



Trabajo Fin de Grado

Educación para la salud: adhesión al tratamiento en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Alumna: Andrea Martínez Requena

Directora: María Urtasun Lanza

Madrid, abril de 2018

ÍNDICE

Glosario de abreviaturas	3
Presentación	4
Abstract.....	5
Resumen.....	5
Estado de la cuestión	6
Introducción	6
Las enfermedades cardiovasculares.....	7
Incidencia	7
Fisiopatología	8
Tratamientos disponibles	11
Tratamiento no farmacológico	11
Tratamientos farmacológicos	13
Adherencia al tratamiento	15
Gasto sanitario.....	16
Justificación.....	17
Población diana y captación	18
Objetivos	19
Contenidos	20
Metodología	20
Programación de las sesiones educativas	21
Evaluación.....	25
Bibliografía	26
Anexos	30

Glosario de abreviaturas

INE: Instituto Nacional de Estadística

OMS/WHO: Organización Mundial de la Salud/ World Health Organization

HTA: Hipertensión arterial

PAS: Presión arterial sistólica

PAD: Presión arterial diastólica

SCA: Síndrome coronario agudo

SCACEST: Síndrome coronario agudo con elevación del ST

SCASEST: Síndrome coronario agudo sin elevación del ST

ECG: Electrocardiograma

TVP: Trombosis venosa profunda

ACV: Accidente cerebrovascular

TNK: Tenecteplasa

LDL: Lipoproteínas de baja densidad

SCORES: Systematic Coronary Risk Evaluation Project

IAM: Infarto agudo de miocardio.

EAP: Enfermera de Atención Primaria

MAP: Médico de Atención Primaria

Presentación

Este estudio está enfocado a investigar sobre los motivos de la baja adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades cardiovasculares en España y a desarrollar un proyecto educativo que ayude a los profesionales sanitarios a aumentar la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades cardiovasculares crónicas.

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares son uno de los principales problemas de salud de la población no sólo española, sino mundial, al ser consideradas la primera causa de muerte por la Organización Mundial de la Salud. Estas enfermedades supusieron 17.7 millones de muertes sólo en el año 2015 y se estima que la cifra vaya en aumento cada año.

Con el cambio de ritmo de vida que se ha producido en estas últimas décadas, el aumento del sedentarismo y el empobrecimiento de los hábitos nutricionales saludables, la salud de la población ha ido empeorando. Con el aumento de los avances tecnológicos cada vez se diagnostican de manera más precoz este tipo de enfermedades, y a la par, surgen nuevos tratamientos.

Sin embargo, a pesar de la conciencia social que existe por este tipo de enfermedades, véase la hipertensión arterial o el síndrome coronario agudo, nuestros hábitos de vida parecen inmodificables y, hasta un 50% de estos pacientes abandona el tratamiento farmacológico.

La elección de este tema como trabajo de fin de grado se debe a la propia experiencia con estas enfermedades tanto a nivel personal como a nivel profesional y con la percepción de la realidad percibida en el trato hacia los pacientes.

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are the first death cause globally. However, its medication adherence is still at its lowest, and at least 50% of the patients the treatment during the first year of being diagnosed. As health professionals we must focus our educational efforts on achieving health changes in the short and medium term.

Objectives: the main objective of this educational project is to increase medical adherence in the populations with cardiovascular diseases in a Primary Health Centre in Madrid.

Methodology: an educational project has been carried out using cognitive techniques and techniques focused on behavioural changes.

Implications in nursing care: therapeutic compliance helps the control of cardiovascular diseases, improving the general health of patients.

Key words: cardiovascular disease, education, health education, medication adherence, chronic disease.

Resumen

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo, y, sin embargo, la adherencia a los tratamientos prescritos sigue siendo mínima y al menos un 50% de los pacientes abandonan el tratamiento durante el primer año del diagnóstico. Como profesionales sanitarios debemos centrar nuestros esfuerzos educativos en conseguir cambios de salud a corto y medio plazo.

Objetivos: el objetivo principal de este proyecto educativo es aumentar la adherencia al tratamiento en la población con enfermedades cardiovasculares de un Centro de Salud en Madrid.

Metodología: se ha llevado a cabo un proyecto educativo utilizando técnicas cognitivas y técnicas enfocadas a cambios en el comportamiento.

Implicaciones para la práctica de la enfermería: el cumplimiento terapéutico ayuda al control de las enfermedades cardiovasculares, mejorando la salud general de los pacientes.

Palabras clave: enfermedades cardiovasculares, educación, educación en salud, cumplimiento de la medicación, enfermedad crónica.

Estado de la cuestión

Introducción

Para el desarrollo de este trabajo se han utilizado buscadores como PubMed, Medline, así como el servidor en línea del Instituto Nacional de Estadística (INE), las publicaciones en línea del Ministerio de Sanidad y de la Organización Mundial de la Salud (OMS o WHO en sus siglas en inglés).

Los términos de búsqueda MeSH para este proyecto son cardiovascular disease, education, health education, medication adherence y chronic disease; mientras que los términos de búsqueda DeSH son enfermedades cardiovasculares, educación, educación en salud, cumplimiento de la medicación y enfermedad crónica.

Según un estudio de Lancet, las personas diagnosticadas con hipertensión tienen un 63% más de riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular en 30 años respecto a un 46% de aquellas personas sin hipertensión. Según la Organización mundial de la Salud o OMS, la prevalencia global de hipertensión es de un 40%, siendo su control deficiente en la mayoría de los casos¹.

De entre los factores de la mala adherencia al tratamiento prescrito está el olvido, la falta de motivación para seguir el tratamiento y la falta de comprensión de lo prescrito.

La no adherencia al tratamiento se ha asociado a factores tanto modificables como no modificables, por ejemplo, ser de un nivel socioeconómico bajo, las relaciones personales del individuo, pocas farmacias cercanas o no adhesión a tratamientos previos. Esta no adhesión al tratamiento se ha correlacionado con una mayor morbimortalidad en los pacientes con enfermedades cardiovasculares².

Hasta un 50% de estos pacientes dejan de tomar las medicaciones prescritas durante el primer año³.

Se tratarán como relevantes las siguientes cuestiones: enfermedades cardiovasculares, su incidencia, la fisiopatología de aquellas más relevantes. Los tratamientos disponibles, tanto los no farmacológicos asociados a los factores de riesgo como los farmacológicos más utilizados y su mecanismo de acción. La adherencia al tratamiento y el gasto farmacológico que supone.

Las enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son unas de las enfermedades prevalentes de la sociedad y una de las primeras causas de mortalidad en los países occidentales y, España entre ellos. Estas enfermedades se caracterizan por una afectación de cualquier componente del sistema cardiovascular (corazón y vasos sanguíneos), responsable de la perfusión orgánica y tisular, es decir, la irrigación sanguínea de las diferentes estructuras del cuerpo humano, y cuya principal función es el aporte de oxígeno y nutrientes necesarios para llevar a cabo todas las acciones metabólicas y la recogida para su posterior eliminación de los productos de desecho resultantes del metabolismo celular.

