

Artículo especial

# Manual para la educación del paciente hipertenso. Entrenamiento al personal de la salud.

Manual for the education of the hypertensive patient. Health personnel training.

Alfredo F. Dueñas Herrera<sup>1</sup> Reinaldo J. de la Noval García,<sup>1</sup> Nurys B. Armas Rojas,<sup>1</sup> Alexander Valdés Martín,<sup>1</sup> Adrian Naranjo Dominguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, La Habana, Cuba

## Introducción

La elevación de la presión arterial (PA) por encima de los valores determinados como “normales”, es uno de los problemas de salud observados con mayor frecuencia en la población cubana y el cual tienen que enfrentar a diario nuestros médicos de atención primaria.

Las cifras elevadas de presión arterial pueden ser enfocadas desde varios puntos de vista.

- Como una enfermedad
- Como un factor de riesgo de otras enfermedades más graves.
- Como un problema que afecta a un individuo.
- Como un problema que afecta a grandes poblaciones.

### A.- Como una Enfermedad:

#### Situación actual en Cuba:

Prevalencia----- 20 a 35 % de la población adulta

Detectados----- 80 a 85 %

Tratados----- 70 a 80 % de los detectados

Controlados---- 45 a 55 % de los tratados

35 % de los hipertensos existentes.

### B.- Como un factor de riesgo de otras enfermedades.

La hipertensión arterial es un factor estrechamente asociado al desarrollo de enfermedades graves como son: (Figura 1)

-Cardiopatía isquémica.

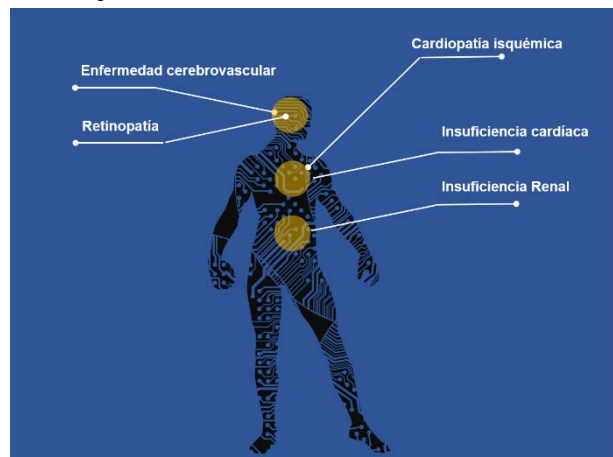
-Enfermedad cerebrovascular

<http://www.revcardiologia.sld.cu/>

-Insuficiencia cardíaca

-Insuficiencia renal

-Retinopatía.



**Figura 1.** Algunas enfermedades graves asociadas a la hipertensión arterial.

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

### C.- Como un problema que afecta a un individuo.

Como hemos señalado anteriormente el 30 % de nuestra población adulta podría tener cifras de PA.  $\geq$  a 140/90 mmHg. o lo que es igual más de 2 millones de personas en Cuba padecen de esta enfermedad actualmente.

En relación con el individuo afectado, el Sistema Nacional de Salud tiene la responsabilidad de detectarlo, tratarlo y controlarlo durante toda la vida y de esta forma el riesgo de complicación y de muerte prematura disminuiría considerablemente.

#### **D.- Como un problema que afecta a grandes poblaciones.**

Cada año un número considerable de nuevos individuos se une al grupo de hipertensos que existe en la población. La única forma que existe de disminuir la incidencia de una enfermedad es la prevención primaria, trabajando en el control de los factores que contribuyen a su desarrollo.

También debemos trabajar en la disminución de la cifra media de PA de toda la población, una disminución de 4 % de esta cifra media podría estar asociada a una disminución de un 9 % de la mortalidad por cardiopatía isquémica y un 20 % de la mortalidad por accidentes cerebrovasculares.

La existencia del médico de atención primaria como eslabón más importante de la gran cadena que constituye el Sistema Nacional de Salud, pone a nuestro país en una situación de privilegio en la lucha mundial contra los efectos deletéreos de la HTA.

#### **En el proceso de control de esta enfermedad aparecen como elementos importantes los siguientes:**

-La detección de los pacientes (preferiblemente en etapas tempranas del desarrollo de la enfermedad).

-El tratamiento adecuado.

-La adherencia del paciente al tratamiento por toda la vida.

