

INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y PSICOLÓGICA PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

Laura Picazo López, Jaume Almirall Daly, Anna Borrell de Puig,
María López Parra, Núria Mañé Buixó,
Anna Vilas Rives y Elios Yuste Giménez
Corporació Parc Taulí. Sabadell. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) constituye la enfermedad crónica más frecuente del mundo y se define como una elevación sostenida de la PA (presión arterial) sistólica y/o diastólica (1). Las guías europeas (ESM, ESC) y el JNC VII definen como HTA cifras de PA superiores a 140/90.

La HTA afecta al 20% de la población mayor de 18 años, alcanzando el 60% en las edades superiores a 65 años. La importancia de la HTA radica en ser uno de los factores de riesgo cardiovascular más importante, además puede afectar a otros órganos diana: riñón, retina y sistema nervioso.

Muchos de los enfermos con insuficiencia renal avanzada presentan HTA, que a su vez puede provocar la aceleración de la propia enfermedad. El riesgo de complicaciones derivadas de la HTA es lineal, a mayor nivel tensional, más elevada es la morbi-mortalidad (2).

A pesar de la insistencia de la importancia del control de la PA muchos enfermos no consiguen los objetivos de PA que serían deseables. En la población general sólo el 30% alcanza los objetivos previstos, en los pacientes en hemodiálisis (HD) estos resultados son todavía peores. Las razones de este relativo fracaso terapéutico son múltiples. Uno de los factores implicados más importantes es el incumplimiento terapéutico. La mayor información de que se dispone, hace referencia al incumplimiento de la terapia farmacológica, que oscila entre el 40-60%, mientras que el incumplimiento no farmacológico oscila entre 70-95% .

El personal de enfermería puede incidir en la adherencia al tratamiento mediante la intervención educativa, en diferentes áreas: conocimientos sobre la enfermedad, el tratamiento farmacológico, dieta, las conductas de riesgo y afrontamiento del estrés (3,4).

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS DE TRABAJO: Los mejores conocimientos de la HTA, de su tratamiento farmacológico y dietético, y la práctica de estrategias de afrontamiento del estrés, aumentan la implicación del paciente en el autocontrol de la enfermedad, el cumplimiento, disminuyen las conductas de riesgo y por tanto mejoran las cifras de PA de los pacientes en programa de HD.

OBJETIVO GENERAL: Mejorar el control de la PA de los pacientes en HD.

OBJETIVOS CONCRETOS: Asumir la HTA como enfermedad, adherirse al tratamiento farmacológico y dietético, responsabilizarse del control de la enfermedad, disminuir las conductas de riesgo, identificar las situaciones de estrés y desarrollar estrategias de afrontamiento.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

SUJETOS Y ÁMBITO DE ESTUDIO:

Pacientes en programa de HD con HTA mal controlada, o controlada con más de tres fármacos.

Los pacientes habrán de ser capaces de tener autocura: realizar la dieta, conocer y seguir el tratamiento farmacológico, ser consciente de sus hábitos y posibles conductas de riesgo.

Se establecen como criterios de exclusión: negativa por parte del paciente a participar, incapacidad física y psíquica o situación clínica inestable.

Una vez establecida la muestra se les informó de la posibilidad de participar en la intervención educativa. Esta información fue oral y por escrito (consentimiento informado), siendo la participación del paciente siempre voluntaria y confidencial referente a los resultados obtenidos.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Presentamos un diseño pre-post intervención con un grupo de pacientes que presentaban HTA:

1) Se estableció la incidencia de HTA en la unidad de HD: recogida de PA pre y post-HD y peso interdialisis durante un mes, de todos los pacientes.

2) Se realizó un AMPA (Medición ambulatoria de la PA) a aquellos pacientes que decidieron participar. Hicieron en su domicilio tres medidas aisladas en dos días alternos de no HD (5).

3) Determinación de variables clínicas: peso seco, medidas antropométricas y factores de riesgo (obesidad, tabaquismo, dislipemia, diabetes y afectación de órganos diana).

4) Se elaboró un tríptico informativo con el contenido básico de la intervención educativa.