Incidencia

Las enfermedades cardiovasculares afectan de forma más habitual a personas de mayor edad y suponen un 30% del total de las causas de mortalidad en nuestro país. Según la OMS, se estima que un 17.5 millones de muertes en el año 2012 fueron debido a las enfermedades cardiovasculares y se calcula que la cifra puede aumentar hasta casi los 27 millones de muertes en el año 2030⁴. En cuanto a las cifras españolas, se puede observar que la tendencia de los últimos años ha sido variable en el rango de años 2010-2016 con una cifra mínima de 117.393 muertes en 2014 y una cifra máxima de 124.197 en el año 2015.

En la siguiente gráfica (gráfico 1) se pueden observar las cifras en números absolutos, de mortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares desde el año 2010 al 2016 en España. El número de fallecimientos a casusa de estas enfermedades fue de 117.393 muertes, lo que supuso un 29.17% del total en el año 2016⁵, manteniendo así un porcentaje estable de muertes asociadas a esta causa: 29.39% en el 2014[?] y 29.68% en el 2015⁵.



Gráfico 1. Elaboración propia a partir de INE [base de datos en Internet]. Madrid: Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa, [fecha de consulta 4 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>

Respecto a la diferencia que encontramos entre hombres y mujeres en cuanto a los fallecimientos asociados de forma directa a las enfermedades cardiovasculares, se puede apreciar en la siguiente gráfica (Gráfico 2) que existe un mayor número de fallecimientos en las mujeres, dato que se ha mantenido constante entre los años 2010 y 2016.

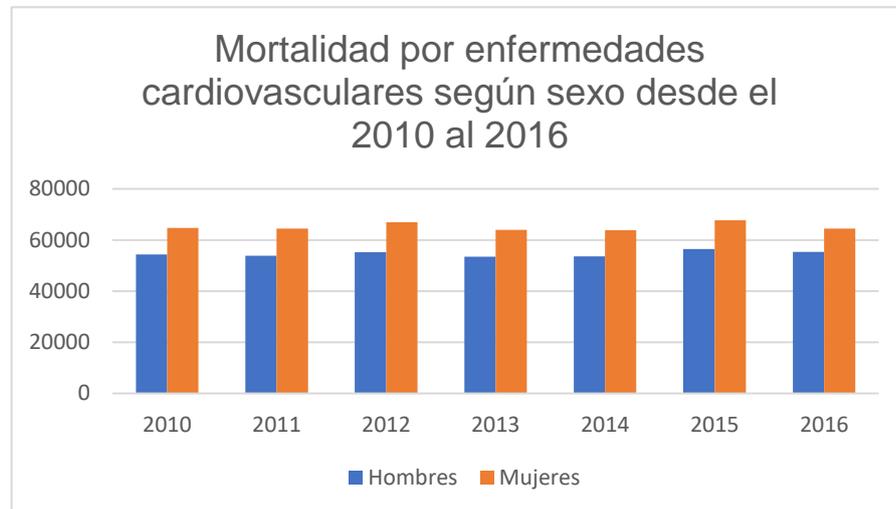


Gráfico 2. Elaboración propia a partir de INE [base de datos en Internet]. Madrid: Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa, [fecha de consulta 4 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>

Fisiopatología^{6,7}

Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos que afectan al sistema cardiovascular. Entre las principales enfermedades se encuentran la hipertensión arterial, la cardiopatía coronaria, las enfermedades cerebrovasculares, las arteriopatías periféricas, las cardiopatías reumáticas y las trombosis venosas profundas y las embolias pulmonares.

Los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares son la aterosclerosis, la hipertensión arterial, las dislipemias, la obesidad y la diabetes mellitus II.

– Hipertensión arterial

La enfermedad cardiovascular crónica con más prevalencia es la hipertensión arterial o HTA, que es a su vez la mayor causa de incidencia de otras enfermedades cardiovasculares.

La tensión arterial o presión arterial se denomina a la fuerza que tiene que realizar la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) al ser eyectada del ventrículo izquierdo del corazón a la aorta. La tensión arterial aumenta cuando se contrae el ventrículo izquierdo, sístole, y disminuye cuando se relaja, diástole.

Las resistencias vasculares periféricas y el sistema renina-angiotensina-aldosterona son los responsables del control de la tensión arterial. Este sistema se basa en la formación de renina en las células yuxtaglomerulares del riñón, que es la responsable directa de la conversión del angiotensinógeno (glicoproteína) en angiotensina, que es una molécula inactiva. La enzima convertidora de la angiotensina actuará en los pulmones convirtiendo la angiotensina en angiotensina II. Esta molécula se caracteriza por su efecto vasoconstrictor, que produce que la tensión arterial aumente y que se libere aldosterona (mineralocorticoide) que retiene sodio y agua, aumentando a su vez la tensión arterial.

Se considera una tensión arterial dentro del rango de normalidad de un adulto sano aquella que tiene unos valores de presión arterial sistólica o PAS de 120mmHg (valor máximo que hace referencia a la contracción del corazón) y una presión arterial diastólica o PAD de 80mmHg (valor mínimo que hace referencia a la relajación del músculo cardíaco).

Los criterios para definir hipertensión arterial se han ido modificando a lo largo del tiempo y actualmente, unos valores iguales o mayores a 140mmHg de PAS y/o igual o mayores que 90mmHg de PAD se consideran como categoría de hipertensión arterial⁹.

La tensión arterial tiende a aumentar con la edad debido a una pérdida gradual de la elasticidad normal de las arterias. Al aumentar la rigidez de las paredes arteriales, el corazón tendrá que realizar un mayor esfuerzo para eyectar la sangre, por lo que aumentará la tensión arterial. Este aumento de la tensión hace que se incrementen los requerimientos metabólicos del corazón y puede dar lugar a una hipertrofia ventricular izquierda o fallo cardíaco.

– Coronariopatías

En las coronariopatías se produce un estrechamiento u obstrucción de las arterias coronarias, provocando una reducción en el aporte de oxígeno y nutrientes al músculo cardíaco y que son insuficientes para su correcto funcionamiento. Las causas más frecuentes de las coronariopatías son las alteraciones ateroscleróticas y los embolismos coronarios.

El síndrome coronario agudo o SCA es un cuadro de enfermedades que afectan a la perfusión o circulación del corazón, normalmente de las arterias coronarias. Se pueden diferenciar dos tipos. Con elevación del ST o SCACEST, cuando la línea isoeletrica del electrocardiograma o ECG se eleva por encima de los 2mm y suele derivar en un infarto agudo de miocardio o IAM. Sin elevación del ST que deriva en un ángor inestable y el infarto agudo de miocardio sin elevación del ST.

