.

Ferdinand, K. (2000). Substance abuse and hypertension. *Journal of Clinical Hypertension*, 2(1), 37-40.

Fichtenberg, C. & Glantz, S. (2002). Effects of smoke-free workplaces on smoking behaviour: Systematic review. *British Medical Journal*, 325(7357), 188.

Field, M. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press.

Fiore, M., Bailey, W., Cohen, S., Dorfman, S., Goldstein, M., Gritz, E. et al. (1996). *Smoking cessation (Vol 18)*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.

Fiore, M., Bailey, W., Cohen, S., Dorfman, S., Goldstein, M., Gritz, E. et al. (2000). *Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.

Fonseca-Reyes, S., Garcia de Alba-Garcia, J., Parra-Carrillo, J., & Paczka-Zapata, J. (2003). Effect of standard cuff on blood pressure readings in patients with obese arms. How frequent are arms of a "large circumference"? *Blood Pressure Monitoring*, 8(3), 101-106.

Garcia-Pena, C., Thorogood, M., Armstrong, B., Reyes-Frausto, S., & Munoz, O. (2001). Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico. *International Journal of Epidemiology*, 30(6), 1485-1491.

Graham, I., Harrison, M., Brouwers, M., Davies, B., & Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Gynecology, Obstetric and Neonatal Nursing*, 31(5), 599-611.

Graves, J., Bailey, K., & Sheps, S. (2003). The changing distribution of arm circumferences in NHANES III and NHANES 2000 and its impact on the utility of the "standard adult" blood pressure cuff. *Blood Pressure Monitoring*, 8(6), 223-227.

Guerra-Riccio, G. M., Artigas Giorgi, D. M., Consolin-Colombo, F. M., Soares Barreto-Filho, J. A., Ferreira, L. H., & Moacyr Krieger, E. (2004). Frequent nurse visits decrease white coat effect in stage III hypertension. *American Journal of Hypertension*, 17(6), 523-528.

Haggerty, J. (1994). Early detection and counselling of problem drinking. In *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care* (pp. 488-498). Ottawa: Canadian Task Force of the Periodic Health Examination. Health Canada.

Hamlin, B. & Brown, T. (1999). Comparing weight reduction and medications in treating mild hypertension: A systematic literature review. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 3(2).

Haynes R., McDonald H., & Garg A. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: Clinical applications. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2880-2883.

Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X., & Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2*.

Health Canada (2005). Canadian guidelines for body weight classification in adults. Retrieved [Electronic Version] from http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/index_e.html.

Health Canada and The Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control (2000). National high blood pressure prevention and control strategy: Summary report of the expert working group. Retrieved [Electronic Version] from <http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cvd-mcv/publications/pdf/strate.pdf>.

Heart and Stroke Foundation of Canada (2001). *Healthy habits, healthy weight*. Toronto: Heart and Stroke Foundation

Manejo de la hipertensión en enfermería

of Canada.

Heart and Stroke Foundation of Ontario (2004). *Getting active for life. Your guide to an active lifestyle*. Toronto: Heart and Stroke Foundation of Ontario.

Heart and Stroke Foundation of Ontario (2005a). Risk factors – Blood pressure. Retrieved [Electronic Version] from www.heartandstroke.ca.

Heart and Stroke Foundation of Ontario (2005b). *Guide for selecting and using home blood pressure monitors*. Toronto: Heart and Stroke Foundation of Ontario.

Hemmelgarn, B., Zarnke, K., Campbell, N., Feldman, R., McKay, D., McAlister, F. et al. (2004). The 2004 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part I – Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. *Canadian Journal of Cardiology*, 20(1), 31-40.

Hemmelgarn, B., McAlister, F., Myers, M., McKay, D., Bolli, P., Abbott, C. et al. (2005). The 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part I – Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. *Canadian Journal of Cardiology*, 21(8), 645-656.

Hooper, L., Bartlett, C., Davey, S. G., & Ebrahim, S. (2004). Advice to reduce dietary salt for prevention of cardiovascular disease (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.

Horne, R. (1999). Patients' beliefs about treatment: The hidden determinant of treatment outcome? *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 491-495.

Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.

Institute of Clinical Systems Improvement (2004). Health care guideline: Hypertension diagnosis and treatment. *ICSI*, Retrieved [Electronic Version] from www.icsi.org.

International Diabetes Federation (2005). The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Retrieved [Electronic Version] from www.idf.org.

Jee, S., He, J., Whelton, P., Suh, I., & Klag, M. (1999). The effect of chronic coffee drinking on blood pressure: Meta-analysis of controlled clinical trials. *Hypertension*, 33(2), 647-652.

Joffres, M., Hamet, P., MacLean, D., L'italien, G., & Fodor, G. (2001). Distribution of blood pressure and hypertension in Canada and the United States. *American Journal of Hypertension*, 14(11, Part 1), 1099-1105.

Johnson, M. J., Williams, M., & Marshall, E. S. (1999). Adherent and nonadherent medication-taking in elderly hypertensive patients. *Clinical Nursing Research*, 8(4), 318-335.

Johnson, M. J. (2002). The medication-taking questionnaire for measuring patterned behavior adherence. *Communicating Nursing Research*, 35, 65-70.

Keevil, J., Stein, J., & McBride, P. (2002). Cardiovascular disease prevention. *Primary Care*, 29(3), 667-696.

Ketola, E., Sipila, R., & Makela, M. (2000). Effectiveness of individual lifestyle interventions in reducing cardiovascular disease and risk factors. *Annals of Medicine*, 32(4), 239-251.

Khan, N., McAlister, F., Campbell, N., Feldman, R., Rabkin, S., Mahon, J. et al. (2004). The 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part II – Therapy. *Canadian Journal of Cardiology*, 20(1), 41-54.

Khan, N., McAlister, F., Lewanczuk, R., Touyz, R., Padwal, R., Rabkim, S. et al. (2005). The 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part II – Therapy. *Canadian Journal of Cardiology*, 21(8), 657-672.

Lacy, C., Armstrong, L., Goldman, M., & Lance, L. (2005). *Lexi-Comp's Drug Information Handbook: With International Index 2004-2005*. (11th ed.) Hudson, Ohio: Lexi-Comp, Inc.

Lamb, R. & Bradford, M. (2002). Controlling hypertension to reduce the risk of stroke. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 17(4), 186-191.

Lane, J., Pieper, C., Phillips-Bute, B., Bryant, J., & Kuhn, C. (2002). Caffeine affects cardiovascular and neuroendocrine activation at work and home. *Psychosomatic Medicine*, 64(4), 595-603.

Law, M. & Tang, J. (1995). An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archives of Internal Medicine*, 155(18), 1933-1941.

- Lewis, C. (2002). Checking up on blood pressure monitors. Retrieved [Electronic Version] from http://www.fda.gov/fdac/features/2002/502_hbp.html.
- Lewis, J., Boyle, E., Magharious, L., & Myers, M. (2002). Evaluation of a community-based automated blood pressure measuring device. *Canadian Medical Association Journal*, 166(9), 1145-1148.
- Lip, G. Y. H. & Beevers, D. G. (1995). Alcohol, hypertension, coronary disease and stroke. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 22(3), 189-194.
- MacKenzie, D., Langa, A., & Brown, T. (1996). Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: A comparison of AUDIT, CAGE and brief MAST. *Alcohol and Alcoholism*, 31(6), 591-599.
- Matitila, R., Malmivaara, A., Kastarinen, M., Kievla, S., & Nissinen, S. (2003). Effectiveness of multidisciplinary lifestyle intervention for hypertension: A randomised controlled trial. *Journal of Human Hypertension*, 17(3), 199-205.
- McDonald, H., Garg, A., & Haynes, R. B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. Scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2868-2879.
- Miller, L. & Dell-Smith, A. (1985). *Berkeley Wellness Letter – Scale Developers*. University of California.
- Miller, L. & Kazal, L. (1998). Herbal medications, nutraceuticals and hypertension. In L. Miller & W. Murray (Eds.), *Herbal medicinals: A clinician's guide*. New York: Pharmaceutical Products Press.
- Miller, L. & Murray, W. (1998). *Herbal medicinals: A clinician's guide*. New York: Pharmaceutical Products Press.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Moore, T., Vollmer, W., Appel, L., Sacks, F., Sveykey, L., Bogt, T. et al. (1999). Effect of dietary patterns on ambulatory blood pressure: Results from the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Trial. *Hypertension*, 34(3), 472-477.
- Moore, T., Conlin, P., Ard, J., & Sveykey, L. (2001). The DASH diet is effective treatment for stage 1 isolated systolic hypertension. *Hypertension*, 38(2), 155-158.
- Moyers, T. (2000). New perspectives of motivation and change. In D. B. Cooper (Ed.), *Alcohol Use*. (pp. 151-160). Abingdon, UK: Radcliff Medical Press.
- Myers, M. & Valdivieso, M. (2003). Use of an automated blood pressure recording device, the BpTRU, to reduce the "white coat effect" in routine practice. *American Journal of Hypertension*, 16(6), 494-497.
- National Health and Medical Research Council (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. *National Health and Medical Research Council*, Retrieved [Electronic Version] from <http://www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/cp30.pdf>.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). Management of hypertension in adults in primary care. Retrieved [Electronic Version] from <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=217968>.
- National Institutes of Health (1997). Joint National Committee on Prevention, Detection, and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Archives of Internal Medicine*, 157(21), 2413-2446.
- National Institutes of Health (2003). Facts about the DASH eating plan. Retrieved [Electronic Version] from http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new_dash.pdf.
- National Institutes of Health (2003). The seventh report of the Joint National Committee: Prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. JNC 7. *National Institutes of Health*. Retrieved [Electronic Version] from <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf>.
- Neter, J., Stam, B., Kok, F., Grobbee, D., & Geleijnse, J. (2003). Influence of weight reduction on blood pressure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, 42(5), 878-884.
- New, J. P., Mason, J. M., Freemantle, N., Teasdale, S., Wong, L. M., Bruce, N. J. et al. (2003). Specialist nurse-led intervention to treat and control hypertension and hyperlipidemia in diabetes (SPLINT): A randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 26(8), 2250-2255.
- NHS Health Development Agency (2002). Manual for the Fast Alcohol Screening Test (FAST). Fast screening for alcohol problems. Retrieved [Electronic Version] from www.hda-online.org.uk.
- O'Brien, E., Pickering, T., Asmar, R., Myers, M., Parati, G., Staessen, J. et al. (1993). The British Hypertension Society protocol

Manejo de la hipertensión en enfermería

for the evaluation of blood pressure measuring devices. *Journal of Hypertension*, 11(Suppl 2), S43-S62.

O'Brien, E., Pickering, T., Asmar, R., Myers, M., Parati, G., Staessen, J. et al. (2002). Working Group on Blood Pressure Monitoring of the European Society of Hypertension International Protocol for validation of blood pressure measuring devices in adults. *Blood Pressure Monitoring*, 7(1), 3-17.

Ogedegbe, G., Harrison, M., Robbins, L., Mancuso, C. A., & Allegrante, J. P. (2004a). Barriers and facilitators of medication adherence in hypertensive African Americans: A qualitative study. *Ethnicity & Disease*, 14(1), 3-12.

Ogedegbe, G., Mancuso, C. A., & Allegrante, J. P. (2004b). Expectations of blood pressure management in hypertensive African-American patients: A qualitative study. *Journal of the National Medical Association*, 96(4), 442-449.

Ontario Medical Association (1999). Rethinking stop smoking medications: Myths and facts. *Online*. Retrieved [Electronic Version] from <http://www.oma.org/>.

Oparil, S. & Weber, M. (2000). *Hypertension: A companion to Brenner and Rector's The Kidney*. (1 ed.) Philadelphia: Saunders.

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.

Pickering, T., Hall, J., Appel, L., Falkener, B., Graves, J., Hill, M. et al. (2005). Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals part 1: Blood pressure measurement in humans (AHA Scientific Statement). *Hypertension*, 45(1), 142-161.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.

Prochaska, J. & Velicer, W. (1997). The Transtheoretical Model of health behaviour change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.

Prochaska, J., Velicer, W., Rossi, J., Goldstein, M., Marcus, B., Rakowski, W. et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.

Registered Nurses' Association of Ontario (2002a). *Client centred care*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (2002b). Smoking cessation policy statement. Retrieved [Electronic Version] from www.rnao.org.

Registered Nurses' Association of Ontario (2002c). *Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (2003). *Integrating smoking cessation into daily nursing practice*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Rice, V. H. & Stead, L. F. (2005). Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1.

Rollnick, S. & Miller, W. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.

Roter, D. L., Hall, J. A., Merisca, R., Nordstrom, B., Cretin, D., & Svarstad, B. (1998). Effectiveness of interventions to improve patient compliance. A meta-analysis. *Medical Care*, 36(8), 1138-1161.

Schroeder, K., Fahey, T., & Ebrahim, S. (2004). Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. (Cochrane Review) *The Cochrane Library of Systematic Reviews*, Issue 3.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2001). Hypertension in older people: A national clinical guideline. *SIGN*. Retrieved [Electronic Version] from www.sign.au.uk.

Seltzer, M., Vinokur, A., & VanRooijen, L. (1975). A self-administered Short Michigan Alcohol Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36(1), 117-126.

Selzer, M. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127(12), 1653-1658.

Seppa, K. & Sillanaukee, P. (1999). Binge drinking and ambulatory blood pressure. *Hypertension*, 33(1), 79-82.

Sheridan, S., Pignone, M., & Donahue, K. (2003). Screening for high blood pressure: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *American Journal of Preventative Medicine*, 25(2), 151-158.

Silagy, C., Mant, D., Fowler, G., & Lodge, M. (1994). Meta-analysis of efficacy of nicotine replacement therapies in smoking

cessation. *Lancet*, 343(8890), 139-142.

Smith, D., Heckemeyer, C., Kratt, P., & Mason, D. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioural weight control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care*, 20(1), 52-54.

Sokol, R., Martier, S., & Ager, J. (1989). The T-ACE questions: Practice prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160(4), 863-870.

Steptoe, A., Doherty, S., Rink, E., Kerry, S., Kendrick, T., & Hilton, S. (1999). Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: Randomised trial. *British Medical Journal*, 319(7215), 943-947.

Svetkey, L., Simons-Morton, D., Proschan, M., Sacks, F., Conlin, P., Harsha, D. et al. (2004). Effect of the Dietary Approaches to Stop Hypertension diet and reduced sodium intake on blood pressure control. *Journal of Clinical Hypertension*, 6(7), 381-382.

Takiya, L. N., Peterson, A. M., & Finley, R. S. (2004). Meta-analysis of interventions for medication adherence to antihypertensives. *Annals of Pharmacotherapy*, 38(10), 1617-1624.

Touyz, R., Campbell, N., Logan, A., Gledhill, N., Petrella, R., & Canadian Hypertension Education Program (2004). The 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part III – Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, 20(1), 55-59.

Tremblay, M., Shephard, R., McKenzie, T., & Gledhill, N. (2001). Physical activity assessment options within the context of the Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 26(4), 388-407.

UCLA Centre for Human Nutrition (2004). Prochaska and DiClemente's stages of change model. Retrieved [Electronic Version] from http://www.cellinteractive.com/ucla/physician_ed/stages_change.html.

University of Toronto Department of Family and Community Medicine (2000). *Smoking cessation guidelines: How to treat your patient's tobacco addiction*. Toronto: Pegasus Healthcare International Publication.

Vasan, R., Beiser, A., & Seshadri, S. (2002). Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. *Journal of the American Medical Association*, 287(8), 1003-1010.

Verdecchis, P., Staessen, J., White, W., Imai, Y., & O'Brien, E. (2002). Properly defining white coat hypertension. *European Heart Journal*, 23(2), 106-109.

Veterans Health Administration, Department of Defense (1999). VHA/DOD clinical practice guideline for diagnosis and management of hypertension in the primary care setting. Retrieved [Electronic Version] from <http://www1.va.gov/health/hypertension/HTN.doc>.

Vollmer, W., Sacks, F., Ard, J., Appel, L., Bray, G., Simons-Morton, D. et al. (2001). Effects of diet and sodium intake on blood pressure: Subgroup analysis of the DASH-sodium trial. *Annals of Internal Medicine*, 135(12), 1019-1028.

Williams, B., Poulter, N., Brown, M., Davis, M., McInnes, G., Potter, J. et al. (2004). Guidelines for management of hypertension: Report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004 – BHS IV. *Journal of Human Hypertension*, 18(3), 139-185.

Woods, S., Motzer, S., & Bridges, E. (2005). *Cardiac Nursing*. (5th edition ed.) Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

World Health Organization (1999). 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 17(3), 151-183.

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization.

Bibliografía

- Adewale Oke, D. & Olarenwaju Bandele, E. (2004). Misconceptions of hypertension. *Journal of the National Medical Association*, 96(9), 1221-1224.
- Aminoff, U. B. & Kjellgren, K. I. (2001). The nurse – a resource in hypertension care. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 582-589.
- Ammerman, A. S., Lindquist, C. H., Lohr, K. N., & Hersey, J. (2002). The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: A review of the evidence. *Prevention Magazine*, 35(1), 25-41.
- Applegate, B. W., Ames, S. C., Mehan, D. J. Jr., McKnight, G. T., Jones, G. N., & Brantley, P. J. (2000). Maximizing medication adherence in low-income hypertensives: A pilot study. *Journal of the Louisiana State Medical Society*, 152(7), 349-356.
- Artinian, N. T., Washington, O. G. M., & Templin, T. N. (2001). Effects of home telemonitoring and community-based monitoring on blood pressure control in urban African Americans: A pilot study. *Heart & Lung: Journal of Acute & Critical Care*, 30(3), 191-199.
- Asayama, K., Ohkubo, T., Kikuya, M., Metoki, H., Hoshi, H., Hashimoto, J. et al. (2004). Prediction of stroke by self-measurement of blood pressure at home versus casual screening blood pressure measurement in relation to the Joint National Committee 7 classification. *Stroke*, 35(10), 2356-2361.
- Ascherio, A. (1992). A prospective study of nutritional factors and hypertension among US men. *Circulation*, 86(5), 1475-1484.
- Ashida, T., Yokoyama, S., Ebihara, A., Sugiyama, T., & Fujii, J. (2001). Profiles of patients who control the doses of their antihypertensive drugs by self-monitoring of home blood pressure. *Hypertension Research*, 24(3), 203-207.
- Assaf, A. R., Coccio, E., Gans, K., & Lasater, T. M. (2002). Community-based approaches with implications for hypertension control in blacks. *Ethnicity & Disease*, 12(1), S1-27-33.
- Bakris, G. & Weir, M. (2003). Achieving goal blood pressure in patients with type 2 diabetes: Conventional versus fixed-dose combination approaches. *The Journal of Clinical Hypertension*, 5(3), 202-209.
- Barofsky, I. (1978). Compliance, adherence and the therapeutic alliance: Steps in the development of self-care. *Social Science & Medicine*, 12(5A), 369-376.
- Batey, D. M., Kaufmann, P. G., Raczynski, J. M., Hollis, J. F., Murphy, J. K., Rosner, B. et al. (2000). Stress management intervention for primary prevention of hypertension: Detailed results from Phase I of Trials Of Hypertension Prevention (TOHP-I). *Annals of Epidemiology*, 10(1), 45-58.
- Baxendale-Cox, L. M. (2000). An overview of essential hypertension in Americans as a multifactorial phenomenon: Interaction of biologic and environmental factors. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15(2), 43-49.
- Birtwhistle, R. V., Godwin, M. S., Delva, M. D., Casson, R. I., Lam, M., MacDonald, S. E. et al. (2004). Randomised equivalence trial comparing three and six months of follow up of patients with hypertension by family practitioners. *British Medical Journal*, 328(7433), 204-206.
- Bizien, M. D., Jue, S. G., Panning, C., Cusack, B., & Peterson, T. (2004). Blood pressure control and factors predicting control in a treatment-compliant male veteran population. *Pharmacotherapy*, 24(2), 179-187.
- Bobrie, G., Genes, N., Vaur, L., Clerson, P., Vaisse, B., Mallion, J.-M. et al. (2001). Is "isolated home" hypertension as opposed to "isolated office" hypertension a sign of greater cardiovascular risk? *Archives of Internal Medicine*, 161(18), 2205-2211.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model, Part 2. *Journal of the American Medical Association*, 288(15), 1909-1914.
- Bovet, P., Burnier, M., Madeleine, G., Waeber, B., & Paccaud, F. (2002). Monitoring one-year compliance to antihypertension medication in the Seychelles. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(1), 33-39.
- Boza, R. A., Milanes, F., Slater, V., Garrigo, L., & Rivera, C. E. (1987). Patient noncompliance and overcompliance. Behavior patterns underlying a patient's failure to 'follow doctor's orders'. *Postgraduate Medicine*, 81(4), 163-170.
- Brondolo, E., Rosen, R. C., Kostis, J. B., & Schwartz, J. E. (1999). Relationship of physical symptoms and mood to perceived and actual blood pressure in hypertensive men: A repeated-measures design. *Psychosomatic Medicine*, 61(3), 311-318.
- Brown, M. A., Buddle, M. L., & Martin, A. (2001). Is resistant hypertension really resistant? *American Journal of Hypertension*,

14(12), 1263-1269.

Canadian Hypertension Recommendations Working Group (2001). The 2001 Canadian Hypertension Recommendations: What's new and what's old and still important. *Online*, Retrieved [Electronic Version] from http://www.hypertension.ca/Documentation/Recomm_2001_va.pdf.

Canadian Stroke Network (2005). Two-part blood pressure control suggest new approach to hypertension therapy. Retrieved [Electronic Version] from www.canadianstrokenetwork.ca/news/articles.php?id=667.

Cappuccio, F. P. (2004). Brief lifestyle interventions for hypertension: Opportunity to provide useful information has been missed. *British Medical Journal*, 329(7457), 111.

Cappuccio, F. P., Kerry, S. M., Forbes, L., & Donald, A. (2004). Blood pressure control by home monitoring: Meta-analysis of randomised trials. *British Medical Journal*, 329(7458), 145.

Capriotti, T. (1999). Nursing pharmacology. New recommendations: Intensify control of patient blood pressure. *MEDSURG Nursing*, 8(3), 207-213.

Carroll, D., Smith, G. D., Shipley, M. J., Steptoe, A., Brunner, E. J., & Marmot, M. G. (2001). Blood pressure reactions to acute psychological stress and future blood pressure status: A 10-year follow-up of men in the Whitehall II study. *Psychosomatic Medicine*, 63(5), 737-743.

Cienki, J., DeLuca, L., & Daniel, N. (2004). The validity of emergency department triage blood pressure measurements. *Academic Emergency Medicine*, 11(3), 237-243.

Clark, M. J., Curran, C., & Noji, A. (2000). The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. *Public Health Nursing*, 17(6), 452-459.

Clement, D., DeBacquer, D., Duprez, D., Gheeraert, P., Six, R., & O'Brien, E. (2003). Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension. *New England Journal of Medicine*, 348(24), 2407-2415.