5) A estos se les hizo una evaluación individualizada que consistía en:

- Administración de un cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (6), cuestionario de autoevaluación del estrés (62 ítems que determinaban diferentes reacciones ante situaciones estresantes o sus manifestaciones: toma de decisiones, insomnio, tensión muscular, discusiones, expresión de sentimientos...) (7), Cuestionario de autoevaluación de actividades de ocio (36 ítems relacionados con las actividades que realizan en su tiempo libre, relación con familiares y amigos, pareja e hijos) (7).

- Conocimiento y cumplimiento del tratamiento (test de Morisky-Green (8) y Batalla (8)).

6) Intervención educativa y psicológica sobre los siguientes temas: fisiología y concepto de la HTA, tratamiento farmacológico, dieta sin sal y para la insuficiencia renal, estrategias de afrontamiento del estrés (técnicas de relajación) (9).

7) Encuesta de satisfacción de la intervención a los participantes.

8) A los doce meses del inicio del estudio se realizó la evaluación post-intervención.

La valoración de los resultados a los doce meses obedece a cuestiones organizativas (composición de los grupos, intervención educativa, etc...) y al hecho de la conocida variación estacional de la PA por lo que su reevaluación en la misma época del año (12 meses) aumenta la fiabilidad de los resultados (7).

En el análisis estadístico haremos la descripción de todas las variables utilizando como índice de tendencia central la media y la desviación típica. Para la comparación de los resultados pre y post-intervención se han utilizado los test de Wilcoxon para datos

cualitativos y la prueba de Chi cuadrado para variables cualitativas. El análisis se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Descriptivos:

Nuestra muestra inicial era de 123 pacientes, de los cuales 86 eran hipertensos (70%). Del grupo de hipertensos, 12 (14%) estaban bien controlados con fármacos.

De los 86 pacientes HTA se excluyeron 60 pacientes por: situación clínica inestable, incapacidad física y psíquica, otros (edad muy avanzada, pacientes no autónomos, trasplante renal, exitus y negativa del paciente a participar).

La muestra final es de 26 pacientes que inician el programa educativo de los cuales 2 de ellos abandonan, 3 fueron trasplantados y 2 fueron exitus antes de finalizar el estudio.

La edad media es de 56,2 (+16,5), con edades comprendidas entre 28-81 años. Estos llevan en diálisis una media de 40,4 meses (+ 38,8).

El grupo presenta los siguientes factores de riesgo: dislipemia (38,5 %), diabetes (15,3%), fumadores (11,5 %) los cuales eran todos hombres. Presentan afectación de órganos diana en un 69,2%.

En la fase pre-intervención tenían un peso medio de 64,2 Kg (+11,7); observamos que en la fase post-intervención ha disminuido a 61,7 Kg (+11,7), siendo $p > 0,06$.

El índice de masa corporal pre-intervención era de 24,5 (+4) y después de la intervención es de 23,9 (+4,4) ha disminuido ($p > 0,06$), pero siempre manteniendo valores de normalidad (20-25), por lo que podemos decir que en general nuestros pacientes no presentan desnutrición ni obesidad.

El peso medio ganado interdiálisis en la fase pre-intervención era de 2,5 Kg (+0,8) y pasa a ser de 2,9 Kg (+1,2), siendo un resultado negativo.

Antes de la intervención estos pacientes tomaban una media de 1,6 (+1,4) fármacos, después de la intervención educativa la media era de 1,3 (+1,4). En la fase pre-intervención el 65,4% de la muestra tomaban fármacos, de éstos eran buenos cumplidores el 93,3%. Post-intervención tomaban fármacos el 63,7% de los cuales eran buenos cumplidores el 92,9%.

De los pacientes que tomaban hipotensores, el número de fármacos que precisan post-intervención disminuye en el 37,5% de los casos, se mantiene en el 43,8% y aumenta en el 18,9%.

Antes de desarrollar el programa educativo, el 23,9% de los pacientes tenían un buen nivel de conocimientos sobre la HTA. Post-intervención el 40,9% de los pacientes tiene un buen nivel de conocimientos.

Valores tensionales:

En la tabla se observan los resultados de las distintas variables relacionadas con la PA que se han analizado. En general los valores post-intervención han mejorado discretamente aunque no siempre de forma significativa.

Existe una buena correlación entre las medidas de PA en HD y las medidas de AMPA en domicilio ($p < 0,05$), por lo que queda descartado el síndrome de bata blanca.

En la fase post-intervención ha mejorado el número de pacientes que están normotensos en su peso seco.

Cuestionarios de ocio, estrés y ansiedad:

Los resultados destacables son los siguientes: en cuanto a la relación con amigos y familiares, post-intervención aumenta la frecuencia con la que se relacionan con ellos

Valores tensionales:

TIPO DE MEDIDA	PRE-INTERVENCIÓN	POST-INTERVENCIÓN	P
Media de la sistólica pre-HD (1 mes)	156,2	152	NS
Media de la diastólica pre-HD (1 mes)	84,5	83,1	NS
Media de la sistólica post-HD (1 mes)	146,5	136,6	NS
Media de la diastólica post-HD(1 mes)	79,7	73,5	P<0,02
Media de la sistólica del AMPA (2 días no HD)	153,2	152,3	NS
Media de la diastólica del AMPA (2 días no HD)	81,5	78,5	NS
Media de la sistólica pre-HD (semana AMPA)	151,7	149	NS
Media de la diastólica pre-HD (semana AMPA)	79,4	79,2	NS
Media de la sistólica post-HD (semana AMPA)	148,1	140,5	NS
Media de la diastólica post-HD (semana AMPA)	77,6	74,2	NS

(12,1%), mejoran la comunicación con su pareja (5%) y hablan con ella más sobre sí mismos (5%). El 83,7% continúan manteniendo una buena relación con sus hijos. Mantienen los mismos hábitos en su tiempo libre. Post-intervención el 23,1% aprovechan más para descansar.

Ante discusiones o situaciones de falta de tiempo, post-intervención se muestran más relajados, se disgustan menos (12,8%), disminuyendo su rabia (31,8%).

Post-intervención mejora el insomnio: tardan menos en conciliar el sueño (31,1%), y sus preocupaciones ya no le impiden tanto dormir (37,1%). Disminuyen la tensión muscular aunque crean que no puedan liberarla totalmente (13%).

El 11,5% continúan desmotivados frente a la vida en general.

Su estado de ansiedad ha disminuido después de la intervención en el 64,7% de los pacientes, ha aumentado en un 29,4% y no ha variado en el 5,8%.

Por último, se les pasó una encuesta de satisfacción, en la que se muestran bastante satisfechos con el programa educativo en general y el 100% repetirían la experiencia.

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue mejorar el control de la PA de los pacientes en HD. Del análisis de los resultados obtenidos, observamos una disminución de algunos valores tensionales en la fase post-intervención, aunque no siempre de forma significativa. Esto puede ser debido al tamaño reducido de nuestra muestra, que se ha visto disminuida durante el transcurso del estudio, debido a ciertas características de nuestros pacientes: crónicos, con morbimortalidad elevada y con posibilidad de trasplante renal.

Aunque el descenso tensional es discreto debe considerarse que ha habido una disminución del consumo de fármacos (1,8%). En la población general el grado de incumplimiento se aproxima al 50%, en nuestra serie el nivel de cumplimiento es muy elevado (93%). Esto puede ser debido a que estos estudios están realizados en el ámbito de asistencia primaria y no en HD, donde los pacientes están en constante contacto con el personal sanitario, lo que puede hacer aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico.

Nuestros pacientes ya tienen un buen cumplimiento farmacológico (93%), lo cual les puede resultar más fácil que cambiar ciertos hábitos o conductas que les sean perjudiciales para el control de su enfermedad, como el aumento de peso interdiálisis. A pesar de que el peso teórico ha disminuido post-intervención, el peso interdiálisis ha aumentado de forma inesperada, viéndose incrementado en la fase post-intervención donde obser-

vamos que el 52% de los pacientes han mantenido o disminuido su media y el 48% restante han aumentado en una media de 1,1 Kg.

Probablemente el mejor ajuste del peso teórico haya favorecido a la mejora de las cifras de PA.

En cuanto al nivel de conocimientos adquiridos se ha producido un incremento de los mismos del 17,1%. Este podría haber sido superior si no fuera por la edad avanzada del 38,5% de los pacientes lo cual dificulta el aprendizaje. Cambiar sus hábitos y estilo de vida es complicado debido a que la mayoría se desmotiva fácilmente, y esta situación empeora con la pluripatología y cronicidad. Probablemente no haya habido un cambio de hábitos ya que se ha observado un incremento de peso interdiálisis post-intervención.

Finalizado el periodo del estudio y analizados los resultados, vemos que existe una disociación entre el esfuerzo empleado para llevar a término dicho programa educativo y los logros obtenidos.

En la revisión bibliográfica más reciente, del 2004, también encontramos que las estrategias de motivación al paciente resultan parcialmente exitosas, alcanzando pequeños incrementos en la adherencia al tratamiento (un máximo del 23%) (10).

Pese a poder parecer poco exitoso, resulta gratificante ver el elevado grado de satisfacción de nuestros pacientes, así como la implicación del equipo. Creemos que la tarea educativa de enfermería no puede limitarse a intervenciones puntuales, si no que debe ser un proceso continuado, incidir en la educación al paciente es un continuo reto y una importante meta a conseguir para el profesional.

Está demostrado clínicamente que la disminución en las cifras de PA disminuye el riesgo cardiovascular. En nuestro estudio hemos obtenido una disminución, aunque discreta, de las cifras de PA. Ello se traduciría en un menor riesgo y en una mejora en el pronóstico de los pacientes.

CONCLUSIONES

El desarrollo de este estudio nos ha permitido:

- 1) Conocer nuestra población de pacientes hipertensos en programa de hemodiálisis.
- 2) Desarrollar la función educativa de los profesionales de enfermería de una forma sistematizada.
- 3) La interacción en pequeños grupos permite compartir experiencias entre los pacientes y mantener el diálogo (terapia de grupo). A la vez enfermería puede incidir en aquellos aspectos más necesarios o comunicar necesidades de los pacientes a otros profesionales.
- 4) Ampliar los conocimientos de los pacientes y facilitar la adquisición de conductas para el autocontrol de la enfermedad.
- 5) Enseñar técnicas de relajación que han ayudado a los pacientes a: afrontar situaciones de estrés de forma más controlada, mejorar las relaciones personales y la comunicación interpersonal (expresión de sentimientos y emociones), mejorar el insomnio y disminuir la tensión muscular.
- 6) Se ha observado una disminución de las cifras tensionales post-intervención pero no de forma estadísticamente significativa.

BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE

- 1.-Botey A, Revert L. Hipertensión arterial. Dins: Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 13ª Edición. Madrid: Mosby/Doyma, 1995: 667-684.
- 2.-Andreu L, Force E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Barcelona: Masson, 1997.
- 3.-Roca-Cusachs A. Técnicas para mejorar el cumplimiento terapéutico. Dins: Seguimiento y cumplimiento en el paciente hipertenso. Calidad de vida. Madrid: Doyma, 1999: 81-95.
- 4.-Gil V. Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico del hipertenso. Dins: Coca A, De la Sierra A. Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. Barcelona: Jims, 1998: 479-87.
- 5.-Vivas F. Automedida de la presión arterial. Dins: Coca A, De la Sierra A. Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. Barcelona: Jims, 1998: 199-204.
- 6.-Spielberger y cols. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo-STAI. Dins: Bobes J, González M, Sainz P, Bascarán MT, Bousoño M. Instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica. Barcelona: Novartis Farmacéutica, 2001: 87-9.
- 7.-Grzib G, Quirós P. Intervención Psicológica en adherencia al tratamiento médico de la hipertensión esencial. Madrid: UNED, 1998.
- 8.- Vall A, Amorós G, Martínez P, et all. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky-Green. Atención Primaria 1992. 10:767-770.
- 9.-Sobrino J. ¿Son útiles las técnicas de relajación contra el estrés? Dins: Coca A, De la Sierra A. Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. Barcelona: Jims, 1998: 325-9.
- 10.- Schroeder K, et all. How can we improve adherence to Blood Pressure-Lowering Medication in Ambulatory Care?. Arch Intern Med. 2004, 164: 722-32.