- Cardiopatía reumática

La cardiopatía reumática es la enfermedad cardiovascular adquirida en la infancia más frecuente.

Esta patología está causada por un daño en las válvulas cardíacas debido a episodios de fiebre reumática que es una infección por estreptococo A que provoca la fibrosis y posterior estrechez de las válvulas. La cardiopatía reumática afecta en mayor medida a la válvula mitral del corazón.

- Insuficiencia cardíaca

Es un síndrome crónico con una tasa de mortalidad elevada que afecta a la capacidad de llenado de los ventrículos o al bombeo del corazón para satisfacer la necesidad metabólica del organismo. Se produce una sobrecarga del volumen cardíaco y se desarrollan edemas pulmonares. Se puede clasificar según la localización en el lado del corazón afectado.

La insuficiencia cardíaca derecha se genera cuando el ventrículo derecho es incapaz de evacuar la sangre en su totalidad a las arterias pulmonares, de manera que siempre se generará un estancamiento de la sangre remanente, aumentando la presión venosa central y produciendo una congestión de la vena cava y una hepatomegalia. El signo más habitual de la insuficiencia cardíaca derecha es el edema de miembros inferiores¹⁰.

La insuficiencia cardíaca izquierda es una afectación de la aurícula izquierda del corazón, y de igual forma que la anterior, provoca una congestión en las venas pulmonares y edemas pulmonares, así como disnea, esputo hemoptoico y disnea nocturna paroxística¹¹.

- Trombosis venosa profunda

El sistema venoso profundo se encarga del drenaje del 90% del sistema venoso y cuya función es el retorno sanguíneo a la aurícula derecha del corazón. Las principales venas profundas de este sistema en los miembros inferiores son la vena tibial anterior y posterior y el grupo peroneal.

Por su anatomía, las venas tienen más elasticidad que las arterias, lo que permite a los músculos su compresión para favorecer el retorno venoso. A su vez cuentan con unas válvulas para asegurar el sentido unidireccional del flujo sanguíneo.

Un signo temprano característico de la trombosis venosa profunda o TVP es el signo de Homans, que es un dolor localizado en la región poplíteica y parte posterior de la pierna al movilizar el tobillo. Posteriormente, se utilizará el signo de Lowenberg colocando un esfigmomanómetro en ambas piernas y producir una presión de 80 mmHg que generará dolor.

Una característica importante de la TVP es el edema de miembros inferiores generado por un aumento de la presión venosa hidrostática (mayor a la presión intersticial) por un trombo, excediendo así la capacidad de los sistemas de drenaje linfático. Los miembros afectados también presentarán un aumento de la temperatura al tacto y un leve eritema.

– Accidente cerebrovascular

Un accidente cerebrovascular se produce por una disminución o interrupción inesperada en el aporte de oxígeno por parte de los vasos sanguíneos al tejido cerebral debido a una posible obstrucción (tipo isquémico) o rotura de un vaso sanguíneo (tipo hemorrágico) localizado en el cerebro. Esto produce una isquemia en la parte de tejido afectada, dando lugar a una necrosis celular.

Los signos y síntomas son variados y dependientes de la gravedad y localización de la lesión y se manifiestan del lado contrario del cuerpo al sitio afectado. Los más comunes son las parestias o plejias faciales, disartria, afasia, agnosia, parestesias en las extremidades y pérdida del equilibrio.

Tratamientos disponibles

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico para las enfermedades cardiovasculares se centra en la mayoría de los casos en la prevención de estas y una disminución de los factores de riesgo de aparición. Los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares se pueden agrupar en modificables y no modificables.

- No modificables:
 - Factores genéticos como los antecedentes a enfermedades cardiovasculares en la familia. Esto puede prevenir y ayudar en el diagnóstico precoz las enfermedades y así aumentar la supervivencia de los pacientes y mejorar su calidad de vida
 - Edad: los factores de riesgo aumentan con la edad, estableciéndose los 55 años como el inicio del riesgo cardiovascular
 - Sexo: las enfermedades cardiovasculares afectan de forma más significativa al sexo femenino y es la principal causa de muerte en las mujeres, siendo un 42% entre las causas de fallecimiento en mujeres europeas⁸.

- Modificables
 - Estatus socioeconómico bajo
 - Falta de apoyo psicosocial
 - Enfermedades mentales como estrés, depresión y ansiedad
 - Estilo de vida como pueden ser el consumo de tabaco, de alcohol, la realización de actividad física o el tipo de alimentación
 - Obesidad

Las principales medidas no farmacológicas se basarán por tanto en la reestructuración de los factores de riesgo modificables.

En primer lugar, se recomienda abandonar el consumo de tabaco al que se le atribuyen el 14,7% de los fallecimientos en personas mayores de 35 años en el año 2006 y supone un doble riesgo de fallecimiento a 10 años para las personas con enfermedades cardiovasculares según las tablas SCORES de cálculo del riesgo cardiovascular. El tabaco incrementa la formación de placas de ateroma y la formación de trombos, debido a la oxidación de las moléculas LDL o lipoproteínas de baja densidad por sus siglas en inglés, *low density lipoproteins*⁹.

En segundo lugar, la modificación de la dieta.

Retirar la ingesta de ácidos grasos saturados (mantequillas, aceite de palma y coco) cuya ingesta superior del 2% aumenta las probabilidades de padecer enfermedades cardiovasculares. Aumentar el consumo de ácidos grasos insaturados (aceite de oliva) que reducen las concentraciones sanguíneas de LDL y poliinsaturados (pescados azules) que reducen las concentraciones sanguíneas de LDL. Reducir el consumo de sodio a menos de 5 gramos diarios por su correlación directa con el aumento de la presión arterial.

Se recomienda la reducción del consumo de bebidas azucaradas por su alto contenido calórico y su relación con la obesidad, factor de riesgo en sí mismo. Respecto al consumo de alcohol, se recomienda nunca superar la ingesta superior a 10 gramos y 20 gramos respectivamente en mujeres y hombres.

La dieta recomendada es aquella que aporte de forma equilibrada los nutrientes necesarios para el buen funcionamiento orgánico. Se recomienda el consumo de frutas y verduras de forma diaria, así como de legumbres, pescados y en menor medida, carnes.

Un estilo de vida sedentario es un factor de riesgo importante para la aparición de las enfermedades cardiovasculares y más del 50% de la población europea declara no realizar ningún tipo de ejercicio físico. La actividad física aeróbica realizada de forma continua se

asocia a una reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares, y se recomiendan al menos 30 minutos diarios seguidos, que reduce el consumo de oxígeno en el músculo cardíaco y retrasa la aparición de las enfermedades. Un estudio⁹ realizado en pacientes con estas patologías percibió una disminución del 30% en la mortalidad por enfermedad cardiovascular tras realizar ejercicio físico aeróbico durante 3 meses, es decir, a mayor ejercicio físico realizado, mayor beneficio observable^{9,10}.