Clinical Resource Efficiency Support Team (1996). Blood pressure control programme for Northern Ireland. Retrieved [Electronic Version] from <http://www.crestni.org.uk/>.

Coll, D. T., Sanmartin, A. M., Vargas, V. S., Tremols, I. S., Zafra, M. S., & Barcelo, R. A. (2004). Does blood pressure change in treated hypertensive patients depending on whether it is measured by a physician or a nurse? *Blood Pressure*, 13(3), 164-168.

Cook, C. L. & Perri, M. 3. (2004). Single-item vs multiple-item measures of stage of change in compliance with prescribed medications. *Psychological Reports*, 94(1), 115-124.

Crowley, S., Gurley, S., Oliverio, M., Pazmino, K., Griffiths, R., Flannery, P. et al. (2005). Distinct roles for the kidney and systemic tissues in blood pressure regulation by the renin-angiotensin system. *The Journal of Clinical Investigation*, 115(4), 1092-1099.

Dal Palu, C. & Zamboni, S. (1990). Clinical trials for the reduction of coronary artery disease: A critical review. *Journal of Hypertension*, 8(Suppl 1), S17-S23.

Degli, E. E., Sturani, A., Di Martino, M., Falasca, P., Novi, M. V., Baio, G. et al. (2002). Long-term persistence with antihypertensive drugs in new patients. *Journal of Human Hypertension*, 16(6), 439-444.

Degli, E. L., Degli, E. E., Valpiani, G., Martino, M., Saragoni, S., & Buda, S. et al. (2002). A retrospective, population-based analysis of persistence with antihypertensive drug therapy in primary care practice in Italy. *Clinical Therapeutics*, 24(8), 1347-1357.

Devroey, D., De Swaef, N., Coigniez, P., Vandevoorde, J., Kartounian, J., & Betz, W. (2003). Results from a cardiovascular prevention campaign in persons aged 45-64 years. *International Journal of Clinical Practice*, 57(5), 430-434.

Diamantopoulos, E. J., Andreadis, E. A., Vassilopoulos, C. V., Giannakopoulos, N. S., Papadopoulou, P., & Tsourous, G. I. (2003). Adherence to an intensive antihypertensive follow-up programme. *Journal of Human Hypertension*, 17(6), 437-439.

Drevenhorn, E., Hakansson, A., & Petersson, K. (2001). Counseling hypertensive patients: An observational study of 21 public health nurses. *Clinical Nursing Research*, 10(4), 369-386.

Eagle, K. A., Kline-Rogers, E., Goodman, S. G., Gurfinkel, E. P., Avezum, A., Flather, M. D. et al. (2004). Adherence to evidence-based therapies after discharge for acute coronary syndromes: An ongoing prospective, observational study. *American Journal of Medicine*, 117(2), 73-81.

Edmonds, D., Foerster, E., Groth, H., Greminger, P., Siegenthaler, W., & Vetter, W. (1985). Does self-measurement of blood

Manejo de la hipertensión en enfermería

- pressure improve patient compliance in hypertension? *Journal of Hypertension*, 3(Suppl. 1), 31-34.
- Enlund, H., Jokisalo, E., Wallenius, S., & Korhonen, M. (2001). Patient-perceived problems, compliance, and the outcome of hypertension treatment. *Pharmacy World & Science*, 23(2), 60-64.
- Fleischmann, E. H., Friedrich, A., Danzer, E., Gallert, K., Walter, H., & Schmieder, R. E. (2004). Intensive training of patients with hypertension is effective in modifying lifestyle risk factors. *Journal of Human Hypertension*, 18(2), 127-131.
- Halfmann, P., Keller, C., & Allison, M. (1997). Pragmatic assessment of physical activity. *Nurse Practitioner Forum*, 8(4), 160-165.
- Hamilton, W., Round, A., Goodchild, R., & Baker, C. (2003). Do community based self-reading sphygmomanometers improve detection of hypertension? A feasibility study. *Journal of Public Health Medicine*, 25(2), 125-130.
- He, F. J. & MacGregor, G. A. (2003). How far should salt intake be reduced? *Hypertension*, 42(6), 1093-1099.
- Health Canada (2003). Supporting self-care: The contribution of nurses and physicians. *Health Care Network*. Retrieved [Electronic Version] from www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/selfcare/ch1en.htm.
- Himmelmann, A., Kjeldsen, S., & Hedner, T. (2003). Recent hypertension guidelines: JNC-7 and 2003 ESH/ESC. Editorial. *Blood Pressure*, 12(4), 196-197.
- Hurley, M. L. (2003). The latest hypertension guidelines. *RN*, 66(8), 43-45.
- Jokisalo, E., Kumpusalo, E., Enlund, H., & Takala, J. (2001). Patients' perceived problems with hypertension and attitudes towards medical treatment. *Journal of Human Hypertension*, 15(11), 755-761.
- Kaempf, G., O'Donnell, C., & Oslin, D. (1999). The BRENDA model: A psychosocial addiction model to identify and treat alcohol disorders in elders. *Geriatric Nursing*, 20(6), 302-304.
- Kim, M. T., Han, H. R., Hill, M. N., Rose, L., & Roary, M. (2003). Depression, substance use, adherence behaviors, and blood pressure in urban hypertensive black men. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 24-31.
- Klatsky, A. (1996). Alcohol and hypertension. In S. Oparil & M. Weber (Eds.), *Hypertension: A companion to Brenner and Rector's The Kidney*. New York: W.B. Saunders Company.
- Kudzma, E. C. (2001). Cultural competence: Cardiovascular medications. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 16(4), 152-160.
- Little, P., Kelly, J., Barnett, J., Dorward, M., Margetts, B., & Warm, D. (2004). Randomised controlled factorial trial of dietary advice for patients with a single high blood pressure reading in primary care. *British Medical Journal*, 328(7447), 1054.
- Little, P., Kelly, J., Barnett, J., Dorward, M., Margetts, B., & Warm, D. (2004). Brief lifestyle interventions for hypertension: Authors' reply. *British Medical Journal*, 329(7457), 111.
- Llisterri, J., Gill, V., Rodriguez, G., Orozco, D., Garcia, A., & Merino, J. (2003). Interest of home blood pressure measurements (HBPM) to establish degree of hypertension control. *Blood Pressure*, 12(4), 220-224.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W., Bandura, A., Ritter, P. et al. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization. A randomized trial. *Medical Care*, 37(1), 5-14.
- Malouff, J. M. & Schutte, N. S. (2004). Strategies for increasing client completion of treatment assignments. *The Behavior Therapist*, 27(6), 118-121.

- Mar, J. & Rodriguez-Artalejo, F. (2001). Which is more important for the efficacy of hypertension treatment: Hypertension stage, type of drug or therapeutic compliance? *Journal of Hypertension*, 19(1), 149-155.
- Marshall, A., Smith, B., Bauman, A., & Kaur, S. (2005). Reliability and validity of a brief physical activity assessment for use by family doctors. *British Journal of Sports Medicine*, 39(5), 294-297.
- Marshall, T. (2004). When measurements are misleading: Modelling the effects of blood pressure misclassification in the English population. *British Medical Journal*, 328(7445), 933.
- McAlister, F. & Padwal, R. (2001). Implementation of guidelines for diagnosing and treating hypertension. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 361-369.
- McCraty, R., Atkinson, M., & Tomasino, D. (2003). Impact of a workplace stress reduction program on blood pressure and emotional health in hypertensive employees. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 9(3), 355-369.
- McPherson, C. P., Swenson, K. K., Pine, D. A., & Leimer, L. (2002). A nurse-based pilot program to reduce cardiovascular risk factors in a primary care setting. *American Journal of Managed Care*, 8(6), 543-555.
- Mendelsohn, M. (2005). In hypertension, the kidney is not always the heart of the matter. *The Journal of Clinical Investigation*, 115(4), 840-843.
- Natarajan, S. & Nietert, P. J. (2003). National trends in screening, prevalence, and treatment of cardiovascular risk factors. *Prevention Medicine*, 36(4), 389-397.
- Nilsson, P. M., Klasson, E. B., & Nyberg, P. (2001). Life-style intervention at the worksite – reduction of cardiovascular risk factors in a randomized study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(1), 57-62.
- Niskanen, L., Laaksonen, D., Nyyssonen, K., Punnonen, K., Valkonen, V., Fuentes, R. et al. (2004). Inflammation, abdominal obesity and smoking as predictors of hypertension. *Hypertension*, 44, 859-865.
- Nuesch, R., Schroeder, K., Dieterle, T., Martina, B., & Battegay, E. (2001). Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: A prospective case-control study. *British Medical Journal*, 323(7305), 142-146.
- O'Connor, A., Rostom, A., Fiset, V., Tetroe, J., Entwistle, V., Llewellyn-Thomas, H. et al. (1999). Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: Systematic review. *British Medical Journal*, 319(7212), 731-734.
- Ogedegbe, G., Mancuso, C. A., Allegrante, J. P., & Charlson, M. E. (2003). Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(6), 520-529.
- Oke, D. A. & Bandele, E. O. (2004). Misconceptions of hypertension. *Journal of the National Medical Association*, 96(9), 1221-1224.
- Oldridge, N. B. & Jones, N. L. (1983). Improving patient compliance in cardiac exercise rehabilitation: Effects of written agreement and self-monitoring. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 3(4), 257-262.
- Omvik, P. (1996). How smoking affects blood pressure. *Blood Pressure*, 5(2), 71-77.
- Patel, R. P. & Taylor, S. D. (2002). Factors affecting medication adherence in hypertensive patients. *Annals of Pharmacotherapy*, 36(1), 40-45.
- Patrick, K., Sallis, J., Long, B., Calfas, K., Wooten, W., Heath, G. et al. (1994). A new tool for encouraging activity: Project PACE. *The Physician and Sportsmedicine*, 22(11), 45-55.
- Paul, S. & Sneed, N. V. (2004). Strategies for behavior change in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 13(4), 305-313.
- Peters, R. M. (2000). Using NOC outcome of risk control in prevention, early detection, and control of hypertension...nursing outcomes classification system. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 4(1), 39-45.
- Port, K., Palm, K., & Viigimaa, M. (2003). Self-reported compliance of patients receiving antihypertensive treatment: Use of a telemonitoring home care system. *Journal of Telemedicine & Telecare*, 9(Suppl 1), S65-S66.
- Primates, P., Falaschette, E., Gupta, S., Marmot, M., & Poulter, N. (2001). Association between smoking and blood pressure: Evidence from the health survey for England. *Hypertension*, 37(2), 187-193.
- Prochaska, J., Velicer, W., DiClemente, C., & Fava, J. (1988). Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 520-528.

Manejo de la hipertensión en enfermería

- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification*. (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- Project Cork (2004). MAST: Michigan Alcoholism Screening Test. Retrieved [Electronic Version] from www.projectcork.org/clinical_tools/html/MAST.html.
- Psaty, B. M., Smith, N. L., Siscovick, D. S., Koepsell, T. D., Weiss, N. S., Heckbert, S. R. et al. (1997). Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 277(9), 739-745.
- Raphael, D. & Farrell, E. (2002). Beyond medicine and lifestyle: Addressing the societal determinants of cardiovascular disease in North America. *Leadership in Health Science*, 15(4), i-v.
- Raphael, D. (2003). Bridging the gap between knowledge and action on the societal determinants of cardiovascular disease: How one Canadian community effort hit – and hurdled – the lifestyle wall. *Health Education*, 103(3), 177-189.
- Reid, C. M., Maher, T., Jennings, G. L., & Heart Project Steering Committee (2000). Substituting lifestyle management for pharmacological control of blood pressure: A pilot study in Australian general practice. *Blood Pressure*, 9(5), 267-274.
- Richardson, R., McDonagh, M., Bradley, M., & Shirley, A. (2000). Hypertension: Catch them when they're older. *Nursing Times*, 96(7), 42-43.
- Rickerby, J. & Woodward, J. (2003). Patients' experiences and opinions of home blood pressure measurement. *Journal of Human Hypertension*, 17(7), 495-503.
- Roca, B., Nadal, E., Rovira, R. E., Valls, S., Lapuebla, C., & Lloria, N. (2003). Usefulness of a hypertension education program. *Southern Medical Journal*, 96(11), 1133-1137.
- Rose, L. E., Kim, M. T., Dennison, C. R., & Hill, M. N. (2000). The context of adherence for African Americans with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 587-594.
- Rudd, P., Houston, M. N., Kaufman, J., Kraemar, H. C., Bandura, A., & Greenwald, G. et al. (2004). Nurse management for hypertension: A systems approach. *American Journal of Hypertension*, 17(10), 921-927.
- Rutledge, T. & Hogan, B. E. (2002). A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 758-766.
- Saounatsou, M., Patsi, O., Fasoi, G., Stylianou, M., Kavga, A., & Economou, O. et al. (2001). The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. *Public Health Nursing*, 18(6), 436-442.
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., de la Fuente, J., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Schoberberger, R., Janda, M., Pescosta, W., & Sonneck, G. (2002). The compliance praxis survey (compass): A multidimensional instrument to monitor compliance for patients on antihypertensive medication. *Journal of Human Hypertension*, 16(11), 779-787.
- Scholte op Reimer, W. J. M., Jansen, C. H., De Swart, E. A. M., Boersma, E., Simoons, M. L., & Deckers, J. W. (2002). Contribution of nursing to risk factor management as perceived by patients with established coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(2), 87-94.
- Shellman, J. (2000). Promoting elder wellness through a community-based blood pressure clinic. *Public Health Nursing*, 17(4), 257-263.
- Skinner, C. S., Campbell, M. K., Rimer, B. K., Curry, S., & Prochaska, J. O. (1999). How effective is tailored print communication? *Annals of Behavioral Medicine*, 21(4), 290-298.
- Sloss, E. M., Solomon, D. H., Shekelle, P. G., Young, R. T., Saliba, D., MacLean, C. et al. (2000). Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(4), 363-369.
- Staessen, J., Thijs, L., Fagard, R., O'Brien, E., Clement, D., DeLeeuw, P. et al. (1999). Predicting cardiovascular risk using conventional vs ambulatory blood pressure in older patients with systolic hypertension. *Journal of the American Medical Association*, 282(6), 539-546.
- Staessen, J., Wang, J., Bianchi, G., & Birkenhager, W. (2003). Essential hypertension. *Lancet*, 361(9369), 1629-1641.

Anexo A: Estrategia de búsqueda de la evidencia existente

La estrategia de búsqueda utilizada para elaborar esta guía se basó en dos áreas principales. La primera fue la identificación de las guías de práctica clínica de manejo de hipertensión publicadas y la segunda fue identificar revisiones sistemáticas y estudios primarios publicados en el área desde 1995 hasta 2004.

PASO 1 – Búsqueda en bases de datos

Se realizó una búsqueda de las guías existentes dirigida por una biblioteca universitaria de ciencias de la salud. La búsqueda inicial se realizó en noviembre de 2004 en las bases de datos MEDLINE, Embase y CINAHL para artículos y guías desde enero de 1995 hasta diciembre de 2004. Esta búsqueda se estructuró para dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo pueden las enfermeras detectar los síntomas de la hipertensión de una forma precisa en la población adulta?
- ¿Qué intervenciones de tratamiento efectivas pueden realizar las enfermeras en la práctica para que descienda la tensión arterial?

La estrategia de búsqueda desarrollada para dar respuesta a estas preguntas puede consultarse en la página web de la RNAO en www.rnao.org/bestpractices

PASO 2 – Búsquedas estructuradas en Internet

Una persona realizó una búsqueda de contenidos de páginas web relacionadas con el ámbito de estudio en septiembre de 2004. Dicha lista de páginas web, revisada y actualizada en mayo de 2004, se elaboró a partir de los conocimientos adquiridos sobre sitios web de práctica basada en la evidencia, los equipos o instituciones conocidos por los responsables del desarrollo de las guías y las recomendaciones de la literatura. En relación con cada sitio buscado, se anotó la presencia o ausencia de guías, así como la fecha de la búsqueda. En algunas ocasiones, los sitios web no albergaban la guía, pero remitían a otro sitio web o a la fuente donde podía consultarse. Las guías se descargaron cuando existían versiones íntegras o se pidieron por teléfono o correo electrónico.

- Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrq.gov>
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research – Health Technology Assessment: <http://www.ahfmr.ab.ca/hta>
- Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines: <http://www.albertadoctors.org>
- American College of Chest Physicians: <http://www.chestnet.org/guidelines>
- American Medical Association: <http://www.ama-assn.org>
- Bandolier Journal: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier>
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: <http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoquides/index.html>
- British Medical Journal – Clinical Evidence: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp>
- Canadian Centre for Health Evidence: <http://www.cche.net/che/home.asp>
- Canadian Cochrane Network and Centre: <http://cochrane.mcmaster.ca>
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: <http://www.ccohta.ca>

Manejo de la hipertensión en enfermería

- Canadian Institute of Health Information: <http://www.cihi.ca>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care: <http://www.ctfphc.org>
- Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov>
- Centre for Evidence-Based Mental Health: <http://cebmh.com>
- Centre for Evidence-Based Nursing: <http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm>
- Centre for Evidence-Based Pharmacotherapy: <http://www.aston.ac.uk/lhs/teaching/pharmacy/cebp>
- Centre for Health Evidence: <http://www.cche.net/che/home.asp>
- Centre for Health Services and Policy Research: <http://www.chspr.ubc.ca>
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST): <http://www.crestni.org.uk>
- CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
- Cochrane Database of Systematic Reviews: <http://www.update-software.com/cochrane>
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE): <http://www.york.ac.uk/inst/crd/darehp.htm>
- Evidence-based On-Call: <http://www.eboncall.org>
- Guidelines Advisory Committee: <http://gacguidelines.ca>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences: <http://www.ices.on.ca>
- Institute for Clinical Systems Improvement: <http://www.icsi.org/index.asp>
- Institute of Child Health: <http://www.ich.ucl.ac.uk/ich>
- Joanna Briggs Institute: <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Medic8.com: <http://www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm>
- Medscape Women's Health: <http://www.medscape.com/womenshealthhome>
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness: <http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce/evidence>
- National Guideline Clearinghouse: <http://www.guidelines.gov>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE): <http://www.nice.org.uk>
- National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment Test (HSTAT): <http://hstat.nlm.nih.gov/hq/Hquest/screen/HquestHome/s/64139>
- Netting the Evidence: A SCHARR Introduction to Evidence-Based Practice on the Internet: <http://www.shef.ac.uk/scharr/ir/netting>
- New Zealand Guidelines Group: <http://www.nzgg.org.nz>
- NHS Centre for Reviews and Dissemination: <http://www.york.ac.uk/inst/crd>
- NHS Nursing & Midwifery Practice Dev. Unit: <http://www.nmpdu.org>
- NHS R & D Health Technology Assessment Programme: <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/htapubs.htm>
- NIH Consensus Development Program: <http://consensus.nih.gov/about/about.htm>
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database: <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>
- Queen's University at Kingston: <http://post.queensu.ca/~bhc/gim/cpgs.html>
- Royal College of General Practitioners: <http://www.rcgp.org.uk>
- Royal College of Nursing: <http://www.rcn.org.uk/index.php>
- Royal College of Physicians: <http://www.rcplondon.ac.uk>
- Sarah Cole Hirsh Institute – Online Journal of Issues in Nursing: <http://fpb.cwru.edu/HirshInstitute>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: <http://www.sign.ac.uk>

- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada Clinical Practice Guidelines: http://www.sogc.medical.org/sogcnet/index_e.shtml
- SUMSearch: <http://sumsearch.uthscsa.edu>
- The Qualitative Report: <http://www.nova.edu/ssss/OR>
- Trent Research Information Access Gateway: <http://www.shef.ac.uk/scharr/triage/TRIAGEindex.htm>
- TRIP Database: <http://www.tripdatabase.com>
- U.S. Preventive Service Task Force: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
- University of California, San Francisco: <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>
- University of Laval – Directory of Clinical Information Websites: <http://132.203.128.28/medecine>

PASO 3 – Motores de búsqueda web

Además, se realizó una búsqueda de guías de práctica existentes en sitios web relacionadas con la diabetes a través del motor de búsqueda “Google”, utilizando los términos clave de búsqueda para ello. Una persona la realizó, encargándose de anotar los resultados que recuperaba la búsqueda de términos, así como los sitios web consultados, la fecha y el resumen de las conclusiones. Los resultados de la búsqueda fueron criticados por una segunda persona que identificaba guías y literatura científica no recuperada anteriormente.

PASO 4 – Búsqueda manual y contribución del equipo

Se instó a los miembros del grupo a que revisaran sus archivos personales en busca de guías que no hubiesen sido encontradas con anterioridad.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA:

La estrategia de búsqueda señalada anteriormente reveló un total de 708 resúmenes relacionados con la hipertensión. Dichos resúmenes fueron cribados por una ayudante de investigación con el fin de identificar duplicados y valorar los criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron los resúmenes resultantes en una lista abreviada para la recuperación del artículo, la valoración de la calidad y el resumen de los datos.

Además, se identificaron 12 guías de práctica clínica que cumplían con los criterios buscados (véase la página 17) que fueron valoradas críticamente utilizando el instrumento AGREE (AGREE Collaboration, 2001).

Canadian Hypertension Society (2004)

- Hemmelgarn, B., Zarnke, K., Campbell, N., Feldman, R., McKay, D., McAlister, F. et al. (2004). The 2004 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part I – Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. *Canadian Journal of Cardiology*, 20(1), 31-40.
- Khan, N., McAlister, F., Campbell, N., Feldman, R., Rabkin, S., Mahon, J. et. al. (2004). The 2004 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part II – Therapy. *Canadian Journal of Cardiology*, 20(1), 41-54.
- Touyz, R., Campbell, N., Logan, A., Gledhill, N., Petrella, R., Padwal, R. et al (2004). The 2004 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part III – Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, 20(1), 55-9.

Canadian Medical Association (CMA, 1999):

- Feldman, R., Campbell, N., Larochelle, P., Bolli, P., Burgess, E., Carruthers, S. et al. (1999). 1999 Canadian recommendations

Manejo de la hipertensión en enfermería

for the management of hypertension. *Canadian Medical Association Journal*, 161(12 Suppl), S1-S22.

- Canadian Medical Association (1999). Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. *Canadian Medical Association Journal*, 160(9 Suppl), S1-S50.