-El mantenimiento de la presión arterial en cifras inferiores a 140/90 mmHg.

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

En general consideramos que nuestros médicos y enfermeras de la familia deben recibir un entrenamiento adecuado para enfrentar este difícil problema, por lo que se hace necesario trabajar en este sentido para lograr incrementar el número de hipertensos detectados y controlados.

Un esfuerzo importante en este sentido lo constituye la

actualización de la Guía Cubana para la Detección, Tratamiento y Control de la HTA.

Este manual se propone ser un documento que junto a la Guía contribuya a preparar adecuadamente a nuestro personal de la salud en el manejo de estos pacientes crónicos, donde la educación del paciente y su participación activa constituyan los elementos básicos del control de esta enfermedad.

Este manual es resultado del esfuerzo de un grupo de compañeros para contribuir al control de los pacientes hipertensos. Si cumplimos nuestro objetivo de mejorar la atención del paciente hipertenso nos sentiremos altamente recompensados.

## **Conceptos básicos**

### **2.1.- Propósitos de la educación del paciente hipertenso.**

a.- Mejorar su cuidado médico.

b.- Prevenir su deterioro y complicaciones.

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

a.- Un mejor conocimiento de su enfermedad

b.- Cambios en su estilo de vida

c.- Adherencia al tratamiento y a las citas médicas periódicas por toda la vida, o lo que es igual influir en la conducta del paciente para lograr cambios favorables y mantenerlos en ellos.

### **2.2.- Factores que influyen en la conducta del paciente.**

Son varios los factores que pueden influir en la calidad del manejo de esta enfermedad por quien la padece:

a.- PREDISPONENTES: Grado de conocimiento que el paciente sobre su enfermedad, creencias, actitudes, valoraciones y percepciones.

b.- DE CALIDAD: El factor calidad esta dado fundamentalmente por la asequibilidad que el paciente tenga a los servicios médicos, calidad de estos, existencia de medicamentos, actitud del paciente hacia el régimen higieno-dietético y las posibilidades reales que este tenga para cumplir las indicaciones médicas.

### **2.3.- Factores que influyen en la conducta médica:**

a.- PREDISPONENTES: Son aquellos referidos al grado de conocimientos que tiene el personal de la salud en relación con la hipertensión arterial, su prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

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

c.-REFORZAMIENTO: El reforzamiento del personal de la salud proviene de la retroalimentación que este tenga de la situación de los pacientes, su grado de control y la mejoría de los indicadores de salud de la población.

## Objetivos y logros

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

### 3.2.- Logros:

a.- Mejorar el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad y su manejo.

b.- Evitar sus complicaciones, mejorar su calidad de vida y prolongar su expectativa de vida.

c.- Aclarar las concepciones erróneas que tenga sobre su enfermedad.

## Rol del personal de la salud

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

a.- Grado de conocimiento que tiene sobre su enfermedad.

b.- Criterios que tiene sobre esta enfermedad y actitud que ha tenido frente a ella.

c.- Concepciones erróneas que tiene en relación con la hipertensión y que necesitan ser aclaradas.

d.- Dificultades que tiene el paciente para hacer el tratamiento y para acudir a las citas médicas.

e.- Tipo de ayuda que recibe de sus familiares y amigos para contribuir al cuidado de su enfermedad, si no recibe alguna o si influyen negativamente.

## Aceptación de la enfermedad por el paciente.

Cuando a una persona se le comunica que padece de una enfermedad

crónica su aceptación pasa por varias fases antes de lograrla completamente, la labor del personal de la salud es que llegue rápidamente a la 6ta. Fase.

**1ra. Fase.**- Ante la noticia de que es hipertenso el paciente se asombra, se pone tenso y tiende a rehusar esta verdad.

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

**3ra. Fase.**- Minimiza el problema, sin llegar a tomar una conducta definida.

**4ta. Fase.**- Toma mayor conciencia del problema y entonces se deprime y se plantea una esperanza de curación.

**5ta. Fase.**- Acepta su enfermedad y su carácter crónico, pero aún no incorpora a su vida los cambios necesarios en su conducta y estilo de vida.

**6ta. Fase.**- Acepta su enfermedad y su tratamiento, cambia su patrón de conducta, incorpora cambios a su estilo de vida. (Solo cuando se alcanza esta fase, el paciente estará en condiciones de manejar adecuadamente su hipertensión arterial.)