La educación para la salud y la creación de una red de apoyo para este tipo de pacientes serán por tanto de gran importancia para corregir aquellos factores de riesgo que estén a nuestro alcance.

Tratamientos farmacológicos^{6,11,12}

Se clasifican en:

- Diuréticos

El mecanismo de acción general se basa en una acción sobre la nefrona que favorece la formación de orina e inhibiendo la reabsorción de sodio y agua en los túbulos. La acción del diurético sobre un segmento determinado del túbulo da un patrón de eliminación diferente de solutos y agua. Este lugar de acción condiciona la eficacia del fármaco.

Los diuréticos son utilizados como fármacos de primera elección en la hipertensión crónica, ya sea leve o moderada y asociada a la retención de líquidos cuando el paciente padece insuficiencia cardíaca. Los diuréticos permiten la asociación con otros fármacos antihipertensivos.

Los más utilizados son los diuréticos de asa, como la furosemida, por su potente efecto, ya que actúan a nivel del asa de Henle, lugar dónde se produce la mayor reabsorción de sodio, inhibiéndola.

- Digitálicos

Los fármacos digitálicos como la digoxina, que su mecanismo de acción bloquea la enzima Na-K-ATPasa en la membrana de la célula e inhibiendo por tanto la bomba de sodio-potasio. El resultado es un aumento del calcio intercelular, por lo que aumenta a su vez la contractibilidad del miocardio³.

Disminuye la frecuencia cardíaca, mejora la eficacia de la contracción del miocardio y favorece la eliminación de los edemas.

Su mal uso o el incumplimiento terapéutico puede producir una intoxicación por digitálicos ya que tiene un estrecho margen de seguridad.

- Betabloqueantes

Son los fármacos de primera elección en terapias únicas para la hipertensión leve o moderada, aunque suelen asociarse a fármacos vasodilatadores. Se utilizan para el tratamiento de la angina de pecho, como antiarrítmicos y como antianginosos.

Estos fármacos bloquean los receptores β_1 y β_2 . Los primeros, aumentan la frecuencia cardíaca, mejoran la conducción del impulso eléctrico y aumentan la contracción del miocardio y su relajación. Los segundos actúan en los vasos y músculo de los bronquios provocando la broncodilatación. Podemos clasificarlos como bloqueantes selectivos β_1 , como el atenolol y bloqueantes no selectivos que actúan tanto en β_1 y β_2 , como el propranolol.

- Bloqueantes de los canales de Calcio

Bloquean los canales de calcio en las células musculares, relajándolas. Según el lugar de acción del fármaco los efectos pueden variar levemente. La actuación sobre los vasos produce un efecto de vasodilatación, como el nifedipino (bloqueante de calcio de tipo dihidropiridina).

La vasodilatación produce una disminución de las resistencias vasculares y una disminución de la tensión arterial. Tienen un efecto inotrope y cronotrope negativo.

- Nitratos

Estos fármacos liberan óxido nítrico, produciendo un efecto vasodilatador, disminuyendo así las resistencias periféricas de los vasos sanguíneos. Producen a su vez una disminución en el retorno venoso y una vasodilatación coronaria. Los nitratos tienen un tiempo de acción rápido administrado por vía intravenosa, sublingual o transdérmica¹³.

Se utiliza en tratamientos antianginosos, disminuyendo la isquemia en angina de pecho e insuficiencia cardíaca.

- Antiagregantes plaquetarios

El mecanismo de acción de este tipo de fármacos se basa en la inhibición de sustancias que forma parte de la agregación plaquetaria bloqueando la ciclogenasa que disminuye la síntesis de tromboxano A_2 . Se disminuye la formación de trombos al reducirse la capacidad de adhesión de las plaquetas.

Se usan de forma preventiva en accidentes cerebrovasculares isquémicos, prevenir la formación de trombos y mantener la permeabilidad de los vasos sanguíneos después del tratamiento farmacológico con fibrinolíticos.

- Fibrinolíticos

Los fibrinolíticos tienen un mecanismo de acción basado en la activación del plasminógeno, que activa la plasmina y degradando así la fibrina. Se usan como tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, con el objetivo de restaurar la permeabilidad de los vasos sanguíneos.

Estos fármacos son útiles durante las tres primeras horas y tienen un gran riesgo de hemorragia intracraneal. El fármaco de tercera generación más utilizado es el TNK o tenecteplasa¹⁴.

- Hipolipemiantes¹⁵

El mecanismo de acción de los fármacos hipolipemiantes se basa en la modificación de fracciones lipídicas. Se utilizan en el control de las dislipemias y en la disminución del riesgo de sufrir eventos cardiovasculares. Son el fármaco de primera elección para el hipercolesterolemia.

Adherencia al tratamiento

La reticencia de los pacientes al empezar un tratamiento farmacológico es una constante que se repite en todas las consultas médicas, entre ellas, las consultas por motivo cardiovascular.

La no adherencia a los medicamentos se asocia directamente con el aumento de mortalidad. Por ejemplo: la no adhesión a las estatinas en el año siguiente de sufrir el IAM se asocia con un aumento del riesgo de mortalidad. En los pacientes que dejan de tomar aspirina, estatinas y betabloqueantes en el primer año después del IAM, la supervivencia al año se reduce de 99.7% a 88.5%⁹.

En el caso de la hipertensión, se define como alta adherencia más de un 80% de seguimiento del tratamiento hipertensivo y se asocia con mayor probabilidad de control de HTA en comparación con aquellos con media o baja adherencia. Según la OMS, la falta de adherencia al tratamiento hipertensivo es la causa más importante de fallar en el control de la HTA¹⁶.

La adhesión a los medicamentos para estas enfermedades es una de las variables que, al modificar, puede tener un impacto positivo en el control de estas ya que un mínimo cambio a favor de la adherencia al tratamiento puede resultar en mejoras significativas de control de la

presión arterial¹⁷. Además, pequeñas reducciones en las cifras de presión se asocian a un descenso de la mortalidad entre un 5 % y un 8% en pacientes con coronariopatías¹⁸.

Se ha descrito en la diferente literatura referida a la adherencia al tratamiento la educación para la salud como una forma clave de conseguir unos resultados de mejoría tanto en la adhesión y por correlación, unos mejores resultados en salud de la persona. El comportamiento de la persona hacia un tratamiento puede variar hasta en un 20% dependiendo de sus creencias y de la información respecto al medicamento que toma de la que disponga¹⁷.

Gasto sanitario

A pesar de las mejoras sanitarias y en el avance de los estudios de las enfermedades cardiovasculares, éstas siguen siendo la primera causa de muerte en Europa (más de 4 millones de muertes) con un gasto sanitario de 106 billones de €, de los cuales el 29% corresponde sólo al gasto en medicamentos¹⁹.

El gasto sanitario español público para el año 2015 fue de 65.565 millones de euros, lo que representa el 6,1% del producto interior bruto (PIB). Del total del gasto público, 10.525 millones de euros se invirtieron para el gasto farmacéutico, es decir, un 16.1%²⁰. Mientras que el gasto sanitario público ha sido mayor respecto a años anteriores: en 2011 supuso 39.840 millones, la inversión farmacéutica ha sido menor: 12.296 millones en el mismo año.

El gasto sanitario depende de igual manera en la gravedad de la enfermedad cardiovascular que sufra el paciente y de la elección farmacológica para el tratamiento de su patología. Los fármacos inhibidores de la agregación plaquetaria (exceptuando las heparinas) supusieron un gasto de 149.5 millones de euros en el 2014. Los bloqueantes de los canales de calcio derivados de la dihidropiridina y los antagonistas de la angiotensina II y diurético fueron 69.6 y 259.8 millones de euros respectivamente en el mismo periodo²¹.

Justificación

Las enfermedades cardiovasculares son uno de los tipos de enfermedades con más incidencia tanto en España como a nivel global. A pesar de los avances tecnológicos para la detección precoz de las mismas y el gran número de tratamientos farmacológicos de los que disponen estos pacientes, la prevalencia de este tipo de enfermedades sigue en aumento y esto supone un problema real de salud que afecta tanto al ámbito sanitario como al económico de la población.

Los cambios de comportamiento en las personas, que podrían modificar sus estilos de vida, son muy difíciles de lograr, pues hay variables que influyen en los pacientes como pueden ser creencias tanto religiosas como de salud, el entorno social, las percepciones de salud de cada uno e incluso la motivación personal.

Además, en el caso de las enfermedades cardiovasculares, estos cambios son más difíciles de llevar a cabo, puesto que el paciente se siente bien y las mejorías no son percibidas de forma directa a nivel físico.

Por estos motivos este estudio estará centrado en la adherencia al tratamiento, es decir, el paciente ya ha sido diagnosticado y está en tratamiento farmacológico por su patología. Este enfoque en la prevención secundaria se debe a gran impacto que un cambio de estas características puede suponer al paciente, empezando por el control de los síntomas de su enfermedad.

La enfermera, por su propia actividad profesional y cercanía con los pacientes es la indicada para desarrollar y llevar a cabo unas medidas educacionales encaminadas a cambiar las conductas de salud de las personas las que se lleven a cabo para aumentar la adhesión al tratamiento.

El principal objetivo de este estudio será aumentar la adhesión al tratamiento en aquellos pacientes con medicación para cualquier enfermedad cardiovascular crónica.

Población diana y captación

Este proyecto educativo está dirigido a pacientes diagnosticados de enfermedades cardiovasculares y que sigan un régimen de tratamiento farmacológico además de no farmacológico.

La población diana se establecerá según la Cartera de Servicios Estandarizada de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid²² y se incluirán a los pacientes que hayan sido incorporados a los siguientes servicios de la Cartera.

- Servicio 406: Atención al adulto con hipertensión
- Servicio 410: Atención a pacientes adultos con cardiopatía isquémica
- Servicio 411: Atención a pacientes adultos con insuficiencia cardiaca
- Servicio 412: Seguimiento de pacientes adultos con anticoagulación oral

La muestra para realizar el grupo de educación para la salud será de 100 pacientes, en cuatro grupos de 25 personas y serán captados cuando acudan a sus revisiones periódicas con la enfermera en el Consultorio Infante Don Luis de Borbón.

Este centro de salud se encuentra localizado en el municipio de Boadilla del Monte, al suroeste de la Comunidad de Madrid. Este municipio cuenta con una población de 51.473²³ habitantes repartidos en dos Centros de Salud de Atención Primaria. Este centro en cuestión abarca a una población de alrededor de 26.000 pacientes con un ratio de ± 3000 pacientes por enfermera.

La captación tendrá lugar en las consultas de la enfermera o médico de atención primaria durante un periodo de 2 meses y los criterios de inclusión serán los siguientes:

- Paciente de entre 40 y 70 años.
- Paciente debe de estar en tratamiento pautado por el médico de tipo farmacológico y no farmacológico durante al menos 12 meses.
- Paciente diagnosticado de coronariopatías, hipertensión arterial, valvulopatías, insuficiencia cardiaca, trombosis venosa profunda o accidente cerebrovascular.

Mientras que los criterios de exclusión para la participación en el proyecto de Educación para la salud serán:

- Pacientes que no tienen capacidad suficiente para el automanejo de su tratamiento farmacológico.
- Paciente que no sepa leer o escribir.

- Paciente que no firme el consentimiento informado y no quiera participar.
- Paciente con patología mental que le impida seguir los contenidos de las sesiones.
Ejemplo: Alzheimer, depresión, esquizofrenia, etc.

Objetivos

El objetivo general de este proyecto educativo será mejorar o aumentar la adhesión al tratamiento farmacológico de pacientes con enfermedades cardiovasculares diagnosticadas y en tratamiento por estas. Con este objetivo se pretende aumentar la calidad de vida del paciente y su esperanza de vida, así como reducir los factores de riesgo cardiovasculares para desarrollar patologías asociadas.

Estos objetivos generales sólo podrán ser evaluados a medio y largo plazo mediante un seguimiento a los pacientes.

Los objetivos específicos del proyecto educativo se dividirán en tres categorías: objetivos de conocimiento, de habilidades y de actitud y podrán ser evaluados al finalizar las sesiones.

Objetivos específicos

Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares - Diferenciar los distintos tratamientos o medicamentos farmacológicos que tengan recetados - Distinguir entre los distintos efectos secundarios de una incorrecta automedicación
Habilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Demostrar ejemplos de administración correcta - Utilizar de forma adecuada un pastillero de medicación
Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir sus cuestiones acerca de su patología y su experiencia con ella. - Expresar las dudas respecto a la medicación pautada: forma de administración, dosis, efectos secundarios más frecuentes

Tabla 1. Objetivos educativos específicos. Elaboración propia

Contenidos

Los contenidos de este proyecto educativo estarán encaminados a la consecución de los objetivos específicos mencionados anteriormente.

- Qué son las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo
- Tipos de tratamientos administrados farmacológicos, sus acciones y efectos terapéuticos, así como reacciones adversas más frecuentes
- Importancia de seguir un régimen terapéutico y los beneficios para la salud.
- La adherencia al tratamiento, la automedicación y la correcta administración.

Metodología

Según un estudio²⁴ reciente donde se analizaron 18 estudios sobre intervenciones educativas para promover la adherencia al tratamiento prescrito, la media de horas que se deben dedicar a la educación para la salud de los pacientes es de 9 horas, por lo que este proyecto educativo se llevará a cabo durante 4 semanas consecutivas de programación didáctica más 12 semanas más de seguimiento del paciente y evaluación de los resultados finales.

Se plantearán un total de 4 sesiones dobles de 50 minutos cada sesión, 10 minutos de descanso entre ellas a 1 sesión por semana, durante un periodo de 1 mes. Al finalizar estas sesiones, se dejará un tiempo de 12 semanas de seguimiento del paciente y finalmente se realizará una evaluación de las intervenciones en una última sesión. El día a la semana será elegido en consenso con cada grupo de pacientes.

El número de participantes por sesión no superará las 15 personas, por lo que, para una muestra de 100 personas se creará más de 1 grupo de trabajo.

Dos profesionales de enfermería del Centro de Salud llevarán a cabo las sesiones educativas. Uno de ellos será el encargado de la formación impartida, mientras que el otro profesional estará encargado de una evaluación en el aula y tendrá un rol de apoyo.

Las sesiones se desarrollarán en el aula de docencia/sala de reuniones del mismo centro, que cuenta con un espacio suficiente para la celebración de esta actividad. La disposición de las sillas será circular para permitir una mejor interacción entre pacientes-enfermeras y se intentará crear un ambiente agradable en la medida de lo posible. Esta aula habrá de contar como mínimo con un ordenador y un proyector para reproducción de diapositivas.

Para llevar a cabo estas sesiones educativas, se deberá tener en cuenta el nivel de conocimientos específicos del tema de todos los pacientes, es decir, su alfabetización en

salud²⁵. Para ello, se usarán tres preguntas que aporten la información sobre este aspecto de forma individual

- ¿Cada cuánto tiempo necesita usted que le ayuden a entender cómo organizarse su medicación a partir de una receta médica?
- ¿Necesita que le ayuden a rellenar cuestionarios médicos?
- ¿Tiene usted alguna dificultad para leer documentos relacionados con su proceso de salud?

El tipo de intervenciones más recomendadas²⁶ para llevar a cabo una mejora en la adherencia a la medicación de los pacientes es llevando a cabo intervenciones de tipo educativas y enfocadas a los cambios en el comportamiento.

Programación de las sesiones educativas.

Sesión 1 (Primera hora)	
Contenidos	Los pacientes y docente se presentarán de forma individual, diciendo una característica propia que les represente y de forma voluntaria compartirán su experiencia respecto a su enfermedad
Técnicas	Técnica del ovillo para que los pacientes se presenten y hablen de sus experiencias respecto a la enfermedad crónica que padecen. La disposición en el aula de los participantes será en círculo.
Materiales	Ovillo de lana Se utilizará un pre-test inicial para conocer la adherencia inicial de los pacientes con el Brief Medication Questionnaire Modificado ²⁷ (Anexo 4) y la encuesta de Demografía y Participación (Anexo 1)

Tabla 2. Programación de las sesiones educativas. Elaboración propia

Sesión 1 (Segunda hora)	
Contenidos	La enfermera explicará qué son las enfermedades cardiovasculares, cuáles son las más comunes (ver Estado de la Cuestión, página 7) y sus factores de riesgo
Técnicas	Técnica expositiva mediante la proyección de diapositivas dónde se desarrolle el tema a tratar y posteriormente haya una discusión entre los asistentes para que expresen sus opiniones respecto al tema.
Materiales	Recursos informáticos (ordenador) más proyector de diapositivas.

Tabla 3. Programación de las sesiones educativas. Elaboración propia

Sesión 2	
Contenidos	Se explicarán los tipos de tratamientos administrados farmacológicos y no farmacológicos indicados, sus acciones y efectos terapéuticos, así como reacciones adversas más frecuentes
Técnicas	Técnica expositiva mediante una presentación proyectada y análisis de la información para que los pacientes planteen sus dudas al respecto o aporten ejemplos de sus experiencias con los tratamientos
Materiales	Recursos informáticos más proyector de diapositivas.

Tabla 4. Programación de las sesiones educativas. Elaboración propia

Sesión 3	
Contenidos	Importancia de seguir un régimen terapéutico y beneficios para la salud
Técnicas	Técnica expositiva mediante una charla-coloquio para plantear ideas sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y las ventajas que supone para su bienestar
Materiales	Encuesta de Hill-Bone Modificada ²⁸ para comprobar el grado de adherencia de los participantes y sus motivos

Tabla 5. Programación de las sesiones educativas. Elaboración propia

Sesión 4	
Contenidos	Adherencia al tratamiento: técnicas y métodos
Técnicas	Tormenta de ideas con la participación de los integrantes de la sesión educativa. Los pacientes compartirán experiencias
Materiales	Encuesta de Satisfacción final

Tabla 6. Programación de las sesiones educativas. Elaboración propia

Sesión 5	
Contenidos	Reevaluación de la adherencia al tratamiento
Técnicas	Técnica expositiva de charla – coloquio donde los pacientes cuenten su proceso de adherencia y compartan sus experiencias.
Materiales	Se realizará una encuesta de satisfacción y se repetirá el test de Brief Questionnaire Medication para la evaluación de la adherencia

Tabla 7. Programación de las sesiones educativas. Elaboración propia

Evaluación

La evaluación de las sesiones educativas y de la consecución de los objetivos principales y específicos del proyecto se llevará a cabo mediante las anotaciones que realice la enfermera observadora en las sesiones y mediante los resultados analizados de los test descritos en los Anexos.

En un primer lugar, la enfermera con el rol de observadora evaluará las dinámicas en el aula, la participación de los pacientes en las actividades propuestas, el papel de la enfermera educadora y el aspecto global del conjunto de sesiones. Se realizará mediante la observación y el cumplimiento de la Tabla 14 (Anexo 5) para observar aquellos aspectos mejorables o aquellos que no han funcionado.

Para poder hacer una evaluación de los participantes en el proyecto, se utilizará una encuesta de demografía y participación en la primera sesión para poder conocer la naturaleza y motivaciones de los participantes, así como su estilo de vida y sus circunstancias personales.

Respecto a la evaluación de los conocimientos adquiridos tras las sesiones educativas, se utilizará el Brief Medication Questionnaire Modificado (Tabla 12, Anexo 3) en forma de pres y post test en las sesiones 3 y 5 respectivamente. Dependiendo de los resultados obtenidos de la comparativa de ambos test, se modificarían las sesiones futuras para mejorar futuros proyectos educativos. Esta encuesta servirá para determinar el grado de adherencia, y, por tanto, el grado de consecución del objetivo general del proyecto, que es aumentar la adherencia.

La Escala Hill-Bone modificada (Tabla 11, Anexo 2) se utilizará en la tercera sesión para conocer el comportamiento de los participantes respecto al seguimiento de su tratamiento farmacológico pautado, aunque también podremos conocer si siguen las recomendaciones no farmacológicas pautadas para personas diagnosticadas con enfermedades cardiovasculares.

Los anteriores métodos evaluativos se consideran evaluaciones internas o autoevaluaciones que realizan las enfermeras antes, durante y después de las sesiones educativas, sin embargo, se incluye en este proyecto una Encuesta de Satisfacción (tabla 13, Anexo 4) como evaluación externa que deberán responder los participantes al finalizar las sesiones y que reflejarán sus opiniones respecto a las dinámicas de aula y a los elementos tratados, su conformidad y la creencia de utilidad futura.

Bibliografía

1. Varleta P, Acevedo M, Akel C, et al. Mobile phone text messaging improves antihypertensive drug adherence in the community. J Clin Hypertens [revista en Internet] 2017 [fecha de consulta 4 octubre 2017]; 00:1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28941056>
2. El-Toukhy H, Omar A, Abou Samra M. Effect of acute coronary syndrome patients' education on adherence to dual antiplatelet therapy. Journal of the Saudi Heart Association [revista en Internet] 2017 [fecha de consulta 10 octubre 2017] 29(4):252-258. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28983168>
3. Zullig L, Ramos K, Bosworth H. Improving Medication Adherence in Coronary Heart Disease. Curr Cardiol Rep [revista en Internet] 2017 [fecha de consulta 5 noviembre 2017]; 19(11):1-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28940020>
4. Who.int. Cardiovascular Diseases [Sede Web]. Ginebra [fecha de consulta 5 noviembre 2017]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en/
5. INE [base de datos en Internet]. Madrid: Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa, [fecha de consulta 4 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
6. Gutiérrez Vázquez IR. La Fisiopatología como Base Fundamental del Diagnóstico Clínico. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.
7. Rodríguez Padial L. Cardiología. Madrid: Grupo Aula Médica; 2008.
8. Organización Mundial de la Salud. A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis [monografía en Internet]. Ginebra. World Health Organization; 2013 [fecha de consulta 26 noviembre 2017]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
9. Perk J, De Backera G, Gohlkea H, Grahama I, Reinerb Z, Verschurena M et al. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Version 2012) [revista en Internet] 2012 [fecha de consulta 28 diciembre 2017], 33(13):1635-701 Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/33/13/1635/488083>

10. Córdoba R, Cabezas C, Camarelles F, Gómez J, Díaz Herráez D, López A et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria [revista en Internet] 2012 [fecha de consulta 28 diciembre 2017]; 44(1) 1:16-22. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-sobre-el-estilo-vida-13126847>
11. Mosquera JM, Galdós P. Farmacología Clínica para Enfermería. 4º edición. Madrid: Interamericana -McGraw-Hill; 2005
12. Castells Molina S, Hernández Pérez M. Farmacología en Enfermería. 3º edición. Barcelona: Elsevier; 2012
13. Morrillo Rodríguez J, Fernández Ayuso D. Enfermería clínica I: Cuidados generales y especialidades médico-quirúrgicas. Barcelona: Elsevier; 2016
14. Swearingen PL. Manual de Enfermería médico-quirúrgica: intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. 6º edición. Barcelona: Elsevier Mosby; 2008.
15. Serrano Cumplido A. Indicaciones de los hipolipemiantes. Inf Ter Sist Nac Salud. [revista en Internet] 2010 [fecha de consulta 25 noviembre 2017]; 34: 41-48. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol34n2indHipolipemiantes.pdf
16. Morrissey EC, Durand H, Nieuwlaat R, Navarro T, Haynes RB, Walsh JC, et al. Effectiveness and content analysis of interventions to enhance medication adherence in hypertension: a systematic review and meta-analysis protocol. Systematic reviews [revista en Internet] 2016 [fecha de consulta 28 octubre 2017]; 5(1):96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4897948/>
17. Conn VR, Ruppert TM, Chase JA, Enriquez M, Cooper PM. Interventions to Improve Medication Adherence in Hypertensive Patients: Systematic Review and Meta-analysis. Curr Hypertens Rep [revista en Internet] 2015 [fecha de consulta 29 Octubre 2017]; 17(12): 94 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5662945/pdf/nihms915112.pdf>
18. Peacock E, Krousel-Wood M. Adherence to Antihypertensive Therapy. Medical Clinics of North America [revista en Internet] 2017 [fecha de consulta 11 noviembre 2017];101(1):229-245. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5156530/>

19. Keenan J. Improving adherence to medication for secondary cardiovascular disease prevention. *European Journal of Preventive Cardiology* [revista en Internet] junio 2017 [fecha de consulta 17 octubre 2017]; 24(3):29-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28618909>
20. Lillo JM, Rodríguez MC. Principales resultados: Estadística de Gasto Público 2015 [monografía en Internet]. Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación. Madrid. Mayo 2017 [fecha de consulta 27 diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La salud y el sistema sanitario en 100 tablas: Datos y Cifras España [monografía en Internet]. Dirección General de Promoción del Turismo. Datos y cifras de España. 2016. [fecha de consulta 3 enero 2018]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>
22. Servicio Madrileño de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria: Revisión 2014 [Monografía en Internet] 4ª edición. Madrid: Dirección General de Atención Primaria; 2014 [fecha de consulta 10 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017694.pdf>
23. INE [base de datos en Internet]. Madrid: Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa, [fecha de consulta 4 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2881>
24. Wessol JL, Russell CL, Cheng A. A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of Medication Adherence Interventions in Adult Stroke Survivors. *Journal of Neuroscience Nursing* [revista en Internet] 2017 [fecha de consulta 2 de diciembre 2017];49(2):120 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28234660>
25. Owen-Smith AA, Smith DH, Rand CS, Tom JO, Laws R, Waterbury A, et al. Difference in Effectiveness of Medication Adherence Intervention by Health Literacy Level. *The Permanente journal* [revista en Internet] 2016 [fecha de consulta 28 octubre 2017]; 20(3):38. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4991913/>

26. Demonceau J, Ruppert T, Kristanto P, Hughes D, Fargher E, Kardas P, et al. Identification and Assessment of Adherence-Enhancing Interventions in Studies Assessing Medication Adherence Through Electronically Compiled Drug Dosing Histories: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Drugs* [revista en Internet] 2013 [fecha de consulta 27 noviembre 2017]; 73(6):545-562. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23588595>
27. Culig J, Leppée M. From Morisky to Hill-Bone; Self-Reports Scales for Measuring Adherence to Medication. *Coll. Antropol* [revista en internet] 2014 [fecha de consulta 20 enero 2018]; 38(1): 55–62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24851597>
28. Nashilongo M, Singu B, Kalemeera F, Mubita M, Naikaku E, Baker A, et al. Assessing Adherence to Antihypertensive Therapy in Primary Health Care in Namibia: Findings and Implications. *Cardiovasc Drugs Ther* [revista en Internet] 2017 [fecha de consulta 4 enero 2018] ;31(5):565-578. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5730630/>

Anexos

Anexo 1: Brief Medication Questionnaire Modificada

Esta escala es habitualmente utilizada para realizar una valoración inicial de la adherencia al tratamiento farmacológico para pacientes con hipertensión. Se ha modificado de tal manera que pueda ser utilizada en pacientes diagnosticados con enfermedades cardiovasculares. Se compone de 4 preguntas que el paciente responderá o bien de manera afirmativa o negativa o de manera explícita.

Estas preguntas son utilizadas para comprobar si el paciente sigue su tratamiento, si sabe cuál es y si tiene alguna dificultad a la hora de seguirlo. Dependiendo de los resultados obtenidos, durante las sesiones educativas, el profesional sanitario puede incidir más sobre unos aspectos que en otros para unos mejores resultados.

Responda a las siguientes cuestiones	
¿Se ha tomado usted hoy sus medicinas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cuántas medicinas toma al día?
¿Sabe cuáles son? ¿Y para qué son?	1- 6- 2- 7- 3- 8- 4- 9- 5- 10-
¿Cree que son eficaces los medicamentos que usted toma?	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>

<p>¿Ha tenido usted algún efecto secundario debido a la medicación prescrita? ¿Cuál?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>
<p>¿Ha dejado de tomar alguna medicación en los últimos 6 meses?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Por qué?</p> <p>.....</p> <p>No <input type="checkbox"/></p>

Tabla 8. Brief Medication Questionnaire Modificada. Elaboración propia

Anexo 2: Encuesta de Demografía y Participación

Esta encuesta se utilizará al inicio de las sesiones educativas para poder conocer el tipo de población que participa, así como sus motivos para hacerlo. Tabla de elaboración propia

Responda a las siguientes cuestiones	
Edad
Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Ocupación	En paro <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Trabajador/a <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>
Estudios	Primarios obligatorios <input type="checkbox"/> Secundarios obligatorios <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Estudios Superiores <input type="checkbox"/>
Estado civil
¿Con quién convive?
Motivo de participación en las sesiones educativas

Tabla 9. Escala de Demografía y Participación. Elaboración propia.

Anexo 3: Escala Modificada Hill-Bone²⁷

La Escala Hill-Bone Modificada, utilizada normalmente en su forma original para determinar la conformidad de los pacientes hipertensivos a los tratamientos prescritos, resultando así en valores de adherencia al mismo. Consta de 14 preguntas que han de responderse en función de la frecuencia según 4 ítems: Nunca - Algunas veces – Muchas veces – Siempre.

Están relacionadas con la frecuencia de olvido, ingesta de alimentos no recomendados o asistencia a las revisiones en la consulta de Atención Primaria, entre otras. Con esta escala y puede valorar el grado de implicación de los pacientes con el cumplimiento de su régimen terapéutico y la frecuencia con la que no lo sigue dependiendo de distintas variables descritas en la escala.

Responda a las siguientes cuestiones	
¿Cada cuánto tiempo olvida tomarse la medicación?	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>
¿Cada cuánto tiempo decide no tomarse la medicación?	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>
¿Cada cuánto tiempo añade sal a sus comidas?	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>
¿Cada cuánto tiempo come comida rápida?	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>
¿Cada cuánto tiempo se olvida de ir a su revisión con su EAP (Enfermera de Atención Primaria) o MAP (Médico de Atención Primaria)	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>

<p>¿Cada cuánto tiempo se queda sin repuestos de sus medicamentos?</p>	<p>Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Algunas veces <input type="checkbox"/></p> <p>Muchas veces <input type="checkbox"/></p> <p>Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Cada cuánto tiempo se le olvida tomarse sus medicamentos antes de ir a revisión con EAP o MAP?</p>	<p>Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Algunas veces <input type="checkbox"/></p> <p>Muchas veces <input type="checkbox"/></p> <p>Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Cada cuánto tiempo se olvida de tomar su medicación si se encuentra bien?</p>	<p>Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Algunas veces <input type="checkbox"/></p> <p>Muchas veces <input type="checkbox"/></p> <p>Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Cada cuánto tiempo se olvida de tomar su medicación si se encuentra mal?</p>	<p>Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Algunas veces <input type="checkbox"/></p> <p>Muchas veces <input type="checkbox"/></p> <p>Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Cada cuánto tiempo tiene que pedir medicación a otra persona?</p>	<p>Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Algunas veces <input type="checkbox"/></p> <p>Muchas veces <input type="checkbox"/></p> <p>Siempre <input type="checkbox"/></p>

Tabla 10. Escala Hill-Bone Modificada. Elaboración propia

Anexo 4: Encuesta de Satisfacción final

Encuesta que se utilizará al finalizar las sesiones educativas, al término de la cuarta sesión. Se utilizará para valorar el grado de satisfacción de los participantes, su percepción del proceso, así como una valoración de los educadores participes de las sesiones educativas. Servirá, sobre todo, para realizar una autovaloración de las sesiones y de la forma que han sido dadas y de cómo mejorar en un futuro de acuerdo con las percepciones de los pacientes que han participado en ellas. Puesto que se hace antes de la quinta sesión, no es una encuesta relacionada con la mejora en la adherencia del paciente.

Responda a las siguientes cuestiones	
¿Qué le han parecido las sesiones?	Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
¿Está conforme con lo tratado en ellas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha echado algo en falta? ¿El qué?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Qué le ha parecido el material empleado?	Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>

<p>¿Qué le ha parecido el papel de la enfermera?</p>	<p>Bien <input type="checkbox"/></p> <p>Regular <input type="checkbox"/></p> <p>Mal <input type="checkbox"/></p> <p>NS/NC <input type="checkbox"/></p>
<p><i>¡Gracias por su participación!</i></p>	

Tabla 11. Encuesta de Satisfacción. Elaboración propia

Anexo 5: Tabla de evaluación de las dinámicas de aula

Esta tabla se utilizará para evaluar las dinámicas en el aula, la calidad de las sesiones educativas y las explicaciones, así como la participación de los pacientes en las técnicas propuestas como los coloquios o las tormentas de ideas. La realizará la enfermera con rol de observadora en el transcurso del desarrollo de estas.

La tabla estará compuesta por 7 ítems que deberán ser respondidos con una puntuación del 0 al 5, siendo 0 la mínima puntuación y 5 la máxima que se pueda otorgar en una escala analógica o bien por medio de respuestas afirmativas o negativas, entre otras.

<p>Grado de participación en el aula</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p> 
<p>Grado de motivación en el aula</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p> 
<p>¿Son comprensibles las explicaciones?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>Calidad del educador y aspectos a mejorar s/p</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p>  <p>.....</p>
<p>Ambiente en el aula</p>	<p>Bien <input type="checkbox"/></p> <p>Regular <input type="checkbox"/></p> <p>Mal <input type="checkbox"/></p>
<p>Consecución de los objetivos específicos en cada sesión</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p> 

<p>¿Es adecuado el número de participantes?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
--	---

Tabla 12. Autoevaluación de las dinámicas de aula. Elaboración propia.