European Society of Hypertension (2003). European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Retrieved [Electronic Version] from: www.hyp.ac.uk/bhs/pdfs/EHS_2003_guidelines.pdf

Health Canada and the Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control (2000). National high blood pressure prevention and control strategy: Summary report of the expert working group. Retrieved [Electronic Version] from: www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cvd-mcv/publications/pdf/strate.pdf

Institute of Clinical Systems Improvement (2004). Health care guideline: Hypertension diagnosis and treatment. Retrieved [Electronic Version] from: www.icsi.org

National Institute for Clinical Excellence (2004). Management of hypertension in adults in primary care. Retrieved [Electronic Version] from: www.nice.org.uk/page.aspx?o=217968

National Institutes of Health (2003). The seventh report of the Joint National Committee: Prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. JNC 7. Retrieved [Electronic Version] from: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2001). Hypertension in older people: A national clinical guideline. Retrieved [Electronic Version] from: www.sign.uk

Veterans Health Administration, Department of Defence (1999). VHA/DOD clinical practice guideline for diagnosis and management of hypertension in the primary care setting. Retrieved [Electronic Version] from: www1.va.gov/health/hypertension/HTN.doc

Williams, B., Poulter, N., Brown, M., Davis, M., McNnes, G., Potter, J. et al. (2004). Guidelines for management of hypertension: Report of the fourth working party of the British Hypertension Society. *Journal of Human Hypertension*, 18(3), 139-185.

World Health Organization (2003). 2003 World Health Organization/International Society of Hypertension statement on the management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21(11), 1983-1992.

Después del proceso de revisión con AGREE, se publicó en 2005 el Programa Canadiense de Educación para la Hipertensión, la guía CHEP de enero de 2005 concretamente, que consecuentemente fue incorporada al proceso de desarrollo de la Guía:

- Canadian Hypertension Society (2005). The 2005 Canadian Hypertension Education Program Recommendations. Retrieved [Electronic Version] from: www.hypertension.ca/recommend_body2.asp
- Hemmelgarn, B., McAlister, F., Myers, M., McKay, D., Bolli, P., Abbott, C. et al. (2005). The 2005 Canadian Hypertension Education Program for the management of hypertension: Part I – Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. *Canadian Journal of Cardiology*, 21(8), 645-656.
- Khan, N., McAlister, F., Lewanczuk, R., Touyz, R., Padwal, R., Rabkin, S., et al. (2005). The 2005 Canadian Hypertension Education Program for the management of hypertension: Part II – Therapy *Canadian Journal of Cardiology*, 21(8), 657-672.

Anexo B: Glosario de términos clínicos

Antagonistas beta-adrenérgicos: tipo de medicación que enlentece el ritmo cardiaco y disminuye la tensión arterial. Estos fármacos se utilizan para prevenir el angor pectoris, reducir el riesgo de un segundo infarto cardiaco y para tratar la insuficiencia cardiaca congestiva. También se conocen como beta-bloqueantes o β -bloqueantes.

Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II): tipo de medicación que ayuda a relajar los vasos sanguíneos y reduce la tensión arterial bloqueando la acción de la angiotensina II.

Auto-eficacia: Creencia individual de que una persona es capaz de hacer frente a un problema específico. Una auto-eficacia baja evita el cambio de conducta, mientras que una auto-eficacia elevada fomenta el cambio (Betz & Hackett, 1998).

Bloqueadores del canal del calcio: tipo de medicación que evita que el calcio entre en las células musculares del corazón y vasos sanguíneos. Ello relaja los músculos de la pared de los vasos sanguíneos y reduce la tensión arterial. Algunos de estos fármacos también disminuyen la frecuencia cardiaca. También se denominan antagonistas del calcio.

Calibración: Procedimiento realizado para asegurar que las mediciones de la presión arterial empiezan de cero en los monitores de tensión sanguínea aneroide o electrónicos. Si la marca de inicio está por encima o por debajo del cero, el resultado final no será preciso (Lewis, 2002).

Dieta DASH: Un plan de alimentación que evolucionó a partir de un estudio de investigación llamado Enfoques Alimentarios para Detener la Hipertensión (DASH, por sus siglas en inglés). El estudio encontró que una dieta rica en frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasa (al mismo tiempo siendo baja en grasa total, grasa saturada, y el colesterol) causó una reducción significativa de la tensión arterial.

Diuréticos: Tipo de fármaco que ayuda a que el cuerpo elimine el exceso de sodio y agua. Con la pérdida del exceso de sodio y agua disminuye el volumen de líquido corporal y la tensión arterial.

Entrevista motivacional: La entrevista motivacional es un instrumento enfocado y centrado en el consejo para la consecución de los objetivos con el paciente con el fin de obtener el cambio en el estilo de vida ayudando a los pacientes a explorar y resolver la ambivalencia (Miller & Rollnick, 1991; Rollnick & Miller, 1995).

Esfingomanómetro: Instrumento de medición de la tensión arterial que consiste en un manómetro y un manguito de goma que se envuelve alrededor de la parte superior del brazo y se infla para contraer las arterias.

Aneroide significa que “no hay líquido”, y en el contexto de un esfingomanómetro, el término aneroide implica que hay un mecanismo de resorte con una línea numerada para medir la presión del manguito. **El manómetro de mercurio** es aquel que utiliza una columna de mercurio para medir la tensión del manguito.

El dispositivo electrónico (manómetro digital) es un monitor de tensión arterial que para medir la tensión utiliza un dispositivo electrónico que detecta el movimiento (oscilación) en la pared arterial en cada latido cardiaco.

Manejo de la hipertensión en enfermería

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): Tipo de medicación que reduce la tensión arterial evitando la producción de angiotensina II mediante el bloqueo de la acción de la enzima convertidora de angiotensina.

Protocolos de validación: Los aparatos automáticos que cumplen con los estándares de la AAMI (por sus siglas en inglés), la BHS (por sus siglas en inglés) o el Protocolo Internacional se consideran validados (Pickering et al., 2005):

Asociación para el avance de la instrumentación médica (AAMI, 2002). El protocolo de la Asociación para el avance de la instrumentación médica (AAMI, por sus siglas en inglés) es un protocolo de validación formal que se utiliza para los dispositivos automáticos proporcionando una lectura de la tensión sistólica y diastólica. Requiere que el aparato sea testado en confrontación con dos personas especialmente entrenadas realizando mediciones en 85 sujetos.

Protocolo de la Sociedad Británica de Hipertensión (BHS, por sus siglas en inglés, 1993). El protocolo BHS es un protocolo de validación formal que se utiliza para los dispositivos automáticos proporcionando una lectura de la tensión sistólica y diastólica. Requiere que el aparato sea testado en confrontación con dos personas especialmente entrenadas realizando mediciones en 85 sujetos.

Protocolo Internacional. El protocolo internacional (ESH, 2002) es un protocolo de validación formal desarrollado por un grupo de expertos del Grupo de Trabajo para la Monitorización de la Tensión Arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión. Dicho protocolo se diseñó para reemplazar a los de la BHS y la AAMI, siendo más fácil de ejecutar. Requiere una comparación de las lecturas del aparato (cuatro en total) alternadas con cinco lecturas realizadas por dos personas expertas en un dispositivo de mercurio. Véase el anexo Q para una mayor información sobre estos protocolos de validación.

Simpaticomiméticos: Tipo de fármacos cuyas propiedades son similares a aquellas que estimulan el sistema nervioso simpático. Como tales, incrementan el gasto cardiaco, dilatan los bronquiolos, y normalmente producen una constricción de los vasos sanguíneos.

Síndrome metabólico: Combinación de factores de riesgo de enfermedad cardiaca que incluye niveles elevados de azúcar en sangre (intolerancia a la glucosa), tensión arterial elevada, triglicéridos elevados, niveles bajos de lipoproteína de alta densidad (colesterol HDL) y obesidad abdominal.

Sonidos Korotkoff: En la toma de tensión el flujo sanguíneo se detiene durante el inflado del manguito y el sonido arterial se silencia. Cuando la sangre comienza a brotar a través de la arteria comprimida (con la liberación de la presión), el flujo turbulento se hace audible. Las vibraciones en las paredes arteriales se llaman sonidos Korotkoff. Los sonidos se dividen en 5 fases basadas en la calidad y volumen de los sonidos:

- Fase 1** aparición de un sonido alto y abrupto, como si fuese un chasquido. Se hacen más fuertes conforme el manguito se va deshinchando.
- Fase 2** se escucha una sucesión de sonidos como soplos. Los sonidos pueden desaparecer en esta fase si el manguito se desinfla demasiado lentamente.
- Fase 3** el sonido se hace más fuerte, siendo de una calidad similar a la fase 1.
- Fase 4** se produce un apagamiento abrupto del sonido que es remplazado por un sonido ahogado.
- Fase 5** los sonidos desaparecen. Esta fase se encuentra ausente en algunas personas.

Anexo C: Costes de medicación y programas

Los costes de la prescripción de fármacos suponen una barrera significativa para algunas personas que no tienen cobertura de medicamentos a través del Programa de Ayudas a los Fármacos de Ontario (por su nombre en inglés, “Ontario Drug Benefits Program”) o del “third party drug plans”. El costo puede ser un factor decisivo cuando se desarrolla un plan de tratamiento antihipertensivo. El siguiente resumen proporciona detalles acerca de los costos asociados con las clases más comunes de fármacos antihipertensivos, y proporciona información sobre los programas disponibles para ayudar a los pacientes con los costos de los medicamentos recetados.

Los fármacos antihipertensivos dentro de una misma clase de medicamentos tienen un rango variado de precios al por menor. Algunos fármacos tienen un precio fijo por dosis, mientras que otros tienen precios adicionales por dosis. La información detallada sobre los precios puede encontrarse en el Formulario de ayudas para fármacos de Ontario/ Índice comparativo de medicamentos. A continuación se muestra un formulario:

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/drugs/odbf_mn.html

En la siguiente tabla se encuentra un ejemplo de costo de un fármaco dentro de cada clase de medicación prescrita para la hipertensión:

CLASE	NOMBRE DEL FÁRMACO	COSTE/DÍA
Tiazidas Diuréticos	Hidroclorotiazida 25 mg	\$0.006 por día
Beta-bloqueantes	Atenolol 50 mg	\$0.35 por día
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	Ramipril 10 mg	\$0.95 por día
Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II)	Candesartán 8 o 16 mg	\$1.08 por día
Bloqueadores del canal del calcio de acción prolongada	Amlodipino 10 mg	\$1.90 por día

(Los precios han sido actualizados en Junio de 2005)

Véase en el Anexo O un resumen de tipos de medicación prescrita para la hipertensión.



Manejo de la hipertensión en enfermería

Programa de Ayudas para Fármacos de Ontario

Las siguientes personas son elegibles dentro de la cobertura del Programa de Ayudas para Fármacos de Ontario (ODB, por sus siglas en inglés):

- personas de 65 años o más;
- residentes de centros sociosanitarios;
- residentes de centros de cuidados especiales;
- personas que están recibiendo servicios profesionales dentro del programa de atención domiciliaria;
- beneficiarios del programa de fármacos “Trillium”; y
- Las personas que reciben ayuda económica a través de los servicios sociales dentro del programa de apoyo a personas discapacitadas (ODSP, por sus siglas en inglés).

Para consultar el programa en detalle pueden hacerlo en:

<http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/drugs/odb.html>

Programa de ayuda para fármacos “Trillium”

El programa de ayuda “Trillium” está pensado para asistir a las personas que deben soportar elevados costes por la medicación que precisan en comparación a los ingresos que tienen. Programa de ayuda para fármacos “Trillium” cubre más de 3400 medicamentos, más de 3400 medicamentos de uso limitado, así como productos nutricionales y para test diabéticos. Los beneficiarios deben pagar una cuota reducida en función de la renta y el número de integrantes familiares.

Los criterios de inclusión son:

- tener un seguro privado que no cubre el 100% del costo farmacéutico;
- tener un Seguro de Salud de Ontario (OHIP, por sus siglas en inglés) válido; y
- **no** cumplir los criterios de cobertura del Programa de Ayudas para Fármacos de Ontario (ODBP, por sus siglas en inglés).

Cómo solicitarlo:

- Las solicitudes están disponibles en farmacias o llamando al Ministerio de Salud y cuidados a crónicos a la línea de cuidados 1-800-268-1154.

Para información más detallada consulte:

<http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/drugs/trillium.html>

Opciones para los pacientes que no tienen cobertura de medicamentos:

- Considere una derivación a la trabajadora social del hospital para que le asista en la búsqueda de opciones;
- Considere una derivación al CAP si el paciente cumple con los criterios de inclusión;
- Mirar la cobertura del programa de seguro de empleo;
- Considere solicitar ayudas sociales si el paciente cumple con los requisitos;
- Contacte con la empresa farmacéutica para explorar la posibilidad de que done los fármacos.

Anexo D: Etapas del modelo de cambio

Etapas del modelo de cambio de Prochaska y DiClemente

Estado de cambio	Características	Objetivo	Técnicas
Precontemplación	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento o no están dispuestos a cambiar. No está pensando en hacer un cambio en los próximos 6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente a pensar seriamente en hacer un cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> Validar la falta de preparación. Clarificar: la decisión es de ellos. Animar a reevaluar la conducta actual. Animar a realizar una autoexploración, no pasar a la acción. Explicar y personalizar el riesgo.
Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> Ambivalente respecto al cambio: "situado en el límite". Está pensando en hacer un cambio en los próximos 6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente a tomar la decisión hacia el cambio. Ayudar al paciente a sentirse más confiado. 	<ul style="list-style-type: none"> Valorar la falta de preparación. Clarificar: la decisión es de ellos. Animar a evaluar los pros y contras de un cambio de conducta. Identificar y promover nuevas expectativas de resultado positivas.
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> Alguna experiencia con el cambio y están tratando de cambiar: "tanteando la situación". Planea pasar a la acción en el próximo mes. Ha fijado una fecha para empezar con el cambio de conducta. Ha realizado durante 24 horas un intento de cambio en los últimos 12 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a los pacientes a que fijen anticipadamente una "fecha de inicio". 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar y ayudar en la resolución de problemas: obstáculos. Ayudar al paciente a identificar apoyos sociales. Verificar que el paciente tiene habilidades subyacentes para el cambio de conducta. Animar en los pequeños primeros pasos.
Hacia la acción	<ul style="list-style-type: none"> Práctica del nuevo comportamiento en los últimos 6 meses y que constituyen habilidades aplicadas activamente para el cambio de conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar en el mantenimiento del cambio y a recuperarse en las recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> Centrarse en las señales de reestructuración y apoyo social. Reforzar la auto-eficacia para lidiar contra los obstáculos. Combatir los sentimientos de pérdida y reiterar los beneficios a largo plazo.
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> Compromiso continuado para mantener la nueva conducta e integrarla en la rutina cotidiana. Después de 6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente a mantener la conducta durante toda su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Planificar el seguimiento de apoyo. Reforzar las recompensas internas. Discutir el afrontamiento en la recaída.
Recaída	<ul style="list-style-type: none"> Reanudación de antiguos comportamientos. Suceso anormal en el proceso de cambio de conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente a reconocer que cada tentativa ofrece al paciente nuevas oportunidades para aprender habilidades y técnicas de ayuda para tener éxito en el próximo intento. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el detonante de la recaída. Reevaluar la motivación y las barreras. Planificar estrategias de afrontamiento más fuertes.

Canadian Council on Smoking and Health (2003). *Guide your patients to a smoke-free future: A program of the Canadian Council on Smoking and Health*. Ottawa, Ontario: Canadian Council on Smoking and Health.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking. Toward an integrative model of change. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.

UCLA Centre for Human Nutrition (2004). Prochaska and DiClemente's Stages of Change Model. Retrieved [Electronic Version] from: http://www.cellinteractive.com/ucla/physician_ed/stages_change.html

University of Toronto Department of Family & Community Medicine (2000). *Project CREATE: Smoking cessation module*. (Vol 3). Toronto, Ontario: Project CREATE.

Anexo E: Entrevista motivacional

La entrevista motivacional es un instrumento enfocado y centrado en el consejo para la consecución de los objetivos con el paciente con el fin de obtener el cambio en el estilo de vida ayudando a los pacientes a explorar y resolver la ambivalencia (Miller & Rollnick, 1991; Rollnick & Miller, 1995). Para aumentar la motivación y el cambio, la entrevista motivacional, a través de una evaluación del proceso de cambio, dirige al cliente hacia la motivación para el cambio de manera sistemática; ofrece consejo y retroalimentación cuando es oportuno, utiliza de manera selectiva la reflexión para reforzar ciertos procesos, y de obtener y ampliar las discrepancias de los pacientes en cuanto a sus conductas no saludables. La entrevista motivacional es facilitadora y no coercitiva fomentando una tentativa o reto en lugar de una confrontación directa. Las estrategias apoyan al paciente a través del proceso de cambio buscando la autoreflexión en lugar de discusiones entre enfermera y paciente (Botelho & Skinner, 1995).

Buscando un método que facilitase el cambio de conducta en los pacientes con adicciones, los psicólogos William Miller y Stephen Rollnick desarrollaron la entrevista motivacional. El cambio de conducta debe ser negociado, no dictado. Los profesionales de la salud no motivan a los pacientes, sino que evalúan la motivación y aplican las habilidades y estrategias oportunas para dirigir la preparación hacia el cambio. Este es un punto crítico. Los pacientes son diferentes en cuanto a preparación hacia el cambio de conducta (p.ej. tomar la medicación, hacer cambios en el estilo de vida), por lo que deben ser evaluados para determinar cuán preparados están para integrar el cambio en sus vidas. ¿Qué importancia creen que tienen los cambios? ¿Están seguros de que podrán hacerlo? ¿Necesitarán ayuda? ¿Entenderán los beneficios? ¿Qué barreras perciben? ¿Cómo las reducirán? Evaluando el grado de preparación, las enfermeras pueden elegir las aptitudes y las estrategias específicas adecuadas para facilitar el cambio. Este es el corazón de la entrevista motivacional (Berger, 2004a,b). El rol de la enfermera es entender y aceptar, sin juzgar al paciente, sus necesidades y preocupaciones y no ser coercitivo a la hora de tratar estos comportamientos. Ello creará un clima favorable y de apoyo hacia el cambio: se atacan los problemas, no a las personas.

La entrevista motivacional está diseñada de forma que precise de 3 a 5 minutos por sesión, concibiéndose desde una perspectiva centrada en el paciente en contraposición al modelo biomédico tradicional. El modelo psicosocial está centrado en el paciente y enfatiza el hecho de que las necesidades y preocupaciones de los pacientes deben ser adecuadamente abordadas, de lo contrario, no se producirá la adherencia. Preguntándole al paciente si tiene dudas o preocupaciones sobre la enfermedad o el tratamiento, se puede evaluar de forma positiva esta posibilidad. El modelo psicosocial también considera como reunión de expertos al encuentro entre el profesional de la salud y el paciente. La enfermera u otro profesional de la salud debería ser experto en el manejo de la enfermedad, pero los pacientes son expertos en sí mismos y en cómo se verán afectados en sus vidas por los cambios propuestos. Es decisión del paciente (en colaboración con el profesional de la salud) el elegir unas conductas saludables o no saludables. Los pacientes gestionan su enfermedad, no las enfermeras. En cualquier caso, las enfermeras pueden crear un ambiente a través del cuidado, la información y el conocimiento suficientes para mejorar la posibilidad de que el paciente maneje la enfermedad de forma efectiva (Berger, 2004a,b).

El cambio y la resistencia constituyen las dos caras de la misma moneda. A menudo el cambio evoca resistencia porque en el cambio se encuentran preguntas inherentes sobre la motivación y habilidad de uno mismo para hacer aquello que es necesario. Si los pros del cambio superan a los contras, los pacientes realizarán el cambio.

Por otra parte, la ambivalencia mata el cambio. Cuando las personas son ambivalentes, no hacen nada. Los pros y los contras del cambio son iguales. Algunos ejemplos de ambigüedad son: dudas del paciente sobre si la medicación actual está funcionando; no saben qué hacer de una manera clara; o si ellos dudan sobre si tienen las habilidades necesarias. La resistencia es información y da una idea de los que la persona está pensando y sintiendo: “Tengo que explorar esto y ver si funciona en mi caso”. Las claves para gestionar la resistencia son la exploración y comprensión de lo que se ha comentado con el paciente, no la persuasión ni el criticismo. Si las enfermeras intentan empujar a las personas hacia un cambio de conducta rápido, se atrincherarán y resistirán. Una respuesta oportuna para un paciente que refiere que no quiere tomar la medicación sería: “¿Qué es lo que más te molesta de tomar medicación?” De esta forma el paciente puede explicar sus razones y la enfermera puede dirigir convenientemente sus preocupaciones.

La entrevista motivacional crea disonancia en la persona. La disonancia, o incoherencia entre dos conductas (actitudes, valores, etc.), crea un malestar que en sí mismo puede ser motivador. Por ejemplo, si la actitud de una persona no es coherente con sus conductas, la disonancia ocurre. La disonancia es incómoda y la persona debe estar motivada para explorar las formas de reducir este sentimiento de incomodidad.

El espíritu de la entrevista motivacional es la colaboración, la evocación y la autonomía. Los profesionales de la salud que utilizan este tipo de abordaje desean una relación con el paciente en que puedan colaborar para alcanzar los objetivos acordados en común. Las preguntas se realizan para determinar y comprender la resistencia o ambivalencia del paciente: el paciente conoce las respuestas, no el profesional de la salud. Además, los pacientes deben tomar decisiones informadas.

Proporcionar simplemente información no es suficiente. Uno debe evaluar que el paciente ha entendido la información, sabe cómo utilizarla, y tiene sentimiento de autoeficacia o confianza en su habilidad para hacer lo que es necesario. Ello incluye valorar el conocimiento del paciente sobre la enfermedad y su tratamiento.

¿Cómo funciona la entrevista motivacional?

La entrevista motivacional utiliza el proceso general de “obtener-ofrecer-obtener”.

La enfermera obtiene información de los pacientes para comprender mejor quiénes son y que saben sobre la enfermedad y las intervenciones para su manejo. Esto se realiza para facilitar que el paciente siga adelante con el plan de tratamiento. Después, las enfermeras obtienen información de nuevo con el fin de comprobar cuales son las preocupaciones o cuestiones resultantes de la información nueva.

La entrevista motivacional utiliza cinco principios o técnicas de “counseling” ***cinco principios o técnicas de “counseling”*** para valorar y motivar al paciente (Berger, 2004a,b; Miller & Rollnick, 1991; Smith, Heckemeyer, Kraft & Mason, 1997).

1. **Expresa empatía** – la empatía se define como “la habilidad del profesional de la salud para reflejar de forma exacta lo que el paciente está expresando” (Moyers, 2000; p.155). La empatía es una identificación objetiva con el estado afectivo del otro (o con su experiencia) – las enfermeras se identifican con las afectaciones (emociones) del paciente, no con su experiencia. La respuesta empática, a través de la escucha activa, ayuda a identificar y comprender la resistencia y razones que conducen a hábitos de vida poco saludables (o no adherencia). Por ejemplo, su paciente fuma y usted le está aconsejando que lo deje. Le pregunta qué es lo que le gusta de fumar y él o ella responde que le relaja. En lugar de crear una posición a la defensiva preguntando “¿No puedes pensar en hacer otra cosa diferente para relajarte? Se le puede decir empáticamente “Debe ser difícil dejar algo que resulte relajante.” Como resultado, el paciente te ve como

Manejo de la hipertensión en enfermería

una defensora y está en una mejor predisposición para escuchar lo que tienes que decirle.