## Educando al paciente hipertenso

**6.1.-** Análisis de las dificultades de los médicos y enfermeras de la familia para desarrollar la educación al paciente hipertenso.

a.- Se valora poco la percepción de riesgo, prevención, calidad de vida, pronóstico, en fin, poco enfoque epidemiológico de la enfermedad.

b.- Está sometido a numerosas exigencias administrativas, muchas de ellas no relacionadas con las primeras causas de muerte, que le dejan poco tiempo para educar a los pacientes.

c.- No realiza una evaluación periódica del grado de cumplimiento por el paciente de las indicaciones médica. No retroalimentación.

d.- No analiza las dificultades de comunicación con los pacientes. ¿Los pacientes entienden bien lo que los médicos y enfermeras tratan de transmitirles?

e.- No se hace un entrenamiento adecuado a los pacientes para que no cometan errores en el manejo de su enfermedad.

f.- No existe conciencia de que un error del paciente es una falla médica y debería ser utilizada por el médico en la autoevaluación periódica de su trabajo.

g.- Se analiza poco al paciente en su contexto socio-cultural y nos dirigimos a todos por igual, sin diferenciarlos en sus posibilidades sociales, culturales y económicas.

### 6.2.- Entrenamiento del paciente en aspectos prácticos.

**6.2.1.-** Preparación adecuada de la dieta.

a.- Disminución en la ingesta de sal. Ofrecer alternativas con

otros condimentos y sabores.

b.- Confección de dietas hipocalóricas, si es necesario. Información sobre la adecuada distribución de las calorías en el día, 50 % en el desayuno, 30

c.- Información sobre alimentos ricos en potasio y fibra dietética.

#### 6.2.2.- Ingestión de medicamentos.

a.- Programar la ingestión de medicamentos acorde a las actividades diarias del paciente.

b.- Cronoterapia si se cuenta con información de AMPA o MAPA.

#### 6.2.3. Seguimiento.

a.-Insistir en la importancia de la medición periódica de la PA.

b.- Alertar sobre signos, síntomas de PA alta y complicaciones.

c.- Importancia de mantener la adherencia al tratamiento y acudir a las citas médicas programadas (convenir con el paciente la fecha de la próxima consulta).

#### 6.2.4.- Otros aspectos:

a.-Discutir y aclarar al paciente las concepciones erróneas que pueda tener respecto a su enfermedad.

b.-Reforzar las motivaciones del paciente que lo mantienen adherido al tratamiento.

c.- Extender la educación a los familiares del paciente, convivientes y amigos allegados para que lo ayuden en el control de su enfermedad.

## Proceso de educación para la salud aplicado al paciente hipertenso (educación individual)

El paciente tendrá un primer contacto con el médico y será visto cada 15 días hasta tanto la PA este controlada. (cifras inferiores a 140/90 mmHg.)

Después será visto cada 4 meses como mínimo por toda la vida.

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

#### 7.1.- Primera visita o visita inicial.

a.- Para el diagnostica y plan de trabajo

-Establecimiento de una relación médico-paciente adecuada

y una alianza terapéutica son los objetivos principales de esta primera visita.

b.- Objetivo educacional.

En esta primera visita después de confirmado el diagnostico, se le informa la clasificación de su enfermedad y su riesgo cardiovascular global (Figura 2), que cifras de PA tiene y cuáles son las deseables, hacer un plan de seguimiento.



**Figura 2.** Calculadora de riesgo cardiovascular según tablas de OMS/OPS

#### 7.1.1.- Pasos directivos.

a.- Mantener informado al paciente de cuáles son sus cifras de PA. cuáles son las cifras deseables y los riesgos de la enfermedad si no se controla.

b.- Informar al paciente sobre cuáles son los siguientes pasos para el estudio completo de su enfermedad y posibles daños en órganos diana.

#### 7.1.2. – Pasos de interacción.

a.- Conocer el grado de conocimiento, creencias, experiencias anteriores acerca de su enfermedad.

b.- Conocer el grado de comprensión que tiene el paciente en relación a su estado de salud acorde al estadio de su enfermedad.

c.- Alcanzar un acuerdo con el paciente acerca del manejo de su enfermedad. Resaltar la importancia del control.

d.-Estar de acuerdo en la fecha de la próxima visita al médico.