2. **Evite discutir** – evitando discusiones el paciente está más dispuesto a ver al profesional de la salud como si estuviese a su lado. Es importante destacar que la entrevista motivacional se basa en la confrontación; en cualquier caso, no debe basarse en la discusión o la emisión de juicios. Por ejemplo, “Sr. García, veo que ha estado cogiendo la medicación cada cuarenta días o así, pero solo le daban medicación para 30 días. ¿Me puede decir que ha pasado?” Además debe tenerse en cuenta que los sentimientos que el paciente expresa (miedo o preocupación) no son discutibles, ya que son reales para el paciente.
3. **Desarrolle discrepancia (disonancia)** – la creación de disonancia puede conseguirse principalmente de dos formas. El objetivo es obtener del paciente aquellos aspectos de su vida que son importantes pero que pueden verse comprometidos por su conducta. Por ejemplo, el paciente puede decir que le gusta ir al bar con sus amigos a beber casi todo el fin de semana y que le molesta tomar la medicación porque no le sienta bien. En la siguiente frase, él o ella añade que desde que le diagnosticaron de hipertensión está muy preocupado/a por que le dé un ictus. El profesional de la salud debe comprender que es importante para el paciente en términos de objetivos a corto y largo plazo. Pregúntele al paciente sobre todos los pros y contras de los cambios que son necesarios y después escuche atentamente en busca de discrepancias que permitan la creación de disonancia. Recuerde, la disonancia es motivadora. Nosotros desarrollamos discrepancias repitiendo los pros y contras manifestados por el paciente. Después, le preguntamos al paciente sobre sus objetivos en relación al tratamiento. Por ejemplo, decir, “¿Qué quiere que ocurra en su tensión arterial cuando tome la medicación? Establecer este objetivo es vital. No sólo se trata de tomar la medicación con un propósito específico, sino que nos permite preguntarle al paciente por aquellas conductas que no ayudan en la consecución de objetivos.
4. **Darle la vuelta a la resistencia** – Ignore los elementos antagónicos que se presenten en el discurso del paciente con la finalidad de centrarse en las cuestiones más importantes de base. Por ejemplo, si el paciente dice: “mire, hasta el momento no he tenido problemas reales por fumar, así que no se preocupe por ello.” En lugar de rechazar su comentario diciendo: “si continúa fumando le aseguro que tendrá problemas graves”, el profesional de la salud puede darle la vuelta a la resistencia expresada diciendo: “espero que su salud continúe por este camino. Me gustaría que considerase hacerse un chequeo pulmonar ya que en los primeros estadios de cáncer y enfermedad pulmonar no suelen aparecer los síntomas. De esta forma, usted podrá tomar mejor la decisión sobre si quiere dejar de fumar. Me preocupa el hecho de que fumar pueda perjudicar aún más su enfermedad cardíaca en el futuro. En cualquier caso, la decisión de fumar o dejar de fumar es suya.” No llevamos la resistencia a la confrontación, sino que utilizamos la reflexión para crear disonancia. Ello permite al paciente escuchar la información sin ser castigado. Al fin y al cabo, la decisión pertenece al paciente.
5. **Apoye la auto-eficacia** – la creencia de una persona en la posibilidad de cambio es un importante motivador (Bandura, 1977; 1982) Los pacientes necesitan que el profesional de la salud lo anime basándose en las habilidades, los recursos y las fortalezas que poseen. Preguntas como: “¿Qué te ha funcionado con anterioridad?” o “¿Qué crees que te ayudó a tener éxito la última vez?” proporcionan una valiosa información sobre las fortalezas del paciente. Examine los éxitos (o fracasos) pasados y ofrezca apoyo real para los éxitos. Es importante destacar, no sólo los cambios de conducta actuales, sino contemplar los cambios y expresarlos de forma positiva. Es importante que el paciente sea capaz de imaginar el éxito como posibilidad antes de tratar de cambiar.

Cuando se usa la entrevista motivacional, existen cinco habilidades generales que deben utilizarse.

1. **Utilizar preguntas abiertas:** Hacer preguntas de manera que motiven al paciente a llevar el peso de la conversación: Algunos ejemplos son: “¿Qué le preocupa sobre su salud?” o “¿Qué es lo que le gusta de fumar?” o “¿Cuáles son sus razones para no dejar de fumar?” o “Dígame con qué dificultades se encuentra cuando va a buscar sus recetas.” Miller y Rollnick (1991) recomiendan no preguntar más de tres preguntas seguidas. Realizando preguntas abiertas se prepara el escenario para la escucha reflexiva, las afirmaciones y la recapitulación.
2. **Escucha reflexiva:** Como habilidad fundamental en la entrevista motivacional, la escucha reflexiva es útil para dirigir la resistencia. Las reflexiones pueden ir de simples “pareces triste”, a más complejas “parece que esté preocupado por lo que el hecho de fumar durante todos estos años pueda hacer sobre su salud.” Las afirmaciones reflexivas, aunque sean simples, ampliadas o con doble sentido, le dicen al paciente que has escuchado lo que está diciendo y les anima a explorar sus sentimientos.

Las reflexiones simples reconocen los pensamientos del paciente, los sentimientos y los posiciona de forma neutra.

Jane: *Sólo por el hecho de venir tarde a buscar mi medicación, no me puedo creer que voy a contar las pastillas que me quedan cada vez que vengo. ¿Todo esto es porque se me ha olvidado traer los frascos? ¿No tienes nada mejor que hacer?*

Enfermera (reflexión simple): Usted tiene dificultades para comprender por qué debemos hacer esto, ¿verdad?

Jane: *Bueno sí, quiero decir, no me malinterprete, sé que es importante venir a buscar mi medicación puntualmente.*

La enfermera le ha dado la vuelta a la resistencia y ha hecho saber a la paciente ha escuchado sus preocupaciones. La puerta está abierta a la exploración.

Jane: *Sólo por el hecho de venir tarde a buscar mi medicación, no me puedo creer que voy a contar las pastillas que me quedan cada vez que vengo. ¿Todo esto es porque se me ha olvidado traer los frascos? ¿No tienes nada mejor que hacer?*

Enfermera (reflexión ampliada): Usted piensa que no la creo.

Jane: *Bueno sí, tomo mis pastillas cada día y sólo porque no he venido a buscar la medicación a tiempo, no es necesario llegar a estos extremos. Me hace sentir mal. No soy boba. Sé que es importante venir a buscar la medicación a tiempo.*

Jane no está contenta pero está reconociendo que es importante obtener su medicación a tiempo. La ambivalencia ha sido creada.

Jane: *Sólo por el hecho de venir tarde a buscar mi medicación, no me puedo creer que voy a contar las pastillas que me quedan cada vez que vengo. ¿Todo esto es porque se me ha olvidado traer los frascos? ¿No tienes nada mejor que hacer?*

Manejo de la hipertensión en enfermería

Enfermera (reflexión con doble sentido): Por un lado, reconoce que debe tener la medicación puntualmente y por el otro, tiene dificultades para hacerlo.

Jane: *Bueno sí, lo sé. Sé que debo tomar las pastillas de la tensión arterial para no tener un accidente cerebrovascular u otros problemas, pero es realmente muy difícil para mí ir a la farmacia, ya que no conduzco, y a veces incluso, no tengo suficiente dinero para pagar las pastillas. Jane está reconociendo que tiene dificultad para renovar las recetas, pero ha visto el cuadro más amplio, por ejemplo, no quiere padecer un accidente cerebrovascular.*

La resistencia es información y la reflexión es útil para explorar de dónde proviene la resistencia y por qué está ahí.

- 3. Afirmaciones:** Debe darse frecuentemente apoyo a lo que el paciente está diciendo durante la conversación. Alabar o felicitar y explorar los éxitos del pasado pueden ayudar a construir una relación terapéutica. Por ejemplo, “con todos los problemas que ha tenido últimamente Jane, le agradezco que haya podido venir a la cita de hoy.”
- 4. Resumen o reformulación:** La reformulación pone junta toda la información de manera que el paciente se puede ver reflejado en ella. Con la reformulación, le está diciendo al paciente que ha estado escuchando y que está abierta a explorar su situación más allá.

Enfermera: Jane, entiendo lo difícil que es ir a la farmacia si no tienes coche. Debe ser complicado llegar hasta una parada de autobús si no tiene ninguna cerca de casa. Además, haber tenido un invierno tan duro todavía debe hacerlo más difícil. Me ha mencionado lo orgullosa que está de tener 84 años y vivir todavía de forma independiente y debo admitir que con una calidad estupenda. Es admirable que sea capaz de hacerlo todo por sí misma. Pero, por otro lado, he oído cómo me decía que no quiere acabar sus días como su madre, privada de independencia a causa de un accidente cerebrovascular. Usted me ha dicho que ese es su mayor temor. Sé, por la cantidad de conversaciones que hemos mantenido, que usted entiende lo importante que es conservar la tensión arterial bajo control. Usted está preocupada, y a medida que hablamos, siento que está atrapada en un dilema.

El resumen enlaza los puntos más importantes de la entrevista, tanto pasados como presentes. La ambivalencia está clara y la reflexión al final anima a la paciente a hacer frente a dicha ambivalencia (bien sea para seguir luchando por conseguir la medicación puntualmente o bien para que pida ayuda).

- 5. Frases de automotivación:** los pacientes deben ser responsables del cambio y estar motivados para reconocer la ambivalencia cuando se está empezando a considerar el cambio y sentar las bases para que se produzca el diálogo. El paciente argumenta los pros y contras del cambio de conducta y el profesional de la salud comprende los sentimientos y valores del paciente al escuchar sus argumentos.
- 6. Retroalimentación personalizada:** Puede hacerse sobre la base del uno-a-uno o a través de instrumentos estandarizados; p.ej., un diagrama que muestre el cambio en los niveles de tensión arterial hacia el nivel objetivo a medida que el paciente se adhiere a los objetivos de la visita previa. La retroalimentación no debe ser de confrontación hacia el paciente. En su lugar, los datos serán la confrontación si el paciente no se ha adherido.

Anexo F: Educación del paciente – Monitores domiciliarios

Selección y uso de tensiómetros domiciliarios

Cosas a tener en cuenta cuando se compra un tensiómetro:

- El precio del monitor suele estar entre los 80 y los 140 dólares canadienses.
- Elija un dispositivo que cumpla los estándares de la Association for Advancement of Medical Instrumentation (AAMI, por sus siglas en inglés) o la Sociedad Británica para la hipertensión (BHS, por sus siglas en inglés) o el Protocolo Internacional (IP). Tendrá el símbolo* de marca registrada en la caja si cumple estos estándares:



*Avalado por la Coalición canadiense para la prevención y control de la hipertensión (Canadian Coalition for the Prevention and Control of Hypertension)

- Elija el tamaño correcto de manguito: debe cubrir el 80% de la parte superior del brazo.
- Algunos dispositivos graban los datos automáticamente. Ello puede ayudarle a compartir los resultados con su enfermera.
- Si no está seguro sobre qué monitor debe comprar, pregunte a un profesional de la salud.

Cómo tomarse la tensión arterial en casa:

Preparación para la toma de tensión:

- Lea las instrucciones del monitor atentamente.
- No beba café (u otra bebida con cafeína) en la hora anterior a la toma de tensión.
- No fume en los 15-30 min previos a la toma de tensión.
- Descanse durante 5 minutos antes de tomar la tensión.

Durante la toma de tensión:

- Siéntese recto con la espalda apoyada. El brazo debe estar apoyado de forma que el codo quede justo debajo del nivel de corazón.
- Nunca cruce las piernas cuando esté midiendo la tensión arterial.
- No hable mientras esté midiendo la tensión arterial.
- Tómese dos veces la tensión de la mañana (antes de tomar la medicación) y dos veces por la tarde durante siete días consecutivos.

Manejo de la hipertensión en enfermería

Grabe los resultados de la toma de tensión:

- Mantenga un registro (diario) de los resultados de su tensión arterial (fecha, hora y resultado).
- Lleve el aparato de tensión a su próxima cita con el registro de tensiones. Muéstrole a su médico o enfermera cómo se toma la tensión utilizando el monitor.
- Hable con su profesional de salud de referencia sobre la frecuencia y cuándo debe tomarse la tensión arterial.

Chequee su monitor:

- Su monitor domiciliario debe chequearse anualmente comparándolo con el de la consulta de su médico o enfermera para asegurarse de que está funcionando correctamente. Tómese la tensión arterial utilizando ambos, el tensiómetro de su casa y el equipo de la consulta. Su profesional de la salud de referencia comparará las lecturas. Estas deben ser iguales.

Adaptado de: Heart and Stroke Foundation of Ontario (2005). *A guide for selecting and using home blood pressure monitors*. Toronto: Heart and Stroke Foundation of Ontario.



Anexo G: Urgencias y emergencias hipertensivas

Cuando los pacientes padecen síntomas de una urgencia o emergencia hipertensiva deben ser diagnosticados de hipertensión en la primera visita, ya que requieren atención inmediata.

A continuación se muestra un resumen del CHEP(2004) donde aparecen las formas en que se pueden presentar las urgencias o emergencias hipertensivas:

- Tensión diastólica asintomática >130 mmHg o tensión sistólica >200 mmHg
- Hipertensión maligna acelerada con papiloedema
- Quemaduras graves
- Epistaxis severa

Cerebrovascular:

- Encefalopatía hipertensiva
- Infarto cerebral ateroembólico con hipertensión severa
- Hemorragia intracerebral
- Hemorragia subaracnoidea

Cardiacas:

- Disección aguda de la aorta
- Fallo refractario agudo del ventrículo izquierdo
- Isquemia o infarto agudo de miocardio con dolor isquémico persistente
- Postoperatorio de bypass coronario

Renales:

- Glomerulonefritis aguda
- Crisis renal por enfermedad vascular del colágeno
- Hipertensión severa después de un trasplante de riñón

Exceso de catecolaminas en circulación:

- Feocromocitoma
- Alimentos que contienen tiramina o interacciones con los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)
- Uso de fármacos o sustancias simpaticomiméticas (p.ej., cocaína)
- Hipertensión por efecto rebote después de suspender el tratamiento con fármacos antihipertensivos (p.ej. clonidina o guanabenz)

Toxemia del embarazo:

- Eclampsia

Quirúrgicas:

- Hipertensión severa en pacientes que requieren cirugía urgente
- Hipertensión postoperatoria severa
- Sangrado postoperatorio de los bordes de sutura vascular

Referencia:

Hemmelgarn, B.R. et al. (2004). The 2004 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for the management of Hypertension: Part I – Blood pressure management, diagnosis and assessment of risk. *Canadian Journal of Cardiology*, 20(1), 31-40.

Anexo H: Dieta DASH. Enfoques Alimentarios para Detener la Hipertensión

La siguiente información sobre la dieta DASH es un recurso útil para la educación del paciente. El documento completo puede encontrarse en:

US Department of Health and Human Services

National Institutes of Health – National Heart, Lung and Blood Institute

Facts about the DASH Eating Plan http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new_dash.pdf

El plan de alimentación DASH no fue diseñado para promover la pérdida de peso. A de ello, contiene alimentos bajos en calorías como frutas y vegetales. Puede hacerla baja en calorías supliendo los alimentos más calóricos con frutas y vegetales, así también será más fácil alcanzar sus objetivos DASH. Aquí tiene algunos ejemplos:

Para aumentar las frutas:

- Coma una manzana mediana en lugar de cuatro tostadas pequeñas. Ahorrará 80 calorías.
- Coma un cuarto de taza de orejones en lugar de 50g de cortezas de cerdo. Ahorrará 230 calorías.

Para aumentar las verduras:

- Coma una hamburguesa que contenga 85 g de carne en lugar 170 g. Añada media taza de zanahorias y media taza de espinacas. Ahorrará más de 200 calorías.
- En lugar de 150 g de pollo, tome 50 g de pollo con una taza y media de verduras crudas. Utilice poca cantidad de aceite vegetal. Ahorrará 50 calorías.

Para aumentar el consumo de productos lácteos bajos o libres en grasas:

- Tome media taza de yogurt helado bajo en grasa en lugar de 30 g de chocolate con leche. Ahorrará unas **110 calorías**.

Consejos para ahorrar calorías:

- Utilice condimentos bajos o libres en grasa.
- Use la mitad de aceite vegetal, o margarina líquida, o aderezo para la ensalada, o elija versiones libres en grasa.
- Coma porciones más pequeñas, córtelas gradualmente.
- Elija productos lácteos bajos o libres en grasa para reducir el consumo total de grasa.
- Revise las etiquetas de los alimentos envasados para comparar el contenido de grasa. Los artículos marcados con poca grasa o sin grasa no siempre son más bajos en calorías que sus versiones normales.
- Limite los alimentos con azúcar añadido, como pasteles, yogures de sabor, dulces, helados, sorbetes, bebidas carbonatadas o de frutas.
- Coma frutas enlatadas en su propio jugo.
- Añada fruta al yogurt natural.
- Pique frutas, palitos de verduras, palomitas sin mantequilla y sal o palitos de pan.
- Beba agua o agua con gas. **Nota:** El agua con gas contiene sodio, por lo que las personas con restricción de este deben limitar su consumo.

Guía de buenas prácticas en enfermería

La dieta DASH que a continuación se refleja, está basada en 2000 calorías al día. El número de porciones que corresponden por grupo de alimentos varía en función de las necesidades calóricas (véase el diagrama de más abajo). Utilice este diagrama para planificar los menús o cójalo cuando vaya a comprar.

Grupo de alimentos	Porciones diarias (excepto cuando se indique)	Tamaño de la porción	Ejemplos y notas	Significado de cada grupo de alimentos en la dieta DASH
Granos y cereales	7-8	1 rebanada de pan 25 gr de cereal seco* ½ taza de arroz cocinado, pasta o cereal	Pan integral, madalenas, pan de pita, panecillos, cereales, granos, harina de avena, galletas saladas, pretzels® sin sal, palomitas de maíz	Fuente principal de energía y fibra
Verduras	4-5	1 taza de vegetales de hoja crudos ½ taza de verduras cocinadas 170 g de zumo vegetal	Tomates, patatas, zanahorias, guisantes, calabaza, brócoli, nabo, col, col rizada, espinacas, alcachofas, judías verdes, habas, boniatos	Fuente rica en potasio, magnesio y fibra
Frutas	4-5	170 g de zumo de frutas 1 fruta mediana ¼ de taza de fruta seca ½ taza de fruta fresca, helada o enlatada	Albaricoques, plátanos, dátiles, uvas, naranjas, zumo de naranja, pomelos, zumo de pomelo, mangos, melones, melocotones, piñas, ciruelas, pasas, fresas, mandarinas	Fuente rica en potasio, magnesio y fibra
Alimentos bajos o sin grasas	2-3	225 g de leche 1 taza de yogurt 30 g de queso	Leche desnatada o semidesnatada, mantequilla baja o sin grasa, yogurt normal o helado bajo en grasa o desnatado, queso bajo o sin grasa	Fuente principal de calcio y potasio
Carnes, aves y pescados	2 o menos	85 g cocinados de carne, ave o pescado	Seleccione solo la parte magra; tire la grasa visible; Cocine hervido, a la plancha o asado en lugar de freír; retire la piel de las aves	Fuentes ricas en proteínas y magnesio
Frutos secos, semillas y legumbres secas	4-5 por semana	1/3 de taza o 30 g de nueces, 2 cucharadas soperas o 15 g de semillas, ½ taza de legumbres secas o guisantes cocinados	Almendras, avellanas, frutos secos variados, cacahuètes, nueces, semillas de girasol, judías blancas, lentejas	Fuente rica de energía, magnesio, potasio, proteínas y fibra
Grasas y aceites**	2-3	1 cucharada soperas de margarina 1 cucharada soperas de mayonesa baja en grasa 2 cucharadas soperas de aderezo light para ensalada 1 cucharada soperas de aceite vegetal	Margarina suave, mayonesa baja en grasa, aderezo light para ensalada, aceite vegetal (oliva, maíz, alazor o colza)	La dieta DASH contiene un 27% de calorías en forma de grasa, bien sea por alimentos grasos o con grasas añadidas
Azúcares	5 por semana	1 cucharada soperas de azúcar 1 cucharada soperas de miel o mermelada 15 g de jalea real 230 g de limonada	Sirope de arce, azúcar, miel, mermelada, gelatina de frutas, jalea real, caramelos, zumos de fruta, sorbetes, helados	Los dulces deben ser bajos en grasa

* Es igual a ½ - 1 ¼ de taza, dependiendo del tipo de cereal. Consulte la etiqueta de contenido nutricional del producto.

** El contenido en grasas varía para cada ración según la grasa o aceite de que se trate. P.ej., 1 cucharada soperas de aderezo normal para ensalada equivale a una ración; 1 cucharada soperas de aderezo bajo en grasa para ensalada equivale a ½ ración; 1 cucharada soperas de aderezo para ensalada sin grasa equivale 0 raciones.

Manejo de la hipertensión en enfermería

Grupo de alimentos	Porciones/día	
	1600 Calorías/Día	3100 Calorías/Día
Granos y cereales	6	12-13
Verduras	3-4	6
Frutas	4	6
Alimentos bajos o libres de grasas	2-3	3-4
Carne, ave y pescado	1-2	2-3
Frutos secos, semillas y legumbres secas	3/semana	1
Grasas y aceites	2	4
Azúcares	0	2

¡EMPIECE AHORA!! – Cambie gradualmente.

- Si usted ya come una o dos verduras al día, añada una ración en la comida y otra en la cena.
- Si usted no come fruta o solo toma zumo en el desayuno, añada una ración a las comidas o tómelo entre horas.
- Aumente de forma gradual el consumo de productos lácteos bajos o sin grasas en las tres comidas diarias. P.ej., beba leche en la comida o en la cena en lugar de agua con gas, bebidas carbonatadas dulces, te con azúcar o alcohol. Elija productos lácteos desnatados o semidesnatados para reducir el consumo de grasas saturadas, las grasas totales, el colesterol y las calorías.
- Lea las etiquetas de las margarinas y aderezos para ensaladas para elegir aquellas con menor contenido en grasas saturadas y grasas trans. Actualmente algunas margarinas no contienen grasas trans.
- Debe tener en cuenta que en el plan de alimentación DASH existe un mayor consumo de piezas de fruta, vegetales y cereales al que usted está acostumbrado a comer. Al tratarse de una dieta rica en fibra, en algunas personas puede causar sensación de plenitud y diarrea. Para evitar estos problemas, aumente progresivamente el consumo de frutas, verduras y cereales.

Trate la carne como una parte de la comida, no como si fuese el centro de esta.

- Limite la carne a 170 gramos al día (2 raciones): es todo lo que necesita. 80-90 gramos serían como el tamaño de una baraja de cartas.
- Si actualmente está tomando porciones de carne superiores a este tamaño, redúzcalas de forma gradual a la mitad o a la tercera parte de la comida.
- Incluya dos o más comidas tipo vegetarianas a la semana.
- Aumente las porciones de verduras, arroz, pasta y legumbres en las comidas. Pruebe a tomar guisos y pasta, y platos realizados con sofritos, ya que tienen menos carne y más verduras, cereales y legumbres.

Utilice frutas u otros alimentos bajos en grasas saturadas, colesterol y calorías para el postre o aperitivos entre horas.

- Las frutas y los alimentos bajos en grasas son muy variados y gustosos. Consuma fruta enlatada en su propio jugo. Las frutas frescas requieran poca o nula preparación. Los frutos secos son una buena elección para llevar encima o en el coche.
- Pruebe las siguientes opciones para los aperitivos: Pretzel® sin sal o frutos secos mezclados con pasas; Galletas de harina de trigo; yogurt bajo o sin grasas y helado; palomitas de maíz sin sal ni mantequilla añadidas; y vegetales en crudo.

Pruebe estos otros consejos:

- Consuma alimentos de grano para obtener nutrientes añadidos, tales como minerales y fibra. P.ej., elija pan integral o de cereales.
- Si tiene problemas para digerir los productos lácteos, puede tomar pastillas o gotas de la enzima lactasa (disponibles en farmacias y supermercados) con los alimentos lácteos. O compre leche sin lactosa o con la enzima lactasa añadida.
- Utilice verduras frescas, congeladas o envasadas sin sal añadida.

Ejemplo de día siguiendo el plan de alimentación DASH:

DAY 1 Abbreviations: oz = ounce, tsp = teaspoon, Tbsp = tablespoon, g = gram, mg = milligram

2,400 mg Sodium Menu	Sodium (mg)	Substitutions To Reduce Sodium to 1,500 mg	Sodium (mg)	Number of DASH Food Group Servings						
				Grains	Vegetables	Fruits	Dairy	Meat, poultry, and fish	Nuts, seeds, and dry beans	Fats and oils
Breakfast										
2/3 cup bran cereal	161	2/3 cup shredded wheat cereal	3	1						
1 slice whole wheat bread	149			1						
1 medium banana	1					1				
1 cup fruit yogurt, fat free, no sugar added	53						1			
1 cup fat free milk	126						1			
2 tsp jelly	5									2/3
Lunch										
3/4 cup chicken salad*	201	remove salt from recipe	127					1		1
2 slices whole wheat bread	299			2						
1 tbsp Dijon mustard	372	1 tbsp regular mustard	196							
Salads										
1/2 cup fresh cucumber slices	8				1					
1/2 cup tomato wedges	1				1					
2 1/2 tsp ranch dressing, fat free	306	2 1/2 tsp yogurt salad dressing*	84							
1/2 cup fruit cocktail, juice pack	5					1				
Dinner										
3 oz beef, eye of round	52							1		
2 Tbsp beef gravy, lowfat	161	2 Tbsp beef gravy, lowfat, unsalted	9							
1 cup green beans, cooked from frozen	10				2					
1 small baked potato:										
2 1/2 tsp sour cream, fat free	28				1					
2 Tbsp grated cheddar cheese, natural, reduced fat	86	2 Tbsp cheddar cheese, natural, reduced fat, low sodium	1				2/3			
1 Tbsp chopped scallions	1									
1 small whole wheat roll	138			1						
1 tsp soft margarine	51	1 tsp soft margarine, unsalted	1							1
1 small apple	0					1				
1 cup fat free milk	126						1			
Snack										
1/3 cup almonds, unsalted	1									1
1/4 cup raisins	2					1				
1 cup orange juice	2					1 1/3				
Totals				5	5	5 1/3	3 1/4	2	1	2 1/3

Nutrients Per Day	SODIUM LEVEL	
	2,400 mg	1,500 mg
Calories	2,074	1,992
Total fat	23.5	19.8
Percent calories from fat	23%	23%
Saturated fat	9 g	9 g
Percent calories from saturated fat	4%	4%
Cholesterol	164 mg	164 mg

Nutrients Per Day	SODIUM LEVEL	
	2,400 mg	1,500 mg
Sodium	2,363 mg	1,370 mg
Calcium	4,217 mg	4,118 mg
Magnesium	272 mg	289 mg
Potassium	4,760 mg	4,765 mg
Fiber	34 g	34 g

Anexo I: La reducción del Sodio y la dieta DASH

US Department of Health and Human Services

Instituto Nacional de Salud – Instituto Nacional del Corazón, pulmón y sangre (National Heart, Lung and Blood Institute)

Cuestiones en referencia al Plan de Alimentación DASH:

http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new_dash.pdf

¿Dónde está el sodio?

Sólo una pequeña cantidad de sodio se encuentra de forma natural en los alimentos. La mayoría del sodio se añade durante el procesamiento. En la siguiente tabla se muestran ejemplos sobre la cantidad variable de sodio presente en algunos alimentos.

Grupos de alimentos	Sodio (mg)
Grano y cereales	
■ Cereales, arroz, pasta, cocinados sin sal, ½ taza	0–5
■ Cereales listos para comer, 1 taza	100–360
■ Pan, una rebanada	110–175
Verduras	
■ Frescas o congeladas, cocinadas sin sal ½ taza	1–70
■ Envasadas o congeladas con salsa, ½ taza	140–460
■ Zumo de tomate, envasado ¾ de taza	820
Fruta	
■ Fresca, congelada, enlatada, ½ taza	0–5
Productos lácteos bajos o libres en grasas	
■ Leche, 1 taza	120
■ Yogurt, 230 gr	160
■ Quesos naturales, 30 g	110–450
■ Quesos manufacturados, 30 g	600
Frutos secos, semillas y legumbres	
■ Cacahuets, salados, 1/3 de taza	120
■ Cacahuets, sin sal, 1/3 de taza	0–5
■ Legumbres, cocidas previamente secas o congeladas, sin sal, ½ taza	0–5
■ Legumbres, envasadas, ½ taza	400
Carnes, pescados y aves	
■ Carne fresca, pescado, ave, 85 g	30–90
■ Atún en lata, envasado en agua, sin sal añadida, 85 g	35–45
■ Atún en lata, envasado en agua, 85 g	250–350
■ Jamón, magro, asado, 85g	1,020

2400 miligramos de sodio equivale a 6 g, o 1 cucharada de café de sal de mesa (cloruro de sodio); 1500 miligramos de sodio equivale a 4 gramos, o 2/3 de una cucharada de café, de sal de mesa. Estas cifras consideran toda la sal consumida: en los productos alimentarios, la utilizada para cocinar y la que se añade en la mesa. Sólo una pequeña cantidad de sodio se encuentra de forma natural en los alimentos. Los alimentos manufacturados suponen la mayoría del sodio que se consume. En consecuencia, asegúrese de leer todas las etiquetas para elegir los productos que sean bajos en sodio. Se sorprenderá de la cantidad de alimentos que llevan sodio. En ellos se incluyen la salsa de soja, sales sazonadas, glutamato de sodio, levadura y algunos antiácidos. Existe una amplia gama. La dieta DASH facilita un menor consumo de sal y sodio al ser rica en frutas y verduras, los cuales son bajos en sodio de forma natural, al igual que muchos otros alimentos. Empiece por el nivel del plan de alimentación DASH de 2400 miligramos de sodio al día y posteriormente baja disminuyendo el consumo hasta 1500 miligramos al día.

Consejos para reducir el sodio (sal):

- Utilice productos bajos en sodio o sin sal añadida. Por ejemplo, elija aquellas versiones de alimentos o condimentos bajos en sodio o sin sal añadida cuando estén disponibles.
- Compre verduras frescas, naturales congeladas o envasadas sin sal añadida.
- Utilice aves, pescados y carnes magras frescas en lugar de enlatadas, ahumadas o que hayan sido sometidas a cualquier otro proceso de manufacturación.
- Elija para el desayuno cereales preparados para comer, ya que son más bajos en sodio.
- Limite los alimentos curados (como el bacon y el jamón), los alimentos envasados en salmuera (como pepinillos en vinagre, verduras en conserva, olivas y salsa barbacoa), y condimentos (como glutamato monosódico, mostaza, rábanos picantes, ketchup y salsa barbacoa). Limite también las versiones bajas en sodio de salsa de soja y salsa teriyaki. Trate estos condimentos como si fuesen sal de mesa.
- Utilice especias en lugar de sal. Tanto en la cocina como en la mesa, de sabor a los alimentos con hierbas aromáticas, especias, limón, lima, vinagre, o sal sin otros condimentos añadidos. Empiece por reducir la sal a la mitad.
- Cocine el arroz, la pasta, y los cereales sin sal. Reduzca el arroz, la pasta y los cereales mezclados instantáneos o aromatizados, ya que normalmente llevan sal añadida.
- Elija a “conveniencia” los alimentos más bajos en sodio. Reduzca las comidas congeladas, los platos variados como pizza, mezclas envasadas, caldos o sopas de lata y aderezos de ensalada. Habitualmente estos llevan mucho sodio.
- Enjuague los alimentos enlatados, como el atún, para retirar algo de sodio.

Cómo reducir el sodio cuando se come fuera:

- Pregunte como se han preparado los alimentos. Pregunte si están preparados sin añadir sal, glutamato monosódico o ingredientes que contengan sal. La mayoría de restaurantes atenderán su solicitud.
- Conozca los términos que indican un contenido elevado en sodio: conservas, curados, salsa de soja, caldo.
- Ponga el salero a distancia.
- Limite los condimentos como la mostaza, el ketchup, las conservas y las salsas que contienen ingredientes con sal.
- Elija para picar frutas o verduras en lugar de alimentos salados.

Manejo de la hipertensión en enfermería

Compare las etiquetas de los alimentos:

- Lea la composición nutricional en las etiquetas de los alimentos para comparar la cantidad de sodio de los productos. Busque el contenido de sodio en miligramos y el valor porcentual diario. Elija alimentos que estén por debajo del 5 por ciento del valor porcentual diario.
- Compare las etiquetas de estas dos latas de tomate. Los tomates enlatados normales (a la derecha) tienen 10 veces más sodio que los tomates enlatados sin sal.

CANNED DICED TOMATOES, NO SALT ADDED	CANNED DICED TOMATOES
Nutrition Facts Serving Size: 1/2 cup Servings Per Container: approx. 3 1/2 <hr/> Amount Per Serving Calories 25 Calories from Fat: 0 <small>% Daily Value*</small> Total Fat 0 g 0% Saturated Fat 0 g 0% Cholesterol 0 mg 0% Sodium 0 mg 0% Total Carbohydrate 6 g 2% Dietary Fiber 2 g 8% Sugars 4 g Protein 1 g <hr/> Vitamin A 10% • Vitamin C 15% Calcium 2% • Iron 2% <small>*Percent Daily Values are based on a diet of 2,000 calories.</small>	Nutrition Facts Serving Size: 1/2 cup Servings Per Container: approx. 3 1/2 <hr/> Amount Per Serving Calories 25 Calories from Fat: 0 <small>% Daily Value*</small> Total Fat 0 g 0% Saturated Fat 0 g 0% Cholesterol 0 mg 0% Sodium 200 mg 8% Total Carbohydrate 6 g 2% Dietary Fiber 2 g 8% Sugars 4 g Protein 1 g <hr/> Vitamin A 10% • Vitamin C 15% Calcium 2% • Iron 2% <small>*Percent Daily Values are based on a diet of 2,000 calories.</small>

Cómo leer las etiquetas de los alimentos:

Las etiquetas de los alimentos pueden ayudarle a elegir los productos más bajos en sodio y grasas saturadas y totales. Busque las siguientes etiquetas en latas, cajas, botellas, bolsas y otros envases:

FRASE	¿QUÉ SIGNIFICA?
SODIO	
Sin sodio o sin sal	Menos de 5 mg por porción
Muy bajo en sodio	35 mg de sodio o menos por porción
Bajo en sodio	140 mg de sodio o menos por porción
Comida baja en sodio	140 mg de sodio o menos por 100g
Bajo en sodio o reducido en sodio	Como mínimo con el 25% menos de sodio que en su versión normal
Ligero en sodio	Con el 50% menos de sodio que en su versión normal
No sazonado o sin sal añadida	No se ha añadido sal durante la manufacturación del producto
GRASA	
Libre de grasa	Menos de 0.5 mg por ración
Bajo en grasa saturada	1 g o menos por ración
Bajo en grasa	3 g o menos por ración
Reducido en grasas	Como mínimo el 25% menos de grasas que en su versión normal
Ligero en grasa	Con el 50% menos de grasa que en su versión normal

Recuerde que en determinados días puede agregar más raciones de un grupo de alimentos que de otro en sus comidas. Del mismo modo, es posible que un día concreto, deba tomar demasiado sodio. No se preocupe. Simplemente asegúrese que la media del día o de la semana se aproxima a la recomendación por grupos de alimentos y por nivel de sodio diario. Nota importante: Si usted está tomando medicación para la hipertensión, no debe suspenderla. Siga el plan de alimentación DASH y consulte el tratamiento farmacológico con su profesional de la salud de referencia.

Anexo K: Sistema canadiense de clasificación de la masa corporal

Adaptado de: Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults. Health Canada – Office of Nutrition Policy and Promotion (2005). Consultado [Versión electrónica] de: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/qa_public_e.html#2
Reproducido con permiso del Ministerio de Asuntos Públicos y Servicios Gubernamentales de Canadá (Minister of Public Works and Government Services Canada), 2005.

¿Qué es el sistema canadiense de clasificación de la masa corporal?

El sistema canadiense de clasificación de la masa corporal utiliza el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia de la cintura para evaluar el riesgo de desarrollar problemas asociados con el sobrepeso o el bajo peso.

Es sistema se utiliza para adultos mayores de 18 años, con las excepción de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia

¿Qué es el índice de masa corporal (IMC)?

El IMC es una ratio que relaciona peso con altura. Los estudios de investigación realizados en extensos grupos de población han demostrado que el IMC puede clasificarse en rangos relacionados con el riesgo para la salud. Existen cuatro categorías de rangos de IMC en el sistema canadiense de clasificación de la masa corporal. Estos son:

- bajo peso (IMC menor a 18.5);
- peso normal (IMC de 18.5 a 24.9);
- sobrepeso (IMC de 25 a 29.9), y
- obeso (IMC superior a 30).

Cálculo del IMC:

Se puede calcular el IMC utilizando varios métodos:

1. Fórmula matemática:

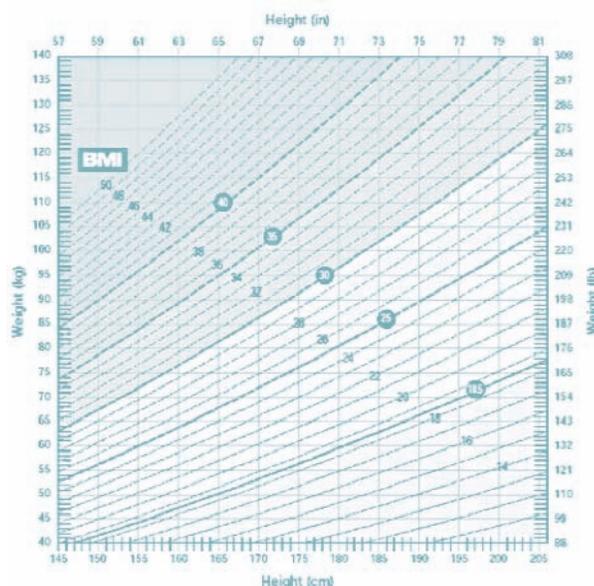
$$\text{IMC} = \frac{\text{peso en kilogramos}}{(\text{altura en metros})^2}$$

2. Se puede consultar una calculadora en línea para determinar el IMC en:

http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/bmi_chart_java_e.html

3. Los diagramas o tablas de IMC pueden utilizarse para calcular o determinar el IMC.

Para estimar el IMC, localice el punto del diagrama donde se produce la intersección entre la altura y el peso. Lea el número en la línea discontinua más cercana al punto. Por ejemplo, si su peso es de 69 kg y su altura de 173 cm, su IMC es aproximadamente de 23, resultado que está dentro del rango de la normalidad.



Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults. Health Canada (2003). Reproducido con autorización del Ministerio de Asuntos Públicos y Servicios Gubernamentales de Canadá (Minister of Public Works and Government Services Canada), 2005.

¿Qué es la circunferencia de la cintura?

La circunferencia de la cintura proporciona información sobre la grasa abdominal. Un exceso de grasa alrededor de la cintura o en el tronco superior (a menudo descrito como cuerpo en forma de “manzana”) se asocia con un mayor riesgo para la salud que cuando la grasa se localiza en la cadera y muslos (descrito como cuerpo en forma de “pera”).

Una circunferencia de cintura superior o igual a 102 cm en los hombres y 88 cm en las mujeres se asocia con un mayor riesgo a desarrollar problemas de salud tales como diabetes, enfermedades coronarias e hipertensión. Los puntos de corte son aproximados, por lo que los valores ligeramente por debajo también deben tomarse en serio.

En general el riesgo de desarrollar problemas de salud aumenta si la circunferencia de la cintura incrementa por encima de los puntos de corte arriba indicados. Aunque el IMC de una persona esté en el rango de “peso normal”, una circunferencia de cintura grande nos indicará que existe algún riesgo para la salud.

Para determinar la circunferencia de la cintura la persona que realiza la medición debe estar de pie al lado de la persona a quien se mide. La circunferencia de la cintura se mide en la parte del torso localizada a medio camino entre la costilla inferior y la creta ilíaca (parte superior del hueso pélvico). La cinta debe quedar de forma que no comprima los tejidos blandos.

Pueden encontrar más detalles respecto a la circunferencia de la cintura en Health Canada:

http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/cg_quick_reference_e.html

Anexo L: Valoración del consumo de alcohol

Reproducido con autorización. Ewing, J. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252(14), 1905-1907.

Cuestionario CAGE

- ¿Alguna vez has sentido la necesidad de (C) reducir el consumo de alcohol? (Pregunta en inglés: Have you ever felt you ought to Cut down on your drinking?)
- ¿Te han (A) molestado criticando tu forma de beber? (Pregunta en inglés: Have people Annoyed you by criticizing your drinking?)
- ¿Te has sentido alguna vez mal o (G) culpable por beber? (Pregunta en inglés: Have you ever felt bad or Guilty about your drinking?)
- ¿Alguna vez se ha bebido a primera hora de la mañana para (E) templar sus nervios o para librarse de la resaca? (Pregunta en inglés: Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover (Eye-opener)?)

Puntuación: Un punto por respuesta afirmativa

Las puntuaciones de 1 a 3 deben crear un índice de sospecha alto y debe realizarse una evaluación posterior como garantía.

Puntuación = 1	80% son dependientes del alcohol
Puntuación = 2	89% son dependientes del alcohol
Puntuación = 3	99% son dependientes del alcohol
Puntuación = 4	100% son dependientes del alcohol

Test para identificar los trastornos por consumo de alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés)

Early detection & counseling of problem drinking. *The Canadian Guide to Clinical Preventative Health Care*. Chap 42, (488-498). Health Canada (1994). Reproducido con autorización del Minister of Public Works and Government Services Canada, 2005.

1. ¿Cada cuánto consumes una bebida que contenga alcohol?

- Nunca (0)
- Mensualmente o menos (1)
- De dos a cuatro veces al mes (2)
- De dos a tres veces a la semana (3)
- Cuatro o más veces a la semana (4)

3. ¿Cada cuánto tomas 6 o más bebidas en una ocasión o evento?

- Nunca (0)
- Mensualmente o menos (1)
- De dos a cuatro veces al mes (2)
- De dos a tres veces a la semana (3)
- Cuatro o más veces a la semana (4)

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes en un día normal en el que bebas?

- 1 o 2 (0)
- 3 o 4 (1)
- 5 o 6 (2)
- de 7 a 9 (3)
- 10 o más (4)

4. ¿Durante el último año, cuántas veces te has encontrado con que no eras capaz de dejar de beber una vez empezabas?

- Nunca (0)
- Menos que mensualmente (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- Diariamente o casi todos los días (4)

5. ¿Durante el último año, cuántas veces has fracasado en hacer algo que se esperaba de ti por culpa de la bebida?
- Nunca (0)
Menos que mensualmente (1)
Mensualmente (2)
Semanalmente (3)
Diariamente o casi todos los días (4)
6. ¿Durante el último año, cuántas veces has necesitado beber por la mañana para recuperarte después de un haber bebido mucho?
- Nunca (0)
Menos que mensualmente (1)
Mensualmente (2)
Semanalmente (3)
Diariamente o casi todos los días (4)
7. ¿Durante el último año, cuántas veces has sentido culpabilidad o remordimientos después de beber?
- Nunca (0)
Menos que mensualmente (1)
Mensualmente (2)
Semanalmente (3)
Diariamente o casi todos los días (4)
8. ¿Durante el último año, cuántas veces has sido incapaz de recordar lo que ocurrió la noche anterior porque has estado bebiendo?
- Nunca (0)
Menos que mensualmente (1)
Mensualmente (2)
Semanalmente (3)
Diariamente o casi todos los días (4)
9. ¿Se ha hecho daño o ha hecho daño a otra persona como resultado de la bebida?
- No (0)
Sí, pero no en el último año (2)
Sí, durante el año pasado (4)
10. ¿Tienes un pariente o amigo, o un médico, u otro profesional de la salud que esté preocupado porque bebas o que te haya sugerido que los dejes?
- No (0)
Sí, pero no en el último año (2)
Sí, durante el año pasado (4)



Manejo de la hipertensión en enfermería

Puntuación: La numeración que aparece en cada respuesta es el número de puntos. El rango de puntuación en las respuestas va de 0 a 4. No hay un grupo de puntos de corte que indiquen un consumo nocivo. Una puntuación de 2 o más indica un nivel de consumo nocivo. La puntuación concreta que indica que se deba realizar otra evaluación de garantía depende en parte de la situación p.ej. una puntuación de 3 en una persona programada para cirugía claramente justificaría una evaluación adicional, aunque no sería tan crítico en el caso de una persona sana que está siendo examinada en una revisión rutinaria. En cualquier caso, la educación para el paciente o la reducción de daños están indicadas para cualquier persona que puntúe por encima de 1.



Herramientas adicionales para la detección de consumo de alcohol:

Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

Selzer, M. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127(12), 1653-1658.

Short MAST (S-MAST)

Selzer, M., Vinokur, A. & VanRooijen, L. (1975). A self-administered Short Michigan Alcohol Screening Test (S-MAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36(1), 117-126.

Brief MAST

MacKenzie, D., Langa, A. & Brown, T. (1996). Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: A comparison of AUDIT, CAGE and brief MAST. *Alcohol and Alcoholism*, 31(6), 591-599.