#### 7.2.- Segunda visita.

La meta en esta segunda visita (después de confirmado el diagnóstico y clasificado el paciente), es construir una alianza o acuerdo fuerte en relación con el tratamiento y la importancia de mantenerse adherido al mismo.

**7.2.1.**-Los pasos educacionales son los siguientes:

a.- Informar al paciente de los resultados de sus exámenes complementarios realizados (valores obtenidos y valores normales o deseables).

b.- Explicar la importancia que para su salud futura tienen los hallazgos de los exámenes realizados.

c.- Explicar detalladamente las opciones de tratamiento no farmacológico y farmacológico acorde a la guía cubana.

d.- Explicar los posibles efectos secundarios de los medicamentos indicados y acudir al médico si se presenta alguno de ellos.

**7.2.2.**- Pasos de interacción.

a.- Evaluar si el paciente ha entendido bien todas las explicaciones.

b.- Evaluar si el paciente está listo para hacer cambios en su estilo de vida, si está preparado para cumplir con las indicaciones o si tiene alguna dificultad para ello. Cada uno de estos aspectos debe ser discutido entre médico y paciente. Por ejemplo: El manejo de otros factores de riesgo o comorbilidades.

El médico debe proceder a individualizar el tratamiento de cada paciente y establecer la fecha de la próxima cita de mutuo acuerdo.

*Ejemplos de medidas de ayuda en esta etapa:*

-Dar al paciente las recomendaciones dietéticas por escrito.

-Escribir todos los datos en la historia clínica del paciente.

- Entrenar al paciente o familiar sobre como cocinar sin sal, pero con un sabor agradable.

- Dar por escrito el ritmo horario en la ingestión de medicamentos, que no debe hacer modificaciones al tratamiento sin consultar antes al médico.

Informarle si es necesario que será enviado a interconsulta con el internista o cardiólogo y las razones que hay para ello.

**7.3.- Visita de seguimiento (Ya bajo tratamiento).**

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

**7.3.1.**- Medir la PA, informar al paciente y conocer la evolución de otros factores de riesgo que estén presentes y

mantener al paciente informado de su evolución.

**7.3.2.** Pasos de interacción:

a.- Discutir con el paciente las cifras de PA. y otros factores de riesgo, evaluación de la adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico.

b.- Valorar las dificultades (efectos secundarios) que el paciente haya tenido con el tratamiento farmacológico impuesto. Preguntar sobre nuevos problemas de salud que haya tenido.

c.- Reforzar los logros alcanzados y felicitarlo si todo va bien, señalar que la responsabilidad sobre su salud es de él o ella en gran medida.

d.- Ajustar el tratamiento si es necesario, cualquier cambio debe ser entregado por escrito y hacerlo constar en la historia clínica.

e.- Establecer de mutuo acuerdo la fecha de la próxima cita médica.

f.- Promover la lectura de folletos y cualquier clase de divulgación que pueda ser entregada al paciente. Evaluar en consulta posterior el grado de comprensión del paciente hacia estos materiales.

## Proceso de educación para la salud aplicado a grupos de pacientes y sus familiares y amigos. Educación colectiva.

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

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

a.- Ciertos pacientes pueden necesitar un reforzamiento que un grupo puede ofrecerle y asegurar cambios en su estilo de vida.

b.- Conocer experiencias de otros pacientes puede ser de gran valor, así como compararse entre ellos. En estas actividades debe promoverse la participación de los pacientes. El médico y la enfermera de la familia

serán solo conductores de la sesión.

**8.2.- Incluir esposos (as) y otros familiares convivientes.** Los pacientes que tienen una ayuda familiar

fuerte mantienen una mejor adherencia al tratamiento. Aquellos pacientes cuyos familiares están convencidos del beneficio del tratamiento evolucionan mucho mejor que aquellos cuyos familiares no se interesan por la enfermedad.

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

**8.3.- Programa Comunitario:** Se puede valorar la creación de clubes de hipertensos, donde con la ayuda de médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y líderes de la comunidad pueda programarse actividades recreativas, sociales, educativas que ayuden a un mejor control de estos pacientes. Ejemplos: Actividades recreativas para una mejor utilización del tiempo libre, actividades de relajación psíquica, degustaciones de alimentos cocinados sin sal, excursiones que incluyan ejercicio físico, actividades deportivas etc.

## Talleres con los pacientes

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

### 9.1.- Talleres médico –paciente.

El médico y la enfermera de la familia informaran a los pacientes sobre la interrelación entre la hiperlipoproteinemia, diabetes mellitus, obesidad, sedentarismo y la HTA., lo perjudicial de la adicción a fumar tabaco y proveerán a los pacientes de los medios idóneos para controlarlos o eliminarlos: Dietas o mejor le enseñaran a comer sano, programas de ejercicios físicos, métodos de cesación del fumar etc. Por su lado los pacientes aportaran sus experiencias personales con el uso de estos medios y el control de estos factores.

Los que hayan logrado resultados positivos ayudaran a los que no, lo hayan logrado, estos últimos discutirán sus dificultades y se harán planes futuros que incluyan compromisos con el colectivo.

### 9.2.- Organización de los talleres.

Los objetivos de los talleres son los siguientes:

a.- Proveer información sobre la hipertensión arterial, en relación con los riesgos, calidad de vida y su relación con otros

factores de riesgo para la salud y sus complicaciones.

b.- Ayudar a los pacientes, familiares y personal interesado a adquirir un conocimiento integral sobre esta enfermedad como un problema a largo plazo.

c.- Ayudar a los pacientes a entender correctamente las recomendaciones de sus médicos.

d.- Motivar a los pacientes a hacer cambios en su estilo de vida para un mejor control de su enfermedad y prevenir complicaciones.

--Comer bajo de sal (disminuir el sodio de la dieta)

--Aumentar la ingestión de potasio y fibra dietética

--Bajar de peso (si es necesario)

--Disminuir la ingestión de grasas saturadas

--Hacer ejercicio físico sistemático (individual y en grupo)

--Relajación psíquica

--Charlas que lleven a la detección precoz y manejo de las complicaciones de la HTA.

Los talleres deben ser conducidos por médicos, enfermeras y psicólogos previamente entrenados, se debe tratar de utilizar murales, folletos, laminas, que refuercen las discusiones del taller, deben realizarse con no más de 30 personas entre pacientes y familiares o amigos, deben realizarse en horarios extra laborales aprovechando excursiones u otra reunión de cualquier tipo. El momento debería ser convenido entre los participantes, pueden utilizarse medios audiovisuales para comenzar las discusiones.

El lugar, fecha y hora del taller debe ser divulgado desde varios días antes, invitando a los participantes a hacer aportes, preguntas, experiencias etc.

### 9.3.- Pasos a seguir en el taller.

#### 9.3.1.- Información sobre la enfermedad

a.- Cifras normales de presión arterial

b.- Concepto de hipertenso controlado

c.- Riesgos

d.- Frecuencia de la enfermedad

e.- Factores de riesgo

f.- Enfoque como enfermedad crónica.

#### 9.3.2.- Tratamiento de la enfermedad.

a.- No farmacológico

b.- Farmacológico

c.- Adherencia al tratamiento



d.- Control de otros factores de riesgo

e.- Comorbilidades

f.- Ayuda familiar y comunitaria.

## Anexos

### 10.1.- Algunas concepciones erróneas que sobre la hipertensión arterial tienen los pacientes:



Concepción Errónea (CE): Muchas personas piensan que la hipertensión arterial es una enfermedad muy común y por ello no hay que darle mucha importancia.



Intervención -Aclaración (IA): La HTA aunque realmente es muy frecuente, puede conducir a enfermedades más graves, por lo que hay que darle mucha importancia a su tratamiento y control.



CE: Muchos piensan que el tratamiento es solo hasta que estén curados



IA: En casi el 95 % de los casos la enfermedad no es curable por lo que necesita tratamiento para toda la vida.



CE: Muchas personas consideran que pueden saber cuándo tienen la presión alta y solo hacer el tratamiento en ese momento.



IA: No es posible conocer la cifra de PA por solo como usted se sienta, usted necesita medirse la PA, no debe dejar ni modificar el tratamiento sin consultar a su médico.



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



IA: Si, estos medicamentos pueden tener como casi todos algunos efectos secundarios, pero en dosis adecuadas estos efectos son mínimos, siempre dígame a su médico si tiene algún síntoma desagradable. Nunca deje de tomar sus medicinas sin consultar a su médico.

#### Dieta baja en sodio:



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



IA: No, no es así, se hace necesario no añadir sal al momento de cocinar los alimentos, puede utilizar libremente otros sabores.



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



IA: Es posible que se puedan reducir, esto debe decidirlo el médico.

#### Incremento del ejercicio físico:



CE: Muchos pacientes no ven la relación entre el ejercicio físico y el control de la PA.



IA: El ejercicio físico regular puede hacer que usted baje de peso y disminuya el tono vascular y con ello la PA baje.



CE: Algunos pacientes plantean que hacer ejercicio físico diario interfiere con el tiempo que deben dedicarle a la familia.



IA: Una forma muy adecuada de aumentar su salud familiar y producir unión, es disfrutar juntos de algunas actividades que promueven el ejercicio como correr, paseos en bicicleta, caminar o nadar.

#### Dificultades en la adherencia al tratamiento. Problemas y soluciones.

Algunos pacientes plantean problemas para mantenerse adherido al tratamiento indicado. Analice sus causas y ayúdelo a resolverlos con una orientación precisa.

Ejemplos:



**Problema (P).**- Muchos pacientes consideran que cuando se sienten bien pueden dejar de tomar los medicamentos.



**Solución (S).**- No, no es correcto, pues la realidad es que su PA está normal y usted se siente bien porque hace el tratamiento adecuado, si deja de tomar sus medicamentos posiblemente su PA le subirá de nuevo y usted se sentirá mal.



**P.**- Cuando tomo las medicinas me siento peor, las

dejo y me mejoro



S.- Yo entiendo que no tome las medicinas indicadas si se siente peor, pero ¡las deja su PA subirá de nuevo, en ese caso acuda a su médico que ajustara el tratamiento.



P.- La verdad es que se me olvida tomar alguna pastilla, yo soy una persona muy ocupada y no me acuerdo de tomar tantas pastillas.



S.- Simplifique el tratamiento. Indique medicamentos de 1 o 2 dosis diarias. Ajuste el tratamiento a actividades diarias de rutina: levantarse, desayuno, comida, acostarse etc.



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



S.- Identifique el familiar de mayor influencia en el paciente, entrevístase con él y solicite su ayuda, seguro lo lograra.

## Bibliografía consultada

- 1.-Perez Caballero, M.D., et al.: Guía para la Prevención, Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Rev. Cub. Med. Supp. 2017.
- 2.-Organización Mundial de la salud. Proyecto "Teaching the Teacher". 1991.
- 3.- Minsap Anuario Estadístico.2018.
- 4.- Bonet M., Varona P., et al. III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y actividades preventivas en enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana. Ed. Ciencias Med. ISBN 928-959-212-894 enero 2013.
- 5.- Dueñas A, Armas N, Achiong F, Hernandez O, Diaz M, Manejo Comunitario de la Hipertensión Arterial. Rev Cuban Cardiol. Vol. 19 No. 2 (2013).
- 6.- de la Noval R., Armas N., Dueñas A.: Prevalencia de la Hipertensión Arterial en trabajadores de una Institución de Salud. Rev Cuban Cardiol. Vol 23 No 2 (2017).
- 7.-Acosta M, Debs G, de la Noval R, Dueñas A. Conocimientos, creencias, y prácticas en pacientes hipertensos relacionados con su adherencia al tratamiento. Rev Cub Enfermería. Vol 21 No. 3 Sept.-Dic. 2003.

8.- Sainz B., Vázquez A., de la Noval R., Dueñas A., Quiros L., Debs G.: Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. Estudio de 200 casos. Rev Cub Med 2002; 41 (3) 153-156.

## Agradecimientos

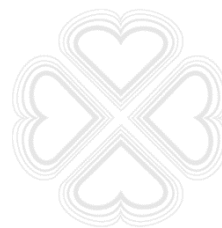
Reconocemos con gratitud la ayuda prestada para la iniciación de este trabajo en su primera edición a los doctores Ivan Gyarfás y Porfirio Nordet, de la Unidad de Enfermedades Cardiovasculares de la Organización Mundial de la Salud.

De gran utilidad ha sido el manual Educando al paciente hipertenso, preparado por la Liga Mundial de Hipertensión y dirigido por los doctores T. Strasser y U.S. Grueningher.

---

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: Nurys B. Armas Rojas, Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, La Habana, Cuba. E-mail: [prevcad@infomed.sld.cu](mailto:prevcad@infomed.sld.cu)

**Los autores firmantes del manuscrito declaran no poseer Conflicto de intereses.**



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).