TWEAK

Chan, A., Pristach, E., Welte, J. & Russell, M. (1993). Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(6), 1188-1192.

T-ACE

Sokol, R., Martier, S., & Ager, J. (1989). The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160(4), 863-870.

Fast Alcohol Screening Test (FAST)

Health Development Agency (NHS) (2002). Manual for the Fast Alcohol Screening Test (FAST). Fast screening for alcohol problems. Health Development Agency and University of Wales College of Medicine. Retrieved [Electronic Version] from: www.hda-online.org.uk

Anexo M: Abandono del hábito tabáquico: una intervención breve

Reproducido con autorización.

© 2005 State of Arizona, Arizona Department of Health Services, Arizona Tobacco Education and Prevention Program.

Paso 1: PREGUNTE en cada encuentro,

- “¿Fuma?”
- “¿Ha fumado alguna vez?”
- “¿Está expuesto a humo ambiental o ajeno?”

Consejos:

- Tenga un sistema. Realice preguntas sencillas y rutinarias.
- Haga saber a la persona que le realiza las preguntas porque forma parte de la atención y de su trabajo.
- Se recomienda que se pregunte sobre el tabaco como si se tratase de una constante vital.
- Toda documentación sobre consumo de tabaco e intervención debe registrarse en la historia del paciente (PHS, 2005).

Paso 2: RECOMIENDE a todos los consumidores de tabaco que lo dejen.

Consejos:

- Relevancia: De asesoramiento personalizado.
- Premios: ¿De qué se beneficiará el fumador si deja de fumar?
- Riesgos: ¿Qué riesgos reales y actuales tiene el fumador?
- Obstáculos: ¿Qué identifica el fumador como obstáculos para dejar de fumar? ¿Qué barreras tiene el paciente a la hora de prepararse para dejar de fumar?
- Repita los consejos educativos en cada visita. La repetición favorece los resultados efectivos.

Paso 3: EVALÚE la voluntad que tienen los fumadores para intentar dejar de fumar.

Consejos:

- Pregunte: “¿Tiene la intención de dejar de fumar en los próximos 30 días?”

*Si la persona fumadora no tiene intención o no quiere hablar a cerca de **dejar de fumar** en los próximos 30 días:

Paso 4: AYUDE al fumador a pensar sobre dejar de fumar en el futuro.

Consejos:

- Los fumadores que no están preparados para dejar de fumar hoy, deben estarlo en la próxima visita.
- No presione al fumador para que deje de fumar.

- Ofrezcale materiales de autoaprendizaje o lecturas que le estimulen para dejar de fumar.

Paso 5: ORGANICE un seguimiento

Consejos:

- Haga saber al fumador que está disponible para cuando decida dejar de fumar.
- Informe al fumador que por la importancia que tiene, usted continuará realizándole preguntas sobre el tabaco.

*Si la persona fumadora tiene intención de dejar de fumar en los próximos 30 días:

Paso 4: AYUDE al fumador a iniciar un Plan para dejar de fumar simple

Consejos:

- Utilice el Plan para dejar de fumar para guiar la intervención.
- Mantenga la simplicidad. Evite el counselling o la resolución de problemas.
- Haga uso de los referentes comunitarios para apoyar la necesidad de asesoramiento del fumador.

Paso 5: ORGANICE un seguimiento

Consejos:

- Utilice un sistema recordatorio para favorecer las visitas de seguimiento.
- Cuando sea posible, programe una visita de seguimiento en la primera semana después de dejar de fumar.
- Felicite a los fumadores que se mantienen sin fumar y apoye a aquellos que han recaído. En cualquier caso, solo el hecho de dejarlo merece felicitaciones. Mantenga una actitud positiva.

Anexo N: ¿Cuán vulnerable eres al estrés?

Con autorización de los autores.

Susceptibility Scale from the Personal Stress Navigator™ by Lyle H. Miller, Ph.D. and Alma Dell Smith, Ph.D.

© 2000, Stress Directions, Inc., www.stressdirections.com

En nuestra sociedad, la mayoría de las personas no pueden evitar el estrés. A pesar de ello, uno puede aprender a ser de una forma que disminuya los efectos del estrés. Los investigadores han identificado una serie de factores que afectan la vulnerabilidad individual hacia el estrés. Entre ellos están los hábitos alimentarios y de sueño, el consumo de cafeína y alcohol, y cómo las personas expresan sus emociones. El siguiente cuestionario autoadministrado está diseñado para ayudar a las personas a descubrir su cociente de vulnerabilidad e identificar los puntos problemáticos.

Puntuación: Puntúe cada ítem desde 1 (siempre) hasta 5 (nunca), según el grado de acuerdo. Asegúrese de marcar cada ítem, incluso si no es de aplicación (por ejemplo, si usted no fuma, haga un círculo alrededor del 1 en el ítem 6).

El test que se encuentra a continuación fue desarrollado por los psicólogos Dr. Lyle H. Miller y Dr. Alma Dell Smith.

	Siempre		A veces		Nunca
1. Como al menos una comida equilibrada caliente al día.	1	2	3	4	5
2. Duermo al menos de 7 a 8 horas durante 4 noches a la semana.	1	2	3	4	5
3. Doy y recibo afecto normalmente.	1	2	3	4	5
4. Tengo al menos un pariente o amigo en quién confiar, dentro de una distancia máxima de 80 kilómetros.	1	2	3	4	5
5. Hago ejercicio hasta que sudo al menos dos veces a la semana.	1	2	3	4	5
6. Me limito a mí mismo a fumar menos de medio paquete de cigarrillos al día.	1	2	3	4	5
7. Tomo menos de cinco bebidas alcohólicas a la semana.	1	2	3	4	5
8. Tengo el peso adecuado para mi estatura.	1	2	3	4	5
9. Tengo unos ingresos adecuados para cubrir los gastos básicos.	1	2	3	4	5
10. Obtengo fuerza de mis creencias religiosas.	1	2	3	4	5
11. Atiendo de forma regular a actividades en clubs o casas sociales.	1	2	3	4	5

	Siempre		A veces		Nunca
12. Tengo una red de amigos y conocidos.	1	2	3	4	5
13. Tengo uno o más amigos en quién confiar para asuntos personales.	1	2	3	4	5
14. Tengo buena salud (incluyendo vista, oído, dentadura).	1	2	3	4	5
15. Soy capaz de hablar abiertamente sobre mis sentimientos cuando estoy enfadado o preocupado.	1	2	3	4	5
16. Mantengo conversaciones de forma regular con las personas con las que convivo sobre problemas domésticos, por ejemplo, las tareas y el dinero.	1	2	3	4	5
17. Hago algo para divertirme al menos una vez a la semana.	1	2	3	4	5
18. Soy capaz de organizar mi tiempo de forma efectiva.	1	2	3	4	5
19. Bebo menos de 3 tazas de café (u otras bebidas con cafeína) al día.	1	2	3	4	5
20. Me tomo un tiempo de tranquilidad para mí mismo durante el día.	1	2	3	4	5
21. Tengo una visión optimista de la vida.	1	2	3	4	5

Para calcular su puntuación, súmela y reste 20. Una puntuación por debajo de 10 indica una resistencia excelente al estrés. Una puntuación por encima de 30 indica cierta vulnerabilidad al estrés; por encima de 50, es seriamente vulnerable. Puede hacerse menos vulnerable revisando los ítems donde puntuó con 3 o más e intentando modificarlos. Dese cuenta que la mayoría de ellos describen situaciones y conductas donde usted puede ejercer un gran control. Concéntrese primero en aquellas que son fáciles de cambiar, por ejemplo, comer al menos una comida equilibrada caliente y divertirse al menos una vez a la semana, antes que en aquellas que parecen difíciles.

El Anexo Q proporciona información adicional sobre recursos disponibles para ayudar a las personas a identificar y manejar su estrés



Anexo O: Resumen de los tipos de antihipertensivos prescritos para la hipertensión

CLASE	ACCIONES	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES/ PRECAUCIONES	EFFECTOS SECUNDARIOS
Diuréticos de Tiazida p. ej., ■ Hidroclorotiazida ■ Indapamida	Inhibe la reabsorción del sodio y del cloro en el túbulo distal renal. Aumenta la excreción de sodio, cloro y agua del riñón.	Hipertensión sin indicación obligatoria para fármacos específicos. Son los más frecuentemente recomendados como primera línea. Monitorización sanguínea (Na+, K+, creatinina) de 6 a 12 meses. HL la hipopotasemia puede evitarse utilizando diuréticos ahorradores de potasio (p.ej, Hidroclorotiazida con Amilorida, Triamterene, Espironolactona) o con un suplemento de potasio.	Hipersensibilidad, desequilibrio hídrico o electrolítico, insuficiencia renal o hepática, gota, alteraciones de tolerancia a la glucosa, predisposición a arritmias graves.	Hipopotasemia (<3.5mmol/L), hiponatremia (<120mmol/L), mareo, vértigo, hipotensión ortostática, náuseas, cefalea, poliuria, nocturia, gota, disfunción eréctil, hiperpotelemia. Hiperpotasemia con los diuréticos ahorradores de potasio.
Betabloqueantes p. ej., ■ Acebutolol ■ Atenolol ■ Bisoprolol ■ Labetolol ■ Metoprolol ■ Nadolol ■ Pindolol ■ Propranolol ■ Timolol	Bloquean competitivamente los receptores beta adrenérgicos en el corazón y el aparato juxtaglomerular. Disminuyen la influencia del sistema nervioso simpático en esos tejidos, la liberación de renina y la tensión arterial.	Hipertensión sin indicación obligatoria para fármacos específicos. De primera línea en pacientes de menos de 60 años, postinfartados de miocardio, pacientes con disfunción sistólica y angina estable.	Hipersensibilidad, asma u obstrucción reversible de la vía aérea, bradicardia sinusal, bloqueo cardíaco en ausencia de marcapasos, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). Puede enmascarar signos de hipoglucemia. No se recomienda como monoterapia inicial en pacientes de más de 60 años.	Síntomas gastrointestinales, disnea, bradicardia, fatiga, náuseas, mareos, disfunción eréctil.
Bloqueadores del canal del calcio de acción prolongada p.ej., Dihidropiridina (DHP) ■ Amlodipino ■ Felodipino (Liberación prolongada) ■ Nifedipino (Liberación prolongada) No DHP ■ Diltiazem ■ Verapamilo	Inhibe la entrada de los iones calcio a través de las membranas de las células musculares cardíacas y arteriales cuyo resultado es la vasodilatación.	Hipertensión sin indicación obligatoria para fármacos específicos. Normalmente en terapia combinada.	Hipersensibilidad, bloqueo cardíaco, disfunción ventricular, bradicardia, embarazo. Los bloqueadores del calcio no DHP (Verapamilo, Diltiazem) se han añadido a la lista de tratamientos de primera línea en hipertensión no complicada, pero con precaución en caso de pacientes con fallo cardíaco.	Mareo, cefalea, náuseas, sofocos, diarrea, edema periférico, bradicardia, insuficiencia cardíaca congestiva, bloqueo cardíaco, erupción.

CLASE	ACCIONES	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES/ PRECAUCIONES	EFFECTOS SECUNDARIOS
<p>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) p.ej.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Captopril ■ Enalapril ■ Fosinopril ■ Perindopril ■ Quinapril ■ Ramipril 	<p>Bloquea la ECA convirtiendo la angiotensina I en angiotensina II (un potente vasoconstrictor).</p>	<p>Hipertensión sin indicación obligatoria para fármacos específicos.</p> <p>Monitorización sanguínea de la función renal (K+, creatinina).</p> <p>De primera línea para personas con diabetes, postinfartados, disfunción sistólica, enfermedad renal.</p>	<p>Hipersensibilidad, insuficiencia renal crónica ocasionada por estenosis arterial bilateral, ICC grave, disminución de volumen/sales, embarazo.</p> <p>No se recomienda como monoterapia inicial en pacientes negros, ya que existe mayor riesgo de angioedema.</p> <p>Puede precipitar una insuficiencia renal en algunos pacientes de riesgo (insuficiencia renal crónica ocasionada por estenosis arterial bilateral, aquellos con disminución de volumen o en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos).</p>	<p>Tos seca, angioedema, irritación gastrointestinal, taquicardia, proteinuria, erupción, hiperpotasemia.</p>
<p>Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) p.ej.,</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Candesartan ■ Irbesartan ■ Losartan ■ Telmisartan ■ Valsartan 	<p>Bloquean la unión de la angiotensina II a los receptores de los tejidos específico del músculo liso vascular y la glándula suprarrenal. Ello bloquea el efecto vasoconstrictor del sistema renina-angiotensina y se libera aldosterona.</p>	<p>Hipertensión sin indicación obligatoria para fármacos específicos.</p> <p>Es de primera línea si el paciente no tolera los IECA.</p>	<p>Hipersensibilidad, embarazo, lactancia.</p> <p>Atención: Disfunción renal, disminución de volumen.</p>	<p>Angioedema, dolor de espalda, dolor abdominal, náuseas, cefalea, fatiga, infección de vías respiratorias superiores (síntomas similares a la gripe).</p>

Referencias:

CHEP, 2004, 2005; CMA, 1999; CPS, 2005; Therapeutic Choices, 2000.

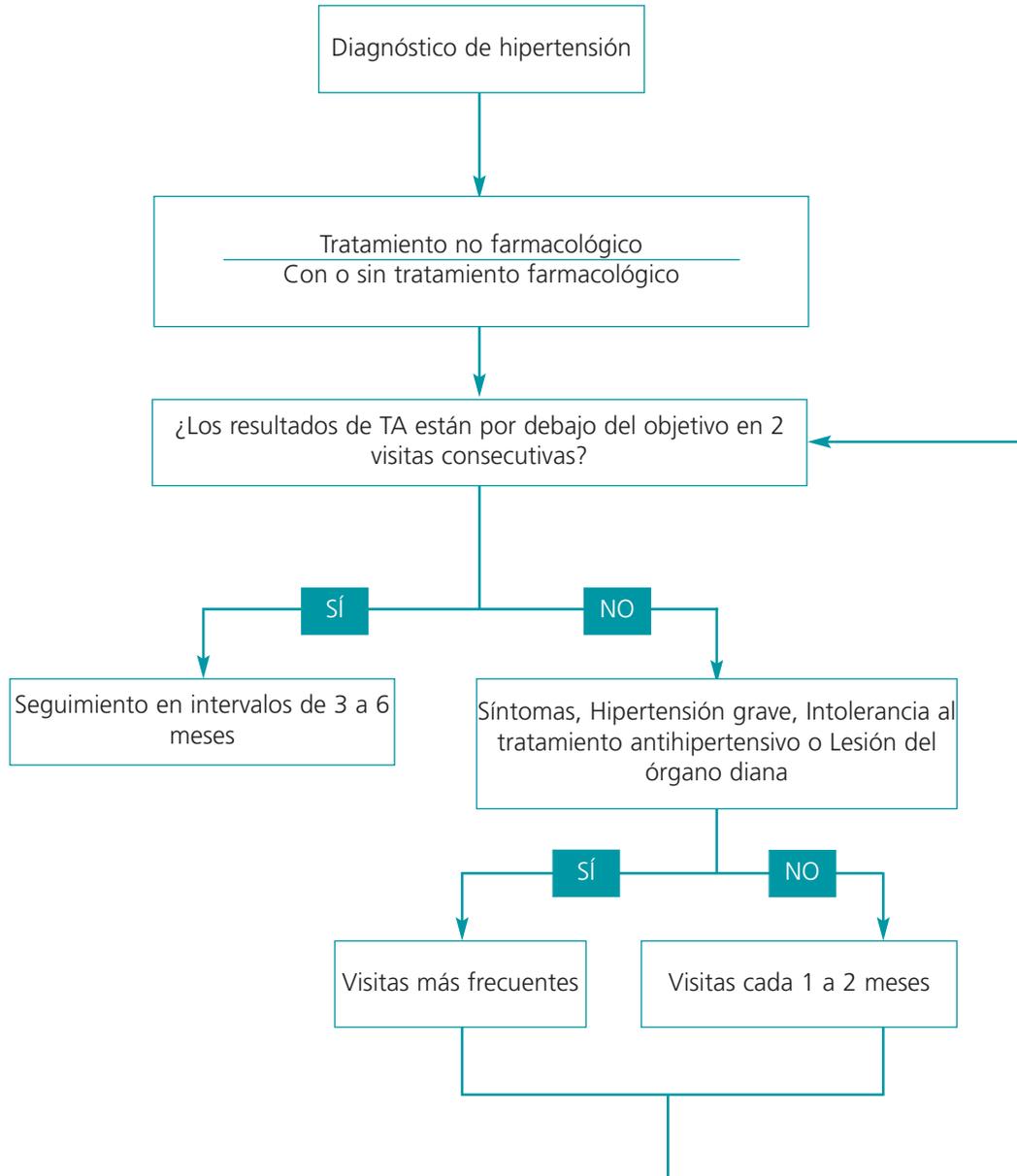
■ Puede encontrar más información en relación al tratamiento de la hipertensión y sus indicaciones en las **Recomendaciones para el manejo de la hipertensión** (CHEP, 2005): www.hypertension.ca

■ La **Estrategia de protección vascular global para pacientes hipertensos** pueden consultarse en: www.hypertension.ca

Anexo P: Algoritmo de Seguimiento

Reproducido con autorización. Canadian Hypertension Education Program Process, 2005.

Recomendaciones para el seguimiento



Anexo Q: Recursos educativos

Los recursos educativos que se encuentran a continuación han sido compilados por el equipo de desarrollo como un recurso para las enfermeras y sus pacientes con el fin de que aprendan más sobre la hipertensión y su manejo. No pretende ser una lista inclusiva.

RECURSOS / PÁGINAS WEB	
<p>TEMA</p> <p>Hipertensión y asociaciones relacionadas</p>	<p>American Heart Association: www.americanheart.org</p> <p>American Society of Hypertension: www.ash-us.org</p> <p>British Hypertension Society: www.hyp.ac.uk/bhs/default.htm</p> <p>Canadian Association for Cardiovascular Rehabilitation: www.cacr.ca</p> <p>Canadian Cardiovascular Society: www.ccs.ca</p> <p>Canadian Coalition for Prevention and Control of Hypertension: www.canadianbpcoalition.org</p> <p>Canadian Hypertension Education Program (CHEP): www.hypertension.ca/index2.html</p> <p>Canadian Hypertension Society: www.hypertension.ca</p> <p>Canadian Medical Association: www.cma.ca</p> <p>Canadian Stroke Network: www.canadianstrokenetwork.ca</p> <p>European Society of Hypertension: www.eshonline.org/esh/index.asp</p> <p>Health Canada: www.hc-sc.gc.ca</p> <p>Health Canada – Cardiovascular Disease Division: www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpemc/cvd-mcv/links_e.html</p> <p>Heart and Stroke Foundation of Canada: www.heartandstroke.ca</p> <p>High Blood Pressure Research Council of Australia: www.hbprca.com.au</p> <p>National Heart, Blood and Lung Institute: www.nhlbi.nih.gov</p> <p>Singapore National Heart Association: www.hbprca.com.au</p> <p>World Hypertension League: www.mco.edu/org/vwhl/pat.html</p>
<p>Heart and Stroke Foundation: www.heartandstroke.ca</p>	<p>Herramientas para la tensión arterial: Herramientas para una tensión arterial saludable</p> <p>La “Heart and Stroke Foundation” es una organización nacional de voluntarios sin ánimo de lucro cuya misión es la mejora en la salud de los canadienses mediante la prevención y reducción de la discapacidad y muerte por enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares a través de la investigación, la promoción de la salud y la prevención.</p> <p>Herramientas del Plan de acción para la tensión arterial (por sus siglas en inglés BP Tools) — Healthy Blood Pressure Tools: www.heartandstroke.ca/bloodpressure</p> <p>Esta sección de la web contiene abundante información, consejos y recursos para ayudar en la prevención y control de la hipertensión arterial. El Plan de acción para la tensión arterial™ (en adelante por su nombre en inglés, Blood Pressure Action Plan™), es totalmente gratuito y confidencial, ayuda a evaluar el riesgo individual y proporciona un plan de acción personalizado; disponible en: www.heartandstroke.ca. Aquellas personas que no tienen acceso a internet, pueden obtener tanto el “Blood Pressure Action Plan™” como un folleto sobre la tensión arterial (referencia #44802) llamando al 1-888-473-4636 (1-888-HSF-INFO).</p>

RECURSOS / PÁGINAS WEB	
TEMA	<p>“Kit para una corazón sano” (“Healthy Heart Kit”) es un kit de manejo y educación para el paciente en cuanto a prevención de la enfermedad cardiovascular y promoción de la salud cardiovascular: www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/hhk-ics/index.html</p>
Hipertensión en línea (Hypertension Online Kit)	<p>Un recurso educativo con información y herramientas relevantes en el campo de la hipertensión: www.hypertensiononline.org</p>
Formación continuada	<p>El “CV Toolbox” es un recurso educativo que proporciona guías, herramientas y folletos informativos en línea: www.cvttoolbox.com</p>
Centro de recursos para un corazón saludable (Heart Health Resource Centre)	<p>Herramienta de las mejores y más prometedoras prácticas: www.hbrc.net/bpt/index.cfm</p>
Alimentación saludable	<p>Center for Science in the Public Interest: www.csipinet.org/nah/dash.htm</p> <p>Dial-a-Dietician: www.dialadietician.org</p> <p>Dietitians of Canada: www.dietitians.ca</p> <p>Facts About the DASH Eating Plan: www.nhlbi.nih.gov/health/heart/hbp/dash/new_dash.pdf</p>
Peso saludable	<p>Heart and Stroke Foundation — Your Health Tools: www.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=1180</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Calculadora de IMC ■ Calculadora de la circunferencia de cintura ■ Calculadora de alimentación y estado físico <p>Health Canada: www.hc-sc.gc.ca</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults – Quick Reference Tool for Professionals: www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/cg_quick_reference_e.html
Abandono tabáquico	<p>Canadian Cancer Society: www.cancer.ca/tobacco</p> <p>Canadian Council on Tobacco Control: www.cctc.ca</p> <p>Ontario Campaign for Action on Tobacco: www.ocat.org</p> <p>Physicians for a Smoke-Free Canada: www.smoke-free.ca</p> <p>Program Training and Consultation Centre: www.ptcc.on.ca.ca</p> <p>Registered Nurses’ Association of Ontario: www.rnao.org/bestpractices</p> <p>University of Geneva: www.stop-tabac.ch/en.welcome.html</p> <p>Páginas recomendadas por expertos profesionales en deshabitación tabáquica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Centro de dependencia a la nicotina de la Mayo Clinic: www.mayoclinic.org/ndc-rst ■ QuitNet: www.quitnet.com/?redir=http://www.tepp.org/quit/cesslinks.html ■ Enfermo de humo (Sick of Smoke): www.sickofsmoke.com/pgs/ads.html ■ Base de datos y recursos educativos para el tratamiento contra la dependencia tabáquica (“Trata el Tabaco”): www.treattobacco.net/home/home.cfm ■ Centro para la investigación e intervención tabáquica (Center for Tobacco Research and Intervention): www.ctri.wisc.edu ■ Fuente de información y prevención sobre el tabaco (CONSEIOS): www.cdc.gov/tobacco/sgr/2004/index.htm ■ Instituto Nacional contra el Cáncer: control e investigación en cáncer (National Cancer Institute – Tobacco Control Research): http://dceps.nci.nih.gov/tcrb/guide_measures.html ■ Red internacional de mujeres contra el tabaco (International Network of Women Against Tobacco): www.inwat.org/inwatnewsletter.htm

RECURSOS / PÁGINAS WEB	
TEMA Alcohol	<p>Alcohólicos anónimos: www.alcoholics-anonymous.org Alcohol Policy Network: www.apolnet.org Canadian Centre on Substance Abuse: www.ccsa.ca Centre for Addiction and Mental Health: www.camh.net Health Canada: www.hc-sc.gc.ca</p>
Estrés	<p>Stress Directions – The Stress Knowledge Company: www.stressdirections.com Contiene información sobre la susceptibilidad hacia el estrés, recursos y síntomas del estrés, así como acciones específicas para gestionarlo. Esta página web proporciona un programa en línea llamado “Personal Stress Navigator” desarrollado y testado científicamente.</p>
Información sobre fármacos	<p>Base de datos de fármacos de Health Canada: www.hc-sc.gc.ca/hpb/drugs-dpd Directorio de productos terapéuticos de Health Canada: www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt Base de datos de fármacos Healthy Ontario.com: www.healthycanada.com/english/index.asp Información sobre medicamentos de MedLine Plus: www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginformation.html Formulario del programa de ayuda para fármacos de Ontario: www.health.gov.on.ca/english/providers/program/drugs/odbf_mn.html Plan de ayuda para fármacos de Ontario: www.health.gov.on.ca/english/public/program/drugs/drugs_mn.html Programa para medicamentos Trillium: www.health.gov.on.ca/english/pub/drugs/trillium.html</p>
Modelos de predicción de riesgo	<p>American Heart Association – Blood Pressure Risk Calculator: www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3027275 La CV Tool Box tiene múltiples calculadores de riesgo disponibles: www.cvtoolbox.com Modelo de riesgo de Framingham: http://hin.nhlbi.nih.gov/atpii/calculator.asp Heart to Heart (uses the Framingham Equations): www.med-decisions.com/cvtool/active/provider/provider.html Puntuación cardiaca: www.escardio.org/initiatives/prevention/HeartScore.htm Programa de mejora de la salud cardiovascular de Montreal: www.chiprehab.com/CVD Calculadora de riesgo ProCam: http://chdrisk.uni-muenster.de/calculator.php</p>
Validación de protocolos	<p>Asociación para el avance de la instrumentación médica (AAMI): www.aami.org Protocolo de la Sociedad Británica de Hipertensión: http://www.bhsoc.org/blood_pressure_list.htm Protocolo internacional: http://www.eshonline.org/pdf/International_PS_2002.04.29.pdf</p>

Anexo R: Descripción de la Herramienta

Las Guías de buenas prácticas podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios necesarios para ello. Para este propósito, la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestoras, ha desarrollado la *Herramienta: Implantación de Guías de práctica clínica* basada en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta de cara a la implantación en toda institución de salud, de cualquier Guía de buenas prácticas clínicas.

La *Herramienta* orienta paso a paso a los grupos e individuos que trabajan para planificar, coordinar y facilitar la implantación de la Guía. En concreto, recomienda que se sigan los siguientes pasos principales en la adopción de una guía:

1. Identificar una Guía de práctica clínica basada en la evidencia y bien desarrollada.
2. Identificar, valorar y lograr el compromiso de los colaboradores.
3. Valorar si el entorno es adecuado para la implantación de la Guía.
4. Identificar y planificar estrategias de implantación basadas en la evidencia.
5. Planificar e implantar el sistema de evaluación.
6. Identificar y garantizar los recursos necesarios para la implantación.

Implantar las Guías en la práctica, de tal manera que se consiga cambiar la práctica clínica con éxito, resulta una tarea extremadamente compleja. La *Herramienta* supone un recurso fundamental para gestionar este proceso.

La *Herramienta* está disponible en la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. El documento puede ser enviado por un precio simbólico y también está disponible de forma gratuita en la página web de la RNAO. Para una mayor información, realizar una comanda en papel o bajar la *Herramienta*, por favor, consulte nuestra web en www.rnao.org/bestpractices.



Julio 2009

Guía de buenas prácticas en enfermería

Manejo de la hipertensión en enfermería

Suplemento a la guía

Miembros del equipo de revisión

Cindy Bolton, RN, BScN, MBA
Team Leader, Project Manager
Kingston General Hospital
Kingston Ontario

Linda Belford, RN, MN, NP-Adult, CCN(C)
NP Practice Leader, PMCC
University Health Network
Toronto, Ontario

Anna Bluvol, RN, MScN, CNN(C), CRN(C)
Clinical Nurse Specialist, Rehabilitation
St. Joseph's Health Care
London, Ontario

Jo-Anne Costello, RN(EC), MScN, CCN(c)
Nurse Practitioner
Guelph Family Health Team
Guelph, Ontario

Heather DeWagner, RN, BScN, MN(c)
Practical Nursing Program, 1st Year Coordinator
St. Clair College – Thames Campus
Chatham, Ontario

Sarah Flogen, RN, BScN, MEd, PhD(c)
Clinical Nurse Specialist
Baycrest Centre for Geriatric Care
Toronto, Ontario

Linda Gould, RPN
Stroke Data and Evaluation Specialist and Stroke
Telemedicine Coordinator
Regional Stroke Program, Hamilton Health Sciences,
Hamilton, Ontario

Sharon Jaspers, RN(EC), HBScN, PHCNP, CDE
Nurse Practitioner
Northwestern Ontario Regional Stroke Network
Thunder Bay, Ontario

Hazelynn Kinney, RN, MN
Clinical Educator, Coronary Care Unit
Trillium Health Centre
Mississauga, Ontario

Cheryl Mayer, RN, MScN
Clinical Nurse Specialist
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Mary Ellen Miller, RN, BScN, MN(c)
Stroke Nurse Clinician
District Stroke Centre, Royal Victoria Hospital
Barrie, Ontario

Connie McCallum, RN(EC), BScN
Nurse Practitioner
Stroke Prevention Clinic
Niagara Falls, Ontario

Susan J. Oates, RN, BN, MScN, CRN(c)
Clinical Nurse Specialist, Geriatrics
St. Mary's General Hospital
Kitchener, Ontario

Rishma Nazarali, RN, BScN, MN
Program Manager
International Affairs and Best Practice
Guidelines Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Integración del suplemento

De manera similar a la guía publicada originalmente, este documento necesita ser revisado y aplicado en función de las necesidades específicas de cada lugar de práctica clínica, así como de los deseos y necesidades de los pacientes. Este suplemento debe utilizarse en conjunción con la guía como herramienta para asistir a la toma de decisiones en el proceso de curas individualizados, así como asegurándose que existen las estructuras y apoyos necesarios para proporcionar los mejores cuidados posibles.

Antecedentes

La hipertensión es una condición crónica y compleja que habitualmente se conoce con el nombre de “la asesina silenciosa”. La encuesta que recientemente ha realizado la Stroke Foundation of Ontario (2009) para el tratamiento y control de la hipertensión encontró unos niveles de tensión arterial sin precedentes que suponían que dos de cada tres personas seguían controles de hipertensión. Sin embargo, para las personas con diabetes los controles eran sólo uno de cada tres, con dos tercios por encima del objetivo de tener la tensión por debajo de 130/80 mmHg. Las enfermeras trabajando en colaboración con el equipo interdisciplinar, los pacientes y las familias, tienen un rol muy importante en la detección y manejo de la hipertensión.

Proceso de revisión

Se reunió a un equipo de enfermeras y profesionales de las salud compuesto por miembros del equipo de desarrollo de la guía original y otras personas recomendadas con experiencia demostrada en esta área de práctica clínica. Se realizó una búsqueda de la evidencia estructurada con el objetivo de la guía original con la finalidad de captar la literatura nueva relevante y otras guías publicadas. Los hallazgos iniciales en cuanto a impacto de la evidencia sobre la guía original fueron resumidos y enviados a todos los miembros del equipo de revisión, con la finalidad de asegurar la pertinencia, validez y seguridad de las recomendaciones de la guía, tal y como se realizó en 2005. En febrero de 2009, el equipo se reunió para lograr un consenso en cuanto a la necesidad de revisar las recomendaciones existentes.



Revisión de las guías existentes

One individual searched an established list. Un individuo buscó la lista establecida de páginas web con guías y otros contenidos relevantes. Se realizó una compilación de la lista basándose en el conocimiento basado en evidencia existente en las web de práctica clínica y en las recomendaciones de la literatura.

Los miembros del equipo realizaron una revisión crítica de 8 guías internacionales publicadas desde 2004, usando el "Instrumento de Valoración y evaluación de Guías de Investigación AGREE" (The AGREE Collaboration, 2001). En esta revisión se identificaron 3 guías para ser incluidas en el proceso y se mandaron a todos los miembros del equipo de revisión:

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), (2005). Hypertension in older people: A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN (SIGN publication no. 49).

Canadian Hypertension Society, (2009). The 2009 CHEP recommendations for the management of hypertension:

Canadian Hypertension Education Program. Retrieved from www.hypertension.ca.

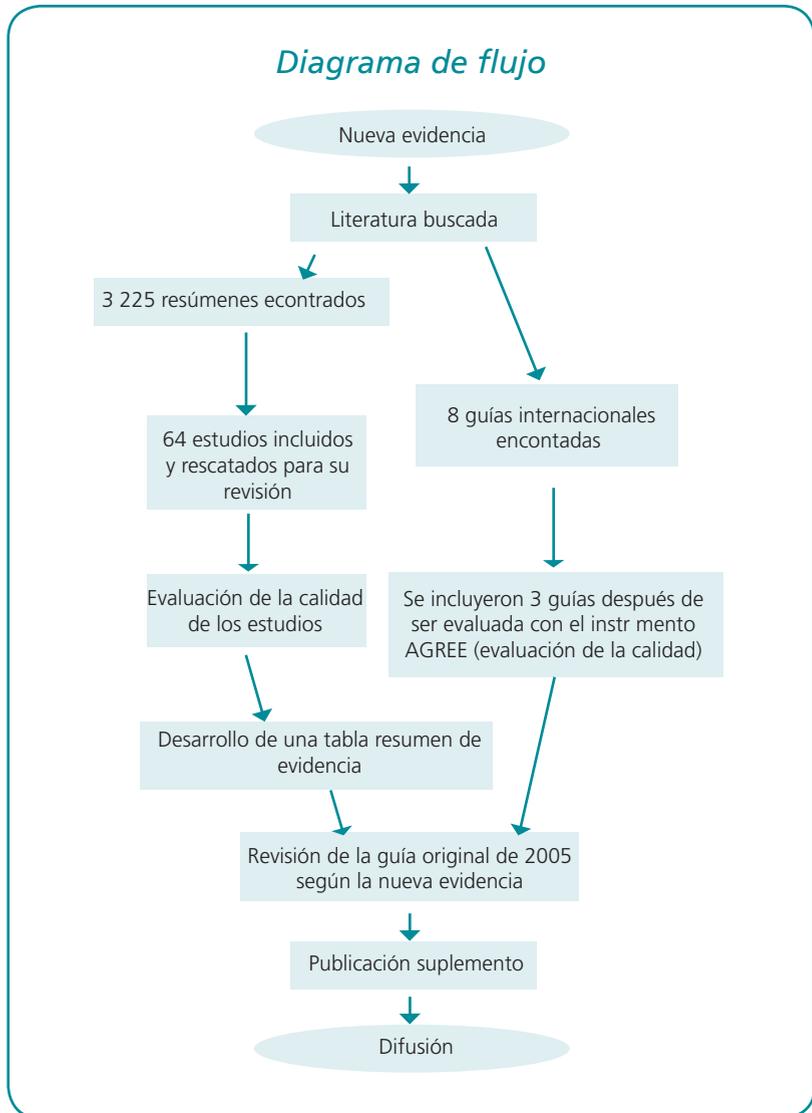
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), (2006). Management of hypertension in adults in primary care. London: NICE (clinical guideline 34). Retrieved from www.nice.org.uk/cg034.

Revisión de la literatura

Al mismo tiempo que se revisaban las guías existentes, se realizó una búsqueda sobre la literatura relevante para el objetivo de la guía dirigida por la líder del equipo de revisión. Una bibliotecaria de ciencias de la salud realizó una búsqueda en las principales bases de datos CINALH, Medline y EMBASE. Una investigadora ayudante (una enfermera con nivel de máster) completó la revisión siguiendo criterios de inclusión y exclusión, evaluación de la calidad y extracción de datos de los estudios recuperables y preparó resumen de los hallazgos de la literatura.

Se proporcionó a todos los miembros del equipo de revisión una tabla completa con los datos y referencias.

Se proporciona un resumen de la evidencia en el diagrama de flujo más abajo:



Hallazgos de la revisión

La revisión de la mayoría de los estudios y guías relevantes publicadas desde el desarrollo de la guía original no supone cambios sustanciales en las recomendaciones, aunque se sugieren evidencias más potentes en relación a nuestra perspectiva enfermera en el manejo de la hipertensión. Los miembros del equipo de revisión propusieron solo unas modificaciones menores en los anexos O y Q de la guía original como se puede ver a continuación:



Anexo O: Resumen de los tipos de antihipertensivos prescritos

El siguiente anexo ha sido actualizado para sustituir el capítulo encontrado en las páginas 125 y 126 de la guía original.

RESUMEN DE LOS TIPOS DE ANTIHIPERTENSIVOS PRESCRITOS				
CLASE	ACCIONES	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES/ PRECAUCIONES	EFFECTOS SECUNDARIOS
<p>Diuréticos de Tiazida p.ej</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clortalidona • Hidroclorotiazida • Indapamida • Metolazona 	<p>Inhibe la reabsorción del sodio y del cloro en el túbulo distal renal. Aumenta la excreción de sodio, cloro y agua del riñón.</p>	<p>Hipertensión sin indicación obligatoria para fármacos específicos. Recomendados como primera línea. Monitorización sanguínea (Na+, K+, creatinina) de 6 a 12 meses. La hipopotasemia puede evitarse utilizando diuréticos ahorradores de potasio (p.e., Hidroclorotiazida con Amilorida, Triamterene, Espironolactona) o con un suplemento de potasio.</p>	<p>Hipersensibilidad, desequilibrio hídrico o electrolítico, insuficiencia renal o hepática, gota, alteraciones de tolerancia a la glucosa, predisposición a arritmias graves</p>	<p>Hipopotasemia (<3.5mmol/L), hiponatremia (<120mmol/L), mareo, vértigo, hipotensión ortostática, náuseas, cefalea, poliuria, nocturia, gota, disfunción eréctil, hiperglicemia. * (véanse las precauciones en la siguiente página)</p>
<p>Betabloqueantes p.ej.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acebutolol • Atenolol • Bisoprolol • Labetolol • Metoprolol • Nadolol • Pindolol • Propranolol • Sotalol • Timolol 	<p>Bloquean competitivamente los receptores beta adrenérgicos en el corazón y el aparato juxtoglomerular. Disminuyen la influencia del sistema nervioso simpático en esos tejidos, la liberación de renina y la tensión arterial.</p>	<p>Hipertensión sin indicación obligatoria para fármacos específicos. De primera línea en pacientes de menos de 60 años, postinfartados de miocardio, pacientes con disfunción sistólica y angina estable.</p>	<p>Hipersensibilidad, asma u obstrucción reversible de la vía aérea, bradicardia sinusal, bloqueo cardíaco en ausencia de marcapasos, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC).</p> <p>Puede enmascarar signos de hipoglicemia.</p>	<p>No se recomienda como monoterapia inicial en pacientes de más de 60 años. Síntomas gastrointestinales, disnea, bradicardia, fatiga, náuseas, mareos, disfunción eréctil.</p>
<p>Bloqueadores del canal del calcio de acción prolongada p.e.j.:</p> <p><i>Dihidropiridina (DHP)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amlodipino • Felodipino (Liberación prolongada) • Nifedipino (Liberación prolongada) <p>No DHP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diltiazem • Verapamilo 	<p>Inhibe la entrada de los iones calcio a través de las membranas de las células musculares cardíacas y arteriales cuyo resultado es la vasodilatación.</p>	<p>Hipertensión sin indicación obligatoria para fármacos específicos. Puede utilizarse como terapia inicial, aunque normalmente se utiliza como terapia combinada.</p>	<p>Hipersensibilidad, bloqueo cardíaco, disfunción ventricular, bradicardia, embarazo. Los bloqueadores del calcio no DHP (Verapamilo, Diltiazem) se han añadido a la lista de tratamientos de primera línea en hipertensión no complicada, pero con precaución en caso de pacientes con fallo cardíaco. Tenga precaución al combinar bloqueadores de canal de calcio no DHP con betabloqueantes.</p>	<p>Mareo, cefalea, náuseas, sofocos, diarrea, edema periférico, bradicardia, insuficiencia cardíaca congestiva, bloqueo cardíaco, erupción.</p>

RESUMEN DE LOS TIPOS DE ANTIHIPERTENSIVOS PRESCRITOS

CLASE	ACCIONES	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES/ PRECAUCIONES	EFFECTOS SECUNDARIOS
<p>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) p.ej.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benazepril • Captopril • Cilazapril • Enalapril • Fosinopril • Lisinopril • Perindopril • Ramipril • Trandolapril 	<p>Bloquea la ECA convirtiéndola en angiotensina I en angiotensina II (un potente vasoconstrictor).</p>	<p>Hipertensión sin indicación obligatoria para fármacos específicos.</p> <p>Monitorización sanguínea de la función renal (K+, creatinina).</p> <p>De primera línea para personas con diabetes, postinfartados, disfunción sistólica, enfermedad renal.</p>	<p>Hipersensibilidad, insuficiencia renal crónica ocasionada por estenosis arterial bilateral, ICC grave, disminución de volumen/sales, embarazo. No se recomienda como monoterapia inicial en pacientes negros, ya que existe mayor riesgo de angioedema. Puede precipitar una insuficiencia renal en algunos pacientes de riesgo (insuficiencia renal crónica ocasionada por estenosis arterial bilateral, aquellos con disminución de volumen o en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos). No se recomienda la combinación de IECA con ARA II.</p>	<p>Tos seca, angioedema, irritación gastrointestinal, taquicardia, proteinuria, rash, hiperpotasemia.</p>
<p>Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) p.ej.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Candesartan • Eprosartan • Irbesartan • Losartan • Telmisartan • Valsartan 	<p>Bloquean la unión de la angiotensina II a los receptores de los tejidos específico del músculo liso vascular y la glándula suprarrenal. Ello bloquea el efecto vasoconstrictor del sistema renina-angiotensina y se libera aldosterona.</p>	<p>Hipertensión sin indicación obligatoria para fármacos específicos. Es de primera línea si el paciente no tolera los IECA. Es de primera línea en pacientes diabéticos.</p>	<p>Hipersensibilidad, embarazo, lactancia.</p> <p>Atención: Disfunción renal, disminución de volumen.</p>	<p>Angioedema, dolor de espalda, dolor abdominal, náuseas, cefalea, fatiga, infección de vías respiratorias superiores (síntomas similares a la gripe).</p>

Referencias: Canadian Hypertension Education Program, 2009; Gray, 2007.

***Atención: Monitoree el potasio cuando utilice diuréticos ahorradores de potasio (p.ej., Amilorida, Triamterene, Espironolactona).**

Anexo Q: Recursos Educativos

El siguiente anexo ha sido actualizado y sustituye el cuadro que se encuentra de la página 133 a la 135 de la guía original.

TEMA	RECURSOS Y PAGINAS WEB
Recursos para la hipertensión en Canadá	<p>Canadian Hypertension www.hypertension.ca Esta página web representa a las tres organizaciones clave para la hipertensión en Canadá. Contiene una gran cantidad de información para los profesionales de la salud, los investigadores y el público en general además de ser un portal de acceso a la información más actualizada sobre hipertensión en Canadá. Para obtener una lista completa de su contenido, visite regularmente la página web.</p> <p>Blood Pressure Canada www.hypertension.ca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones públicas • Herramientas educativas • Videos • Boletines informativos <p>Canadian Hypertension Education Program (CHEP) www.hypertension.ca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones anuales • Publicaciones • Presentaciones • Posters • Enlaces de interés • Tensiómetros aprobados • Video <p>Canadian Hypertension Society (CHS) www.hypertension.ca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades de investigación • Becas y premios • Centro de recursos • Garantías de los tensiómetros
Otras guías de recursos	<p>British Hypertension Society www.bhsoc.org</p> <p>European Society of Hypertension www.eshonline.org</p> <p>International Society of Hypertension www.ish-world.com</p> <p>The Seventh Report of the Joint National Committee www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm</p> <p>National Institute for Health and Clinical Evidence (NICE) www.nice.org.uk/Guidance/CG34</p> <p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Hypertension in Older People) www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/49/index.html</p> <p>World Health Organization, Cardiovascular Diseases www.who.int/cardiovascular_diseases</p>
Recursos generales sobre hipertensión para profesionales de la salud	<p>American Heart Association www.americanheart.org</p> <p>American Society of Hypertension www.ash-us.org</p> <p>Canadian Association for Cardiovascular Rehabilitation www.cacr.ca</p> <p>Canadian Cardiovascular Society www.ccs.ca</p> <p>Canadian Diabetes Association www.diabetes.ca</p> <p>Canadian Medical Association www.cma.ca</p> <p>Canadian Stroke Network www.canadianstrokenetwork.ca</p>

TEMA	RECURSOS Y PÁGINAS WEB
	<p>Canadian Women's Health Network www.cwhn.ca/resource</p> <p>Dietitians of Canada www.dietitians.ca</p> <p>Health Canada www.hc-sc.gc.ca</p> <p>Health Canada – Centre for Chronic Disease Prevention and Control www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cvd-mcv/links_e.html</p> <p>Heart and Stroke Foundation of Canada www.heartandstroke.ca</p> <p>Hypertension Online www.hypertensiononline.org</p> <p>International Hypertension Society www.ish-world.com</p> <p>Kidney Foundation of Canada www.kidney.ca</p> <p>Lipids Online www.lipidsonline.org</p> <p>The National Heart, Lung and Blood Institute (US resource) www.nhlbi.nih.gov/health</p> <p>World Hypertension League www.worldhypertensionleague.org</p>
<p>Recursos educativos para el manejo de la hipertensión</p> <p>Heart and Stroke Foundation www.heartand-stroke.ca</p> <p>Kit para un corazón saludable</p> <p>Hipertensión en línea</p> <p>Formación continua</p> <p>Centro de recursos para un corazón saludable</p> <p>Registered Nurses' Association of Ontario</p>	<p>La "Heart and Stroke Foundation" es una organización nacional de voluntarios sin ánimo de lucro cuya misión es la mejora en la salud de los canadienses mediante la prevención y reducción de la discapacidad y muerte por enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares a través de la investigación, la promoción de la salud y la prevención.</p> <p>Herramientas para la tensión arterial: Herramientas para una tensión arterial saludable www.heartandstroke.ca/bp</p> <p>Esta sección de la web contiene abundante información, consejos y recursos para ayudar en la prevención y control de la hipertensión arterial. El Plan™ de acción para la tensión arterial (en adelante por su nombre en inglés, Blood Pressure Action Plan™), totalmente gratuito y confidencial, ayuda a evaluar el riesgo individual y proporciona un plan de acción personalizado. Aquellas personas que no tienen acceso a internet, pueden obtener tanto el "Blood Pressure Action Plan™" como un folleto sobre la tensión arterial (referencia #44802) llamando al 1-888-473-4636 (1-888-HSF-INFO).</p> <p>El "Kit para un corazón sano" (en adelante, por su nombre en inglés "Healthy Heart Kit") es un kit de manejo y educación para el paciente en cuanto a prevención de la enfermedad cardiovascular y promoción de la salud cardiovascular www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/hhk-tcs/index.html</p> <p>Un recurso educativo con información y herramientas relevantes en el campo de la hipertensión www.hypertensiononline.org</p> <p>El "CV Toolbox" es un recurso educativo que proporciona guías, herramientas y folletos informativos en línea www.cvtoolbox.com</p> <p>Herramienta de las mejores y más prometedoras prácticas www.hrc.net/home.cfm</p> <p>El curso en línea "Nursing Management of Hypertension Guideline" está diseñado para que las enfermeras integren las recomendaciones basadas en la evidencia en la práctica clínica. Este curso está dirigido a las enfermeras de diferentes lugares de práctica clínica y que no necesariamente son expertas en el manejo de la hipertensión www.rnao.org/hypertension</p>

TEMA	RECURSOS Y PÁGINAS WEB
Alimentación saludable	<p>Center for Science in the Public Interest www.cspinet.org/nah/dash.htm</p> <p>Dial-a-Dietician www.dialadietician.org</p> <p>Dietitians of Canada www.dietitians.ca</p> <p>Facts About the DASH Eating Plan www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new_dash.pdf</p> <p>Sodium 101 www.sodium101.ca</p>
Peso saludable	<p>Alberta Health Services Tools and Calculators www.capitalhealth.ca/EspeciallyFor/WeightWise/ToolsandCalculators/default.htm</p> <p>Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults – Quick Reference Tool for Professionals www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids-eng.pdf</p> <p>Healthy Eating Health Canada www.hc-sc.gc.ca</p> <p>Heart and Stroke Foundation — Your Health Tools www.heartandstroke.ca</p>
Abandono del hábito tabáquico	<p>Canadian Cancer Society www.cancer.ca/tobacco</p> <p>Canadian Council on Tobacco Control www.cctc.ca</p> <p>Ontario Campaign for Action on Tobacco www.ocat.org</p> <p>Ontario Tobacco Research Unit www.otru.org</p> <p>Physicians for a Smoke-Free Canada www.smoke-free.ca</p> <p>Program Training and Consultation Centre A resource of Smoke Free Ontario www.ptcc-cfc.on.ca</p> <p>Registered Nurses' Association of Ontario www.rnao.org/bestpractices and www.tobaccofreernao.ca</p> <p>Tobacco Free Nurses www.tobaccofreenurses.org</p>
Alcohol	<p>Alcoholics Anonymous www.alcoholics-anonymous.org</p> <p>Alcohol Policy Network www.apolnet.org</p> <p>Canadian Centre on Substance Abuse www.ccsa.ca</p> <p>Centre for Addiction and Mental Health www.camh.net</p> <p>Health Canada www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alc/index-eng.php</p>
Estrés	<p>Stress Directions – The Stress Knowledge Company www.stressdirections.com Provides information about susceptibility to stress, sources and symptoms of stress and specific actions to take to manage stress. This site provides a scientifically developed and clinically tested online Personal Stress Navigator program.</p>
Información sobre fármacos	<p>Health Canada Drug Products Database www.hc-sc.gc.ca/hpb/drugs-dpd</p> <p>Health Canada Therapeutic Products Directorate www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index-eng.php</p> <p>Healthy Ontario.com Drug Database www.healthyontario.com</p> <p>MedLine Plus Drug Information www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginformation.html</p>

TEMA	RECURSOS Y PÁGINAS WEB
	<p>Ontario Drug Benefit Formulary www.health.gov.on.ca/english/providers/program/drugs/odbf_mn.html</p> <p>Ontario Drug Benefit Plan www.health.gov.on.ca/english/public/program/drugs/drugs_mn.html</p> <p>Trillium Drug Program www.health.gov.on.ca/english/public/pub/drugs/trillium.html</p>
<p>Modelos predictivos de riesgo cardiovascular</p> <p>American Heart Association – Calculadora del riesgo cardiovascular</p> <p>Puntuación Canada Herramienta de evaluación del riesgo cardiovascular</p>	<p>www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3027275</p> <p>CV Tool Box has several risk calculators available www.cvtoolbox.com</p> <p>Framingham Risk Model http://hin.nhlbi.nih.gov/atp/iii/calculator.asp</p> <p>Heart to Heart (uses the Framingham Equations) www.med-decisions.com/cvtool/active/provider/provider.html</p> <p>Heart Score www.heartscore.org/Pages/welcome.aspx</p> <p>International Task Force on the Prevention of Coronary Disease www.chd-taskforce.com</p> <p>Systematic Cerebrovascular and Coronary Risk Evaluation (SCORE CANADA) www.scorecanada.ca</p>
<p>Dispositivos cardiovasculares aprobados y validación de protocolos</p>	<p>Association for the Advancement of Medical Instrumentation www.aami.org</p> <p>British Hypertensive Society Protocol www.bhsoc.org/bp_monitors/automatic.stm</p> <p>Canadian Hypertension Society www.hypertension.ca/chs/deviceendorsements/devices-endorsed-by-chs</p> <p>International Protocol www.eshonline.org/pdf/International_PS_2002.04.29.pdf</p>

Referencias

- AGREE Collaboration (2001). *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument*. [online]. Available: www.agreetrust.org
- Aiyer, A. N., Kip, K. E., Mulukutla, S. R., Marroquin, O. C., Hipps, L., Jr., & Reis, S. E. (2007). Predictors of significant short-term increases in blood pressure in a community-based population. *American Journal of Medicine*, 120(11), 960-967.
- Ajani, U. A., Dunbar, S. B., Ford, E. S., Mokdad, A. H., & Mensah, G. A. (2005). Sodium intake among people with normal and high blood pressure. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(5), 63-67.
- Ala, L., Gill, G. V., Gurgel, R., & Cuevas, L. (2004). Evidence for affluence-related hypertension in urban Brazil. *Journal of Human Hypertension*, 18(11), 775-779.
- Bayo, J., Cos, F. X., Roca, C., Dalfo, A., Martin-Baranera, M. M., & Albert, B. (2006). Home blood pressure self-monitoring: Diagnostic performance in white-coat hypertension. *Blood Pressure Monitoring*, 11(2), 47-52.
- Beckett, L. & Godwin, M. (2005). The BpTRU automatic blood pressure monitor compared to 24 hour ambulatory blood pressure monitoring in the assessment of blood pressure in patients with hypertension. *BMC Cardiovascular Disorders*, 5, 18.
- Bombelli, M., Sega, R., Facchetti, R., Corrao, G., Friz, H. P., Vertemati, A. M. et al. (2005). Prevalence and clinical significance of a greater ambulatory versus office blood pressure ('reversed white coat' condition) in a general population. *Journal of Hypertension*, 23(3), 513-520.
- Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Gentry, P., Orr, M., Dudley, T., McCant, F. et al. (2005). Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: Patient-tailored multifactorial intervention. *Patient Education & Counseling*, 57(1), 5-14.
- Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Neary, A., Orr, M., Grubber, J., Svetkey, L. et al. (2008). Take Control of Your Blood Pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. *Patient Education & Counseling*, 70(3), 338-347.
- Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Goldstein, M. K., Orr, M., Dudley, T., McCant, F. et al. (2005). The veterans' study to improve the control of hypertension (V-STITCH): Design and methodology. *Contemporary Clinical Trials*, 26(2), 155-168.
- Burke, V., Beilin, L. J., Cutt, H. E., Mansour, J., Wilson, A., & Mori, T. A. (2005). Effects of a lifestyle programme on ambulatory blood pressure and drug dosage in treated hypertensive patients: Randomized controlled trial. *Journal of Hypertension*, 23(6), 1241-1249.
- Burr, M. L., Dolan, E., O'Brien, E. W., O'Brien, E. T., & McCormack, P. (2008). The value of ambulatory blood pressure in older adults: The Dublin outcome study. *Age & Ageing*, 37(2), 201-206.
- Cakir, H. & Pinar, R. (2006). Randomized controlled trial on lifestyle modification in hypertensive patients... including commentary by: Clark AM and response by Pinar and Cakir. *Western Journal of Nursing Research*, 28(2), 190-215.
- Campbell, N. R. C., Conradson, H. E., Kang, J., Brant, R., & Anderson, T. (2005). Automated assessment of blood pressure using BpTRU compared with assessments by a trained technician and a clinic nurse. *Blood Pressure Monitoring*, 10(5), 2572-2562.
- Canadian Hypertension Education Program (2009). The 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations. Retrieved April 29, 2009, from www.hypertention.ca (2009).
- Charmoy, A., Wurzner, G., Ruffieux, C., Hasler, C., Cachat, F., Waeber, B. et al. (2007). Reactive rise in blood pressure upon cuff inflation: Cuff inflation at the arm causes a greater rise in pressure than at the wrist in hypertensive patients. *Blood Pressure Monitoring*, 12(5), 275-280.
- Chrubasik, S., Droste, C., Glimm, E., & Black, A. (2007). Comparison of different methods of blood pressure measurements. *lood Pressure Monitoring*, 12(3), 157-166.
- Chua, B., Rochtchina, E., & Mitchell, P. (2005). Temporal changes in the control of blood pressure in an older Australian population. *Journal of Human Hypertension*, 19(9), 691-696.

- Cox, K. L., Burke, V., Beilin, L. J., Grove, J. R., Blanksby, B. A., & Puddey, I. B. (2006). Blood pressure rise with swimming versus walking in older women: The Sedentary Women Exercise Adherence Trial 2 (SWEAT 2). *Journal of Hypertension*, 24(2), 307-314.
- Dawes, M. G., Coats, A. J., & Juszczak, E. (2006). Daytime ambulatory systolic blood pressure is more effective at predicting mortality than clinic blood pressure. *Blood Pressure Monitoring*, 11(3), 111-118.
- Efstratopoulos, A. D., Voyaki, S. M., Baltas, A. A., Vratisstas, F. A., Kirilas, D. E., Kontoyannis, J. T. et al. (2006). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Hellas, Greece: The Hypertension Study in General Practice in Hellas (HYPERTENSHELL) national study. *American Journal of Hypertension*, 19(1), 53-60.
- El-Badawy, A. M., Al-Kharusi, H. M., & Al-Ghanemy, S. A. (2005). Health habits and risk factors among Omanis with hypertension. *Saudi Medical Journal*, 26(4), 623-629.
- Elley, C. R., Bagrie, E. M., & Arroll, B. (2006). Do snacks of exercise lower blood pressure? A randomised crossover trial. *New Zealand Medical Journal*, 119(1235).
- Elliott, W. J., Young, P. E., DeVivo, L., Feldstein, J., & Black, H. R. (2007). A comparison of two sphygmomanometers that may replace the traditional mercury column in the healthcare workplace. *Blood Pressure Monitoring*, 12(1), 23-28.
- Elmer, P. J., Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Simons-Morton, D., Stevens, V. J., Young, D. R. et al. (2006). Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 144(7), 485-495.
- Genc, Y., Altunkan, S., Kilinc, O., & Altunkan, E. (2008). Comparative study on auscultatory and oscillometric methods of ambulatory blood pressure measurements in adult patients. *Blood Pressure Monitoring*, 13(1), 29-35.
- Gorostidi, M., Sobrino, J., Segura, J., Sierra, C., de la, S. A., del Rey, R. H. et al. (2007). Ambulatory blood pressure monitoring in hypertensive patients with high cardiovascular risk: A cross-sectional analysis of a 20 000-patient database in Spain. *Journal of Hypertension*, 25(5), 977-984.
- Graves, J. W., Nash, C. A., Grill, D. E., Bailey, K. R., & Sheps, S. G. (2005). Limited (6-h) ambulatory blood pressure monitoring is a valid replacement for the office blood pressure by trained nurse clinician in the diagnosis of hypertension. *Blood Pressure Monitoring*, 10(4), 169-174.
- Gray, J. (Ed.). (2007). *Therapeutic Choices* (5th ed.). Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association.
- Grossardt, B. R., Graves, J. W., Gullerud, R. E., Bailey, K. R., & Feldstein, J. (2006). The occurrence of the alerting response is independent of the method of blood pressure measurement in hypertensive patients. *Blood Pressure Monitoring*, 11(6), 321-327.
- Grossman, A., Grossman, C., Barenboim, E., Azaria, B., Goldstein, L., & Grossman, E. (2006). Pre-hypertension as a predictor of hypertension in military aviators: A longitudinal study of 367 men. *Aviation Space and Environmental Medicine*, 77(11), 1162-1165.
- Hadi, N. & Rostami-Gooran, N. (2004). Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 7(4), 292-296.
- Halme, L., Vesalainen, R., Kaaja, M., Kantola, I., & HOme MEasuRement of blood pressure study group (2005). Self-monitoring of blood pressure promotes achievement of blood pressure target in primary health care. *American Journal of Hypertension*, 18(11), 1415-1420.
- He, J., Streiffer, R. H., Muntner, P., Krousel-Wood, M. A., & Whelton, P. K. (2004). Effect of dietary fiber intake on blood pressure: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Hypertension*, 22(1), 73-80.
- Heart and Stroke Foundation of Ontario (2009). Statistics. Retrieved on April 29, 2009 from www.heartandstroke.on.ca/site/c.pvi3leNWJwF/b.3581729/k.359A/Statistics.htm
- Hennessy, S., Leonard, C. E., Yang, W., Kimmel, S. E., Townsend, R. R., Wasserstein, A. G. et al. (2006). Effectiveness of a two-part educational intervention to improve hypertension control: A cluster-randomized trial. *Pharmacotherapy*, 26(9), 1342-1347.
- Hozawa, A., Ohkubo, T., Obara, T., Metoki, H., Kikuya, M., Asayama, K. et al. (2006). Introversion associated with large differences between screening blood pressure and home blood pressure measurement: The Ohasama study. *Journal of Hypertension*, 24(11), 2183-2189.

- Hunt, J. S., Siemenczuk, J., Touchette, D., & Payne, N. (2004). Impact of educational mailing on the blood pressure of primary care patients with mild hypertension. *Journal of General Internal Medicine, 19*(9), 925-930.
- Joffres, M. R., Campbell, N. R., Manns, B., & Tu, K. (2007). Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. *Canadian Journal of Cardiology, 23*(6), 437-443.
- Jones, C., Simpson, S. H., Mitchell, D., Haggarty, S., Campbell, N., Then, K. et al. (2008). Enhancing hypertension awareness and management in the elderly: Lessons learned from the Airdrie Community Hypertension Awareness and Management Program (A-CHAMP). *Canadian Journal of Cardiology, 24*(7), 561-567.
- Jones, S., Simpson, H., & Ahmed, H. (2006). Blood pressure. A comparison of two methods of blood pressure measurement. *British Journal of Nursing, 15*(17), 948-951.
- Kim, M. T., Kim, E. Y., Han, H. R., Jeong, S., Lee, J. E., Park, H. J. et al. (2008). Mail education is as effective as in-class education in hypertensive Korean patients. *Journal of Clinical Hypertension, 10*(3), 176-184.
- Kumanyika, S. K., Cook, N. R., Cutler, J. A., Belden, L., Brewer, A., Cohen, J. D. et al. (2005). Sodium reduction for hypertension prevention in overweight adults: Further results from the Trials of Hypertension Prevention Phase II. *Journal of Human Hypertension, 19*(1), 33-45.
- Lee, L. L., Avis, M., & Arthur, A. (2007). The role of self-efficacy in older people's decisions to initiate and maintain regular walking as exercise -- Findings from a qualitative study. *Preventive Medicine, 45*(1), 62-65.
- Lee, Y. S. & Laffrey, S. C. (2006). Predictors of physical activity in older adults with borderline hypertension. *Nursing Research, 55*(2), 110-120.
- Leenen F.H., Dumais J., McInnis N.H., Turton P., Stratyckuk L., Nemeth K., et al. (2008). Results of the Ontario survey on the prevalence and control of hypertension. *Canadian Medical Association Journal, 178*(11), 1441-1449.
- Lesley, M. L. (2007). Social problem solving training for African Americans: Effects on dietary problem solving skill and DASH diet-related behavior change. *Patient Education and Counseling, 65*(1), 137-146.
- Li, W., Stewart, A. L., Stotts, N., & Froelicher, E. S. (2006). Cultural factors associated with antihypertensive medication adherence in Chinese immigrants. *Journal of Cardiovascular Nursing, 21*(5), 354-362.
- Márques-Contreras, E., Jegazo-García, O., Claros, N.M., Gil-Guillén, V., de la Figuera-Von Wichmann, M., Casado-Martínez, J.J., et al. (2005). Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension. ETECUM-HTA study. *Blood Pressure, 14*(3), 151-158.
- Márquez-Contreras, E., Martell-Claros, N., Gil-Guillén, V., de la Figuera-Von Wichmann, M., Casado-Martínez, J. J., Martín-de Pablos, J. L. et al. (2006). Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study. *Journal of Hypertension, 24*(1), 169-175.
- McKinstry, B., Hanley, J., Heaney, D., McCloughan, L., Elton, R., & Webb, D. J. (2006). Impact on hypertension control of a patient-held guideline: A randomised controlled trial. *British Journal of General Practice, 56*(532), 842-847.
- McManus, R. J., Mant, J., Roalfe, A., Oakes, R. A., Bryan, S., Pattison, H. M. et al. (2005). Targets and self monitoring in hypertension: Randomised controlled trial and cost effectiveness analysis. *British Medical Journal, 331*(7515), 493.
- Miura, S.-I., Yamaguchi, Y., Urata, H., Himeshima, Y., Otsuka, N., Tomita, S. et al. (2004). Efficacy of a multicomponent program (patient-centered assessment and counseling for exercise plus nutrition [PACE+Japan]) for lifestyle modification in patients with essential hypertension. *Hypertension Research, 27*(11), 859-864.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2006). *Management of hypertension in adults in primary care*. London: NICE (clinical guideline 34). Retrieved from www.nice.org.uk/cg034.
- Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Lin, P., Cooper, L. S., Young, D. R., Ard, J. D. et al. (2007). Effects of individual components of multiple behavior changes: The PREMIER trial. *American Journal of Health Behavior, 31*(5), 545-560.

- Ogedegbe, G., Schoenthaler, A., Richardson, T., Lewis, L., Belue, R., Espinosa, E. et al. (2007). An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans: Rationale and design. *Contemporary Clinical Trials*, 28(2), 169-181.
- Rankins, J., Sampson, W., Brown, B., & Jenkins-Salley, T. (2005). Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) intervention reduces blood pressure among hypertensive African American patients in a neighborhood health care center. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 37(5), 259-264.
- Roubsanthisuk, W., Wongsurin, U., Saravich, S., & Buranakitjaroen, P. (2007). Blood pressure determination by traditionally trained personnel is less reliable and tends to underestimate the severity of moderate to severe hypertension. *Blood Pressure Monitoring*, 12(2), 61-68.
- Roumie, C. L., Elasy, T. A., Greevy, R., Griffin, M. R., Liu, X., Stone, W. J. et al. (2006). Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education: A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 145(3), 165-175.
- Schneider, R. H., Alexander, C. N., Staggers, F., Orme-Johnson, D. W., Rainforth, M., Salerno, J. W. et al. (2005). A randomized controlled trial of stress reduction in African Americans treated for hypertension for over one year. *American Journal of Hypertension*, 18(1), 88-98.
- Schroeder, K., Fahey, T., Hollinghurst, S., & Peters, T. J. (2005). Nurse-led adherence support in hypertension: A randomized controlled trial. *Family Practice*, 22(2), 144-151.
- Scisney-Matlock, M., Glazewki, L., McClerking, C., & Kachorek, L. (2006). Development and evaluation of DASH diet tailored messages for hypertension treatment. *Applied Nursing Research*, 19(2), 78-87.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2005). *Hypertension in older people: A national clinical guideline*. Edinburgh: SIGN (SIGN publication no. 49).
- Staffileno, B. A., Minnick, A., Coke, L. A., & Hollenberg, S. M. (2007). Blood pressure responses to lifestyle physical activity among young, hypertension-prone African-American women. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(2), 107-117.
- Stergiou, G. S., Salgami, E. V., Tzamouranis, D. G., & Roussias, L. G. (2005). Masked hypertension assessed by ambulatory blood pressure versus home blood pressure monitoring: Is it the same phenomenon? *American Journal of Hypertension*, 18(6), 772-778.
- Svetkey, L. P., Erlinger, T. P., Vollmer, W. M., Feldstein, A., Cooper, L. S., Appel, L. J. et al. (2005). Effect of lifestyle modifications on blood pressure by race, sex, hypertension status, and age. *Journal of Human Hypertension*, 19(1), 21-31.
- Szirmai, L. A., Arnold, C., & Farsang, C. (2005). Improving control of hypertension by an integrated approach -- results of the 'Manage it well!' programme. *Journal of Hypertension*, 23(1), 203-211.
- Tan, N. C., Khin, L. W., & Pagi, R. (2005). Home blood-pressure monitoring among hypertensive patients in an Asian population. *Journal of Human Hypertension*, 19(7), 559-564.
- Tonstad, S., Alm, C. S., & Sandvik, E. (2007). Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: A randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 160-164.
- Webb, M., Beckstead, J., Meininger, J., & Robinson, S. (2006). Stress management for African American women with elevated blood pressure: Pilot study. *Biological Research for Nursing*, 7(3), 187-196.

Octubre 2005

Guía de buenas prácticas en enfermería

Manejo de la hipertensión en enfermería



*Esta Guía ha sido financiada por el
Government of Ontario –
Primary Health Care Transition Fund*



ISBN # 0-920166-73-3

Finding answers. For life.

 **RNAO** Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM