

Consejería personalizada de enfermería para la mejora del cumplimiento terapéutico, calidad de vida y cifras tensionales en el paciente hipertenso

Personalized nursing counseling for the improvement of therapeutic compliance, quality of life and blood pressure in hypertensive patients

Edith Castro-Serralde^{1a}

¹Secretaría de Salud, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Subjefatura de Investigación en Enfermería. Ciudad de México, México

Número de aprobación del proyecto: DI/08/204/04/001

ORCID:

^o0000-0003-0459-9332

Palabras clave:

Hipertensión
Presión sanguínea
Consejo
Calidad de vida

Keywords:

Hypertension
Blood pressure
Counseling
Quality of life

Correspondencia:

Edith Castro-Serralde

Correos electrónicos:

hgmdecie@yahoo.com.mx

mspedithcs@hotmail.com

Fecha de recepción:

16/12/2016

Fecha de dictamen:

25/08/2017

Fecha de aceptación:

01/09/2017

Resumen

Introducción: el diagnóstico y el control de la presión arterial son un desafío para las instituciones y el personal de salud. El reto es intervenir con estrategias que reduzcan las cifras tensionales, que mejoren la calidad de vida y el cumplimiento terapéutico de las personas que padecen hipertensión arterial.

Objetivo: evaluar los efectos de la consejería de enfermería personalizada en la disminución de cifras de presión arterial sistólica y diastólica, con el propósito de mejorar el cumplimiento terapéutico y la percepción de calidad de vida en los pacientes hipertensos.

Metodología: estudio de intervención con 96 pacientes hipertensos asignados a un grupo con consejería personalizada y un grupo sin consejería; se realizaron tres mediciones de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD), el cumplimiento terapéutico y percepción de la calidad de vida con los instrumentos de Marjory Gordon, Morisky-Green y MINICHAL.

Resultados: la edad promedio fue 58.02 > 9.6 años, en los pacientes con consejería la PAS disminuyó 15 mm Hg y la PAD 6 mm Hg. En el grupo sin consejería, la PAS disminuyó 5 mm Hg y la PAD aumentó 4 mm Hg. En el estado de ánimo, el grupo con consejería personalizada presentó una disminución de 3.2 en promedio frente a 0.15 del grupo sin consejería.

Conclusiones: la consejería personalizada fue útil para mejorar el control de la presión arterial, el cumplimiento terapéutico y la percepción de la calidad de vida del paciente hipertenso.

Abstract

Introduction: The diagnosis and control of blood pressure are both a challenge for health institutions and personnel. The challenge is to intervene with strategies that reduce the blood pressure, that improve the quality of life and the therapeutic compliance of the people who suffer high blood pressure.

Objective: To evaluate the effects of personalized nursing counseling in the reduction of systolic and diastolic blood pressure figures, with the purpose of improving the therapeutic compliance and the perception of quality of life in hypertensive patients.

Methods: Intervention study with 96 hypertensive patients assigned to a group with personalized counseling and a group without counseling, three measurements of systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP), therapeutic compliance and perception of the quality of life with the instruments of Marjory Gordon, Morisky-Green and MINICHAL.

Results: The average age was 58.02 ± 9.6 years, in patients with counseling, SBP decreased by 15 mm Hg and DBP by 6 mm Hg. In the group without counseling the SBP decreased 5 mm Hg and the DBP increased 4 mm Hg. In the state of mind, the group with personalized counseling presented a decrease of 3.2 on average versus 0.15 of the group without counseling.

Conclusions: Personalized counseling was useful to improve control of blood pressure, therapeutic compliance and perception of the quality of life of the hypertensive patient.

Introducción

La importancia de reconocer la hipertensión arterial sistémica (HAS) como problema de salud pública radica en su rol causal de morbilidad y mortalidad cardiovascular. La HAS es uno de los cuatro factores de riesgo mayor modificable para las enfermedades cardiovasculares, junto con las dislipidemias, la diabetes y el tabaquismo. Es la de mayor importancia para la enfermedad coronaria y es de enorme peso para la enfermedad cerebrovascular. Es un importante problema de salud global y se ha estimado que causa más del 13% de las muertes anuales registradas,¹ afecta a uno de cada tres adultos, y aumenta el riesgo de infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal. Mucha gente no sabe que tiene este problema de salud porque no siempre produce síntomas. Su prevención y tratamiento, así como los de otros factores de riesgo cardiovascular, disminuyen las muertes por cardiopatías.² Otras complicaciones no menos importantes producidas por el mal control de la HAS son la cardiopatía dilatada, la insuficiencia cardíaca y las arritmias.³

La HAS se define como el aumento continuo y constante de la presión sanguínea, que se presenta cuando la fuerza que ejerce la sangre contra los vasos arteriales excede los valores normales, es un padecimiento multifactorial caracterizado por la elevación sostenida de la presión arterial sistólica, de la presión arterial diastólica o de ambas $> 140/90$ milímetros de mercurio;⁴ mientras que la presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión arterial media.

La HAS no es curable, pero se puede prevenir y tratar para mantener las cifras por debajo de los 140/90 mm Hg, su adecuado control es una medida costo-efectiva para evitar muertes prematuras.⁵ El desconocimiento de la población afectada de esta enfermedad, resalta la importancia del quehacer de enfermería para lograr el control y mejorar la calidad de vida de los pacientes, pues es el actor principal que está directamente involucrado en la detección oportuna, la alfabetización del paciente, dar cuidados específicos y control del tratamiento, y es lo que genera mayor adherencia al tratamiento y cambios en los estilos de vida.

Cada año ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas, de las cuales, alrededor de medio millón son personas meno-

res de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión afecta entre el 20 al 40% de la población adulta de la región, lo que significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta.⁶ La hipertensión es prevenible o puede ser pospuesta a través de intervenciones, entre las que se destacan: la disminución del consumo de sal, una dieta rica en frutas y verduras, el ejercicio físico y manteniendo un peso corporal saludable.

En diversos estudios epidemiológicos realizados en México se ha demostrado el incremento de la prevalencia de hipertensión arterial, así como de los costos que esta genera, de tal manera que en la actualidad la HAS es uno de los factores que desencadenan mayores prevalencias de enfermedades cardiovasculares; sin embargo, en los resultados de las diferentes Encuestas Nacionales de Salud de 1993 a 2012, se ha observado una prevalencia estable de esta, en 2006 se tuvo una prevalencia de 43.2% y en el 2012 de 31.5%, siendo el porcentaje más alto en hombres que en mujeres, y en adultos con obesidad (42.3%) y con diabetes (65.6%).^{7,8}

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, como hallazgo de la encuesta, se encontró una prevalencia de hipertensión arterial de 25.5%, de los cuales 40% desconocía que padecía esta enfermedad y solo el 58.7% de los adultos con diagnóstico previo se encontraron en control adecuado ($< 140/90$ mm Hg). El diagnóstico previo de esta enfermedad suele ser mayor en mujeres que en hombres (70.5% frente a 48.6%) y disminuyó 7.8% de 2012 a 2016. Aunque esta prevalencia se ha mantenido prácticamente sin cambios entre el 2012 y 2016, debido a las consecuencias que ocasiona en la salud de la población, deben intensificarse los esfuerzos del sistema de salud para mejorar la prevención y los medios de control de quien ya la padece.⁹

En el caso específico del Hospital General de México, la HAS es una de las principales causas de demanda de atención en la consulta en el servicio de Cardiología, que del año 2005 a la fecha ha ocupado el segundo lugar como motivo de consulta en el servicio de Cardiología y el séptimo en Consulta Externa General.¹⁰

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsa estrategias de prevención desde la Salud Pública, asimismo, facilita el acceso a medicamentos esenciales para el tratamiento de la hipertensión y promueve la formación de recursos humanos en salud. Por otra parte, existen modelos de referencia internacional dirigidos a la atención de las enfermedades crónicas, como es el caso

del Chronic Care Model (CCM) desarrollado por Wagner y por colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, EE.UU. Este modelo sugiere que el encuentro clínico lo desempeñen pacientes activos e informados junto con un equipo de profesionales con capacidades y habilidades necesarias, para lograr una atención de alta calidad y un fortalecimiento en la calidad de vida, además de una excelente satisfacción y mejora en los resultados.¹¹

Con este tipo de modelos de atención, la calidad de vida (CV) debe ser una garantía para las personas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “*la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de los valores en que vive relacionado con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones*”.¹² El término “calidad”, de acuerdo con la Real Academia Española, es una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Y “vida” es el modo de vivir relacionado con la fortuna o desgracia de una persona, o las comodidades o incomodidades con las que vive.¹³ De esta manera, el concepto de calidad de vida se plantea como un intento de cuantificar el estado de salud, considerando ambos conceptos aún no tan claros, dada la complejidad de la realidad que pretende abarcar, medir y reflejar.

Actualmente, la calidad de vida se ha convertido en un indicador que valora la efectividad de tratamientos y de intervenciones en el área de la salud. Es la cuantificación para analizar el impacto de las enfermedades crónicas de las personas, que miden el funcionamiento físico, social, emocional, sus repercusiones en los síntomas y la percepción de bienestar. Cuando esta no puede ser observada de manera directa, se utilizan instrumentos que contienen preguntas y se asume que hay un valor verdadero de la CV y puede medirse de manera indirecta por medio de escalas. Roca-Cusachs, Ametlla, Fernández, *et al.*, realizaron importantes aportaciones para su medición, desarrollaron un instrumento válido, confiable y específico como es el cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) con 55 ítems, con alfa de Cronbach de 0.89 y 0.96, que mide dos dimensiones: estado de ánimo (EA) y manifestaciones somáticas (MS). Está basado en la Teoría de la Crisis, de Moos y Shaefer (1984), la cual plantea que el impacto que tiene la interrupción de un patrón establecido de funcionamiento social y personal, como es en la enfermedad, se basan en aquellos modos de respuesta anteriores que les hubieran resultado efectivos.¹⁴ Una

crisis se produce cuando los sucesos son tan extremos o importantes que los patrones de afrontamiento habituales resultan inadecuados y, de esta manera, las personas perciben un exacerbado sentimiento de ansiedad, temor y estrés. Pero como las personas no pueden tolerar un estado de crisis por mucho tiempo, adoptan nuevos modos de respuesta, y algunas de esas nuevas formas de afrontamiento pueden conducir a una adaptación sana, pero otras pueden provocar ajustes insanos y un deterioro psicológico. La crisis es un punto de inflexión en la calidad de vida de una persona, su resultado puede ser un ajuste saludable ante el acontecimiento o bien una adaptación psicológica insana.^{14,15,16}

Por otra parte, el Spanish Short Form of Quality of Life Questionnaire for Arterial Hypertension (MINI-CHAL) surge como el instrumento específico más utilizado en la HAS.¹⁷ Fue desarrollado en España en 2001, cuenta con 16 ítems, y es una modificación del CHAL, basado en la disminución de ítems, cuya intención fue mejorar su aplicación y factibilidad. Ha sido validado y confiabilizado en población brasileña, con un valor de alfa de Cronbach de 0.88. Mide dos dimensiones de la calidad de vida: *Estado de ánimo* y *Manifestaciones somáticas*, es una herramienta útil en la consulta diaria, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento del paciente.¹⁶

En el caso de la hipertensión arterial, la persona que la padece muestra un notorio deterioro en su calidad de vida por la complejidad y el estado de la enfermedad debido a un quebranto paulatino, sistemático, negativo por sus complicaciones crónicas en el sistema circulatorio; por ejemplo, un evento cerebrovascular disminuye su supervivencia, esto debido a la baja adherencia al tratamiento lo cual repercute en su CV inducida por la propia enfermedad y por la baja sintomatología que presenta.

Por lo tanto, la calidad de vida es la suma de sensaciones subjetivas relacionadas al bienestar. Hornsquist, en 1982, la relaciona con aquellos aspectos del funcionamiento del individuo sobre los que puede repercutir la enfermedad o el tratamiento, e incluye las siguientes dimensiones: físico, psicológico, social, actividades, material y estructural.¹⁷ Por lo tanto, la CV tiene componentes objetivos (condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (definiciones globales basadas en bienestar cuyos marcadores son la satisfacción y la felicidad).^{18,19}

Ante estos escenarios, la enfermería enfrenta un gran desafío, que hace que se visualicen nuevas formas de intervenir para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad. Hay infinidad de estudios en

los cuales se ha demostrado la eficacia de las intervenciones de enfermería, las cuales están dirigidas básicamente a la educación y enseñanza de las personas a través de metodologías de trabajo y modelos de cuidado de enfermería.^{20,21,22,23,24} La valoración del paciente es muy importante para identificar su respuesta a procesos vitales o problemas de salud que pueden ser tratados por las enfermeras, para este proyecto se utilizó la herramienta de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, los cuales permiten obtener una visión completa sobre el funcionamiento global de la persona, no solo explora la capacidad de la persona para mantener acciones de autocuidado, sino que también aporta información sobre autoestima, concepto de sí mismo, apoyo sociofamiliar, valores y creencias; aspectos que pueden modificar de manera importante tanto la demanda de autocuidado como la capacidad del individuo para la satisfacción de esa demanda. Un patrón de salud se define como aquella respuesta o grupo de respuestas que describen un grado de función corporal que contribuye a mantener el estado de salud, la calidad de vida y la realización del potencial humano.²⁵

En el estudio de Barrón *et al.*, se demostró que una intervención educativa es efectiva para mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso, sus resultados permitieron observar cambios en el grupo experimental en las áreas correspondientes a la capacidad de pensamiento, la convivencia social-familiar, la percepción de la calidad de vida y el funcionamiento sexual.

El uso de la metodología de trabajo de enfermería, método enfermero (ME), es una herramienta que permite establecer diagnósticos de enfermería acordes a las necesidades de las personas lo que conlleva a mejorar su estado de salud. El uso de Modelos de Enfermería y de la consejería personalizada a través del ME mejora el cuidado. La consejería personalizada es un método de intervención no farmacológica utilizada frecuentemente en las intervenciones de enfermería, donde se interactúa con el paciente en un plano que va más allá de la problemática de la enfermedad. Se centra en la persona con sus particularidades e intereses, estableciéndose un *rapport* que permite el trabajo en un ambiente terapéutico.^{26,27,28,29}

Anteriores investigaciones han demostrado que el uso de la metodología de trabajo de enfermería y las propuestas de intervenciones educativas, permiten mejorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial, así como su autocuidado y el cumplimiento terapéutico.^{30,31,32,33,34,35,36}

El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto de la consejería personalizada en la reducción de cifras tensionales y mejora de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial.

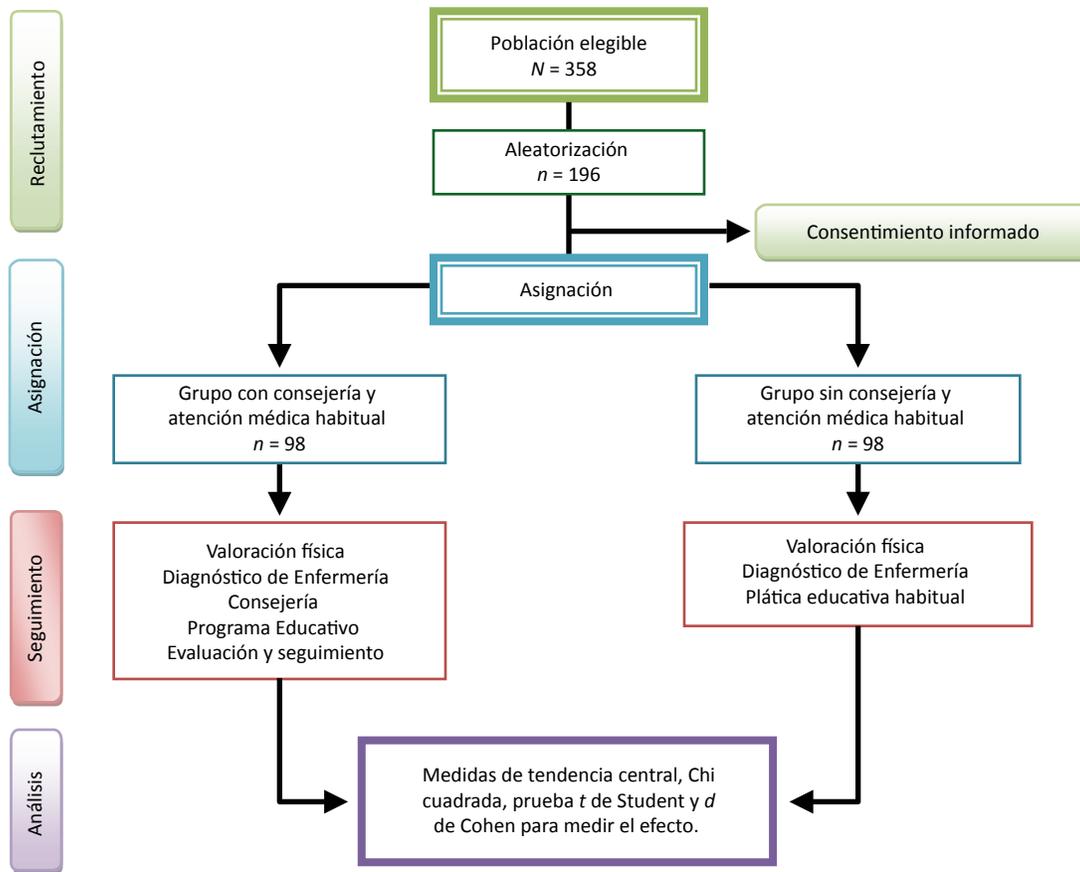
Metodología

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención mediante la consejería personalizada dirigida a pacientes con diagnóstico de HAS que acudieron al servicio de consulta externa de Cardiología, en un hospital de la Ciudad de México. La población elegible fue calculada a través de la fórmula para poblaciones finitas, con un nivel de significancia del 95%, máximo de error de 0.05 y un poder de 0.50 (figura 1).

En el estudio se incluyeron a pacientes hombres y mujeres, mayores de 25 años, con evolución de la enfermedad de entre 6 meses a 5 años, sin antecedentes de lesión a órgano blanco, que el diagnóstico haya sido confirmado por el médico y que asistieran regularmente a sus citas (por lo menos 6 subsecuentes continuas), con tratamiento medicamentoso, presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg y presión arterial diastólica menor o igual a 90 mm Hg,^{37,38,39,40} que contaran con servicio telefónico, con domicilio en el Estado de México y la Ciudad de México; se excluyeron aquellos pacientes que presentaban antecedentes o evidencia de lesión a órgano blanco, sin dato de confirmación diagnóstica médica, embarazo y mal estado clínico; se eliminaron formularios llenados de forma incompleta o ilegible, y a los que abandonaron su seguimiento. Para ambos grupos se consideraron los mismos criterios de selección y se les informó sobre los objetivos y el propósito de su inclusión en el estudio, obteniendo la aceptación y la firma del consentimiento informado.

Con la finalidad de estandarizar la medición de los procedimientos, durante mes y medio se capacitó al personal de enfermería que se desempeñaba en la unidad de Cardiología, con grado académico de nivel técnico y licenciatura en enfermería, que además tuviera como mínimo cinco años de experiencia en la atención al paciente hipertenso. La capacitación incluyó procedimientos para la toma de medidas antropométricas y presión arterial, así como para la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL). Para la medición de presión arterial al inicio, a los seis y a los doce meses, se utilizó un esfigmomanómetro, calibrado a 0 (cero) mm Hg de acuerdo con las últimas recomendaciones basadas en la evidencia científica revisada.^{41,42}

Figura 1 Conformación de los grupos de estudio



La *consejería personalizada* incluyó las siguientes actividades:

- *Valoración de Enfermería*, durante un tiempo aproximado de una hora, se identificaron las condiciones personales (mediciones antropométricas, presión arterial y calidad de vida) y de su entorno, aspectos de la enfermedad, hábitos alimenticios, actividad física, cumplimiento terapéutico y entorno familiar. La información se registró en la Guía de Valoración de Enfermería diseñada con base en los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon y el Cuestionario MINICHAL^{43,44} y Morisky-Green.^{45,46,47} En esta etapa de la consejería, cita de primera vez, es relevante comentar que se percibió en los pacientes un sentimiento de acompañamiento en la meta para el control de la HAS.
- *Diagnóstico de Enfermería*, esta segunda cita se consideró como la primera etapa denominada *inmediata o de iniciación*, con duración de 30 días y un promedio de tres pacientes por día. Se destacaron aquellas conductas que se relacionaron con la modificación de estilos de vida asociados a la hipertensión arterial y las necesidades percibidas

como prioritarias por los pacientes. Una vez realizado el diagnóstico se planificó el programa educativo, que se desarrolló en diversas sesiones de trabajo. En la segunda cita, a los 3 meses, se realizó una intervención educativa unidireccional, se proporcionó información breve y clara con el apoyo didáctico de una presentación en Power Point sobre anatomía y fisiología del sistema cardiovascular, concepto de presión arterial (PA), hipertensión arterial, factores de riesgo asociados, relación entre HAS y factores de riesgo cardiovascular (FRCV), objetivo del tratamiento antihipertensivo y los beneficios del ejercicio físico aeróbico adaptado a su condición y por prescripción médica. Se establecieron acuerdos y se entregaron cinco separadores con información relacionada con la hipertensión arterial, hoja informativa individualizada de los alimentos permitidos/no permitidos y la cartilla del hipertenso; así como un tríptico sobre hipertensión arterial.

- *Ejecución-Intervención*, esta actividad se denominó *fase ampliada*, centrada en el paciente, en la segunda cita a los 6 meses con duración de una hora. El propósito

de esta fase fue la retroalimentación sobre los conocimientos teóricos y las habilidades del paciente para el control de la HAS, así como su disposición y voluntad para mantener el control y disminución de las cifras de PA y FRCV; se realizó revaloración ante las dificultades para llevar a cabo los acuerdos pactados. Se establecieron metas en consenso con el paciente, el propósito fue involucrar al paciente en la corresponsabilidad de sus propios cambios conductuales al promover el autocuidado y la educación con base en sus propias necesidades. Como parte del proceso de ayuda, se estableció una relación terapéutica de confianza basada en la escucha, a fin de influir en la motivación y autoestima de la persona. En caso de encontrar alteración en el patrón Nutricional-Metabólico, manifestado por sobrepeso y obesidad, se derivó al servicio de nutrición. Los datos clínicos relacionados con la hipertensión arterial fueron valorados con base en el patrón Actividad-Ejercicio, la presión arterial se midió al inicio (basal), a los tres, seis y doce meses; para el análisis e interpretación se consideró la medición basal, de los seis y los doce meses, en caso de control inadecuado, se refirió al médico tratante, para ajuste al tratamiento farmacológico y/o revaloración del paciente que ameritara regresar a la consejería. Asimismo, con base en los patrones Autopercepción-Autoconcepto y Tolerancia al estrés, se valoró la presencia de dificultades en el manejo del estrés y control de situaciones, a fin de solicitar interconsulta al servicio de Psicología y ayudarlo a reducir el estrés mediante la enseñanza de técnicas de relajación profunda. A fin de dar continuidad y certeza al tratamiento de los pacientes hipertensos, el seguimiento fue presencial con citas periódicas cada tres meses, y no presencial mediante llamada telefónica cada 15 días para verificar su situación de salud. Para finalizar esta etapa, se realizó la medición de la presión arterial, del cumplimiento terapéutico y del interés-motivación sobre las metas pactadas. En esta fase se tuvieron pérdidas de pacientes, cuyo principal motivo fue el abandono de citas tanto médicas como de consejería. A los nueve meses de seguimiento se programó una sesión grupal de *profundización*, con el propósito que los pacientes y familiares reconocieran la importancia de apegarse correctamente al tratamiento farmacológico, de tal forma que el paciente y su familiar tuviesen la capacidad de: 1) reconocer las cifras idóneas de presión arterial; 2) identificar los órganos que

se afectan por un descontrol de la presión arterial; 3) explicar los motivos por los que el tratamiento hipotensor debe ser individual, y 4) manifestar los motivos por los cuales no debe suspender el tratamiento. La sesión se impartió a 46 pacientes que recibían consejería acompañados de un familiar, la sesión se impartió en una aula del servicio de Cardiología con duración de 60 minutos, la metodología de la sesión grupal fue expositiva-interrogativa y demostrativa, esta última, al presentar los diferentes tipos de fármacos que se utilizan en el tratamiento de la HAS. La dinámica de *lluvia de ideas* permitió la participación activa de los pacientes y acompañantes, lo que a su vez generó el intercambio de experiencias sobre la toma de su medicación habitual. Asimismo, en la Guía de Actuación del Educador se describió el desarrollo de la sesión grupal. Al final de la sesión se agradeció la participación de los asistentes y se les recordó la importancia de su asistencia y su participación para la mejora de su salud.

- *Evaluación permanente de cambios conductuales para retroalimentar el proceso de consejería personalizada de Enfermería.* El conocimiento del paciente se evaluó y complementó conforme se realizaron las cuatro sesiones de consejería personalizada y una sesión grupal; a los 12 meses de seguimiento se reevaluó al paciente y se obtuvieron las mediciones finales de la presión arterial, cumplimiento terapéutico y calidad de vida.

Para medir la calidad de vida se utilizó el MINICHAL, con un tiempo de aplicación aproximado de siete minutos, el cual está formado por 16 ítems con dos dimensiones: 10 ítems corresponden a la dimensión “Estado de Ánimo” (EA) y 6 ítems a la dimensión “Manifestaciones Somáticas” (MS). Las preguntas hacen referencia a los “últimos siete días” con cuatro posibles opciones de respuesta: 0 = No, en absoluto; 1 = Sí, algo; 2 = Sí, bastante; 3 = Sí, mucho. El rango de puntuación va de 0 (mejor nivel de salud) a 30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y de 0 a 18 en la segunda. La puntuación total del MINICHAL va de 0 (mejor nivel de salud) a 48 (peor nivel de salud). El Test de Morisky-Green, validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine⁴⁷ para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con HAS mediante cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica (Sí/No), que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento, se consideró cumplimiento cuando el paciente responde de forma correcta a las cua-

tro preguntas, es decir, No/Sí/No/No y no cumplimiento cuando el paciente respondió así: No/No/No/No.

Las diferencias intergrupales e intragrupalas se determinaron con Chi cuadrada mediante el análisis de las características demográficas, la diferencia en las variables dependientes con las prueba *t* de Student para muestras relacionadas e independientes respectivamente, la significancia estadística se consideró cuando el valor de *p* fue ≤ 0.05 . Con medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar, rangos) para variables continuas y porcentajes para variables categóricas. Finalmente se estimó la *d* de Cohen para medir el tamaño del efecto,⁴⁸ cuyo cálculo se realizó a través de la diferencia entre las medias y SD de los dos grupos de las variables control, se empleó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 22.

Los pacientes se agruparon de acuerdo al estado de la HAS conforme a la NOM-030.

Resultados

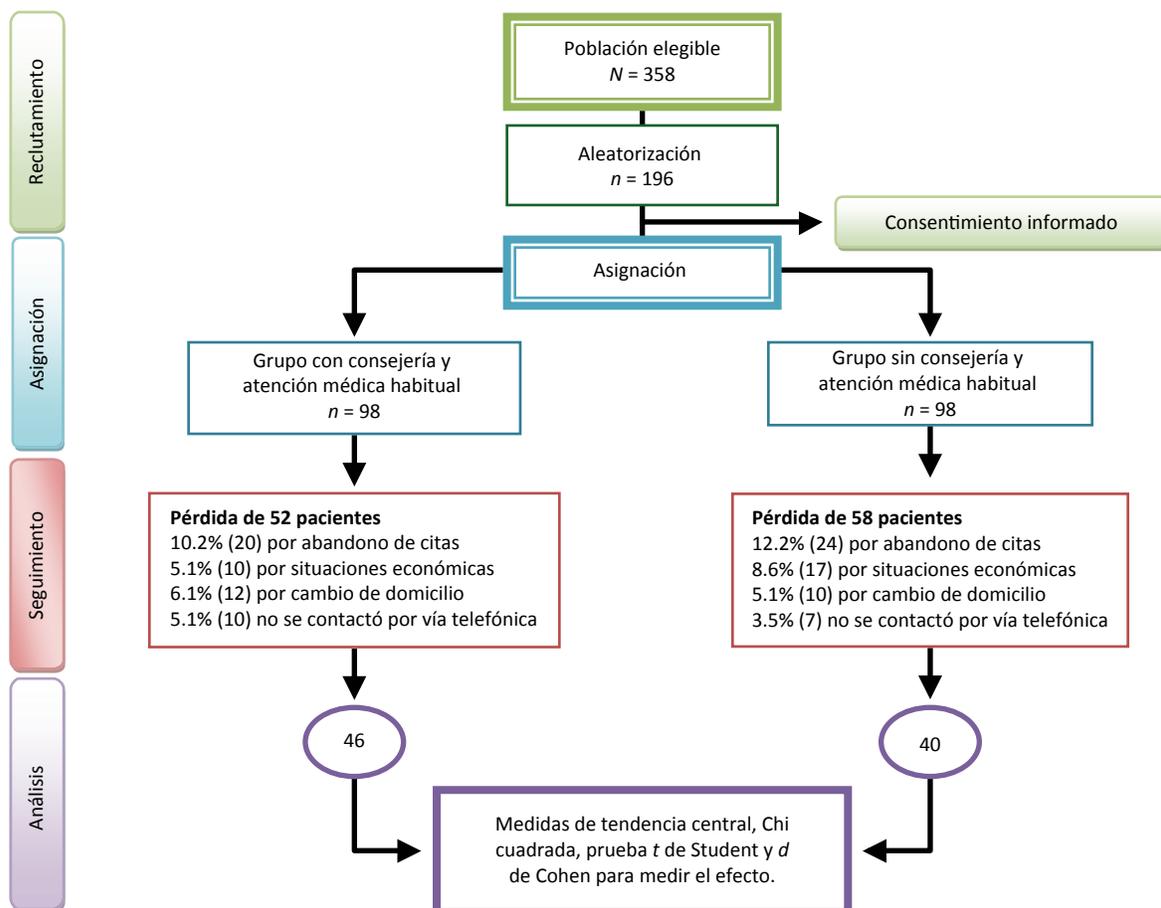
De los 196 pacientes, el 56.2% (110) renunció el estudio, del 43.8% (86) de pacientes que permanecieron en el estudio, 46 de ellos continuaron con intervención y 40 sin intervención. La pérdida de pacientes, así como sus motivos de abandono están descritos en la figura 2.

En general, el grupo de pacientes se caracterizó por ser mayoritariamente mujeres, con una distribución similar en el grupo de intervención del 72% y sin intervención del 75%. Más de la mitad (55.8%) son casados y el 58.1% reside en el Estado de México. La edad promedio fue de 58.02 ± 9.6 años (cuadro I).

Cuadro I Características de los pacientes hipertensos con y sin consejería (n = 86)

Pacientes hipertensos	Sexo	Edad
Con consejería	72% mujeres	57 + DE 10.9
	28% hombres	
Sin consejería	75 % mujeres	59.7 + DE 12.4
	25% hombres	

Figura 2 Seguimiento y pérdida de pacientes de la población participante



Cabe mencionar que de acuerdo con la clasificación y criterios diagnósticos del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica,⁴⁰ el 69.6% de los pacientes del grupo con consejería tenía hipertensión grado 1 con presión arterial sistólica (PAS) entre 140-159 mm Hg, y el 30.4% hipertensión grado 2 con una PAS entre 160-179 mm Hg; en cuanto a la presión arterial diastólica (PAD), el 76% de los pacientes presentó grado 1 con cifras entre

90-99 mm Hg y el 21.7% grado 2 entre 100-109 mm Hg.

En los grupos se encontraron diferencias en la PAS y PAD, a partir de la medición basal, a los seis y a los doce meses. En los pacientes con consejería disminuyó la PAS 15 mm Hg ($p = 0.001$) y la PAD 6 mm Hg ($p = 0.000$) (figura 3); en los pacientes sin consejería disminuyó la PAS 5 mm Hg ($p = 0.169$) y se incrementó la PAD 4 mm Hg ($p = 0.231$) (figura 4).

Al respecto de la calidad de vida, el grupo con consejería presentó una disminución a la mejoría de 2.33 en

Figura 3. Cifras promedio de presión arterial sistólica en pacientes hipertensos con y sin consejería (n = 86)

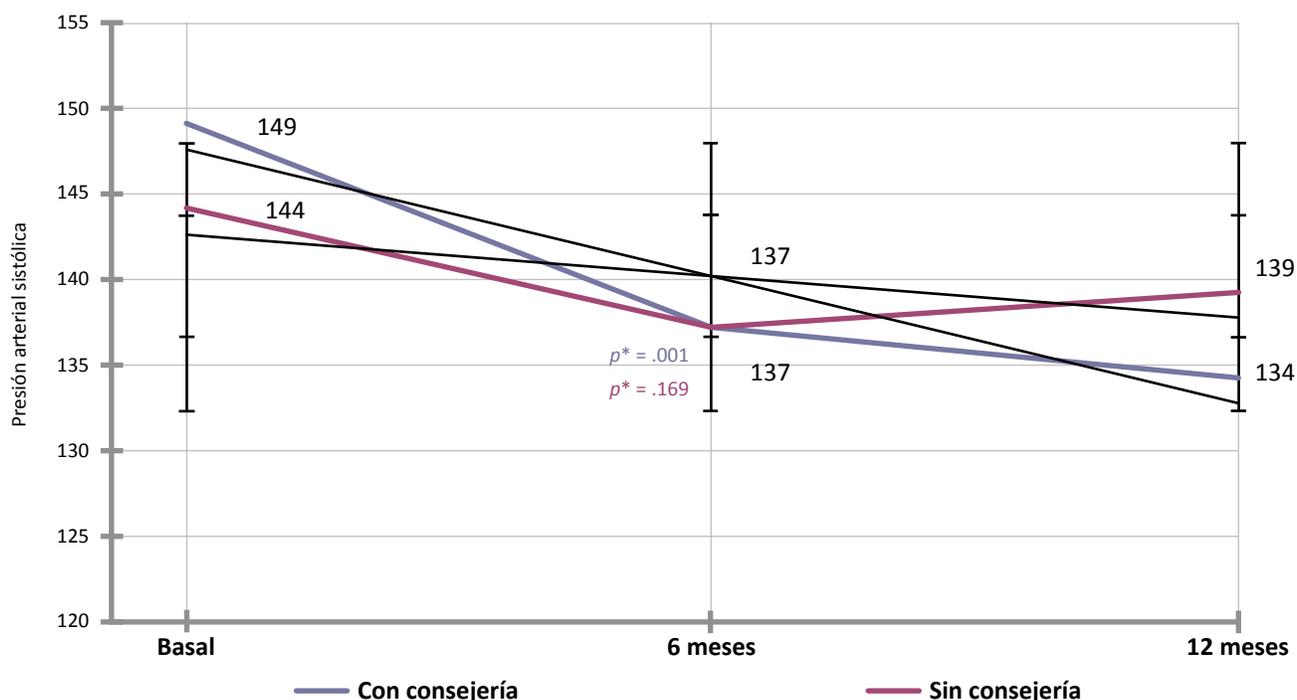
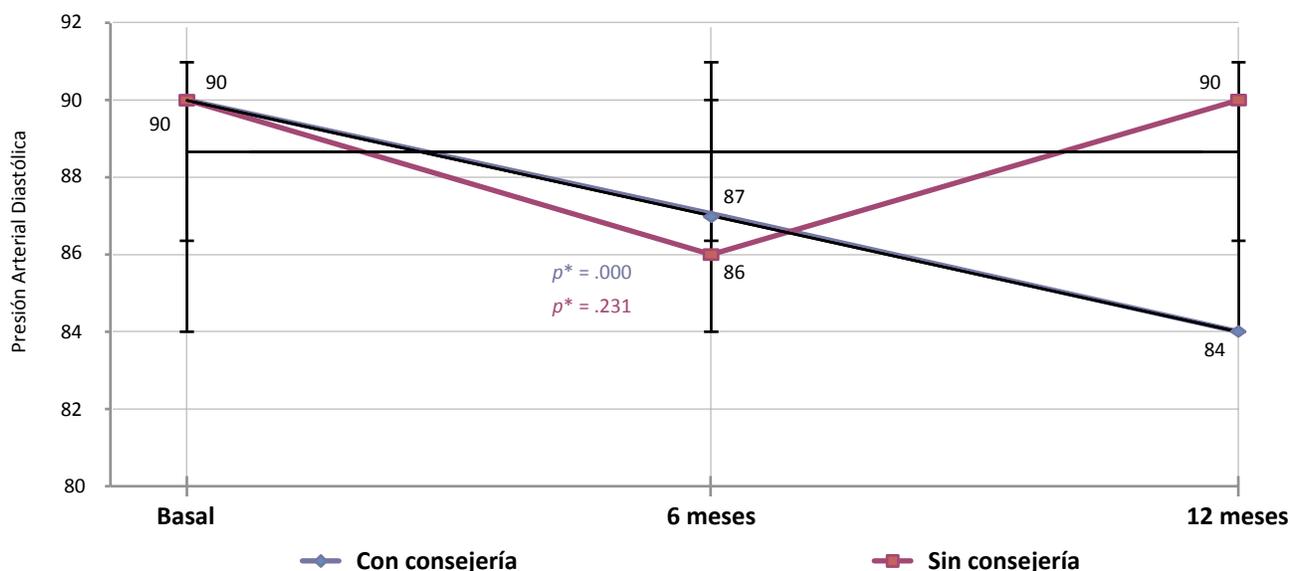


Figura 4 Cifras promedio de presión arterial diastólica en pacientes hipertensos con y sin consejería (n = 86)



promedio ($p = 0.003$), comparativamente con el grupo control, en el cual la disminución a la mejoría fue de 0.28 ($p = 0.721$). Esta mejoría también fue observada en el estado de ánimo de los pacientes con consejería, los cuales presentaron disminución a la mejoría de 3.2 puntos promedio ($p = 0.003$), frente a 0.12 de los pacientes sin consejería ($p = 0.000$). Con un promedio global de 10.9 ± 7.9 , mínimo de 0 y máximo de 39, considerando una percepción de mejoría en su calidad de vida (cuadro II).

De acuerdo con el test de Morisky-Green, se identificó cumplimiento en el tratamiento en la medición basal y

cumplidores es diferente entre los grupos con un nivel de confianza del 95%. El grupo de pacientes sin consejería incurrió en la omisión de tomar sus medicamentos y en el sentirse bien y no tomarlos (figura 5).

Al 78% de los pacientes se les realizaron 4 ± 2.5 llamadas telefónicas. Al calcular el tamaño del efecto con la fórmula d de Cohen, en el 59% de los pacientes fue para estado de ánimo y manifestaciones somáticas en 53% de ellos, interpretando como un efecto de magnitud media y en presión arterial sistólica 88% efecto de alta magnitud y en presión arterial diastólica 22% efecto de baja magnitud.

Cuadro II Calidad de vida percibida por los pacientes hipertensos con y sin consejería ($n = 86$)

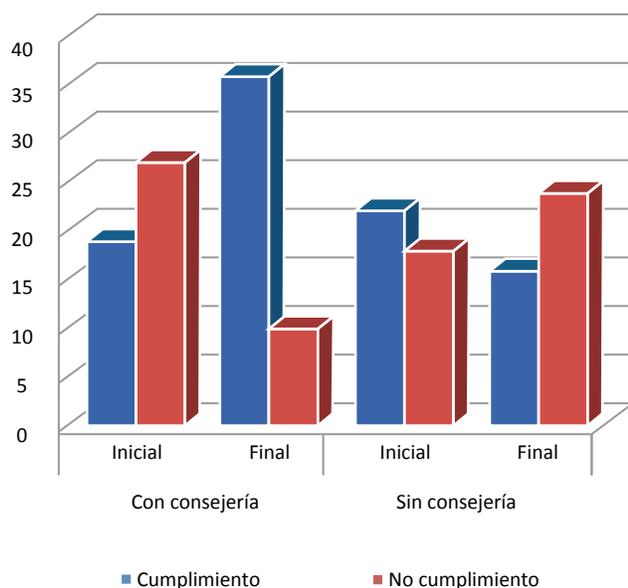
Calidad de Vida (MINICHAL)	Con consejería					Sin consejería				
	Inicial	DE	Final	DE	p^*	Inicial	DE	Final	DE	p^*
Estado de ánimo	5.63	3.0	2.43	2.5	.000	4.53	3.25	4.38	2.70	.721
Manifestaciones somáticas	3.48	1.5	1.15	1.3	.003	2.63	2.39	2.35	1.44	.000

$p^* = t$ de Student para muestras relacionadas

final del 41.3% y 78.3%, respectivamente, de los pacientes con consejería, y del 55% y 40% de los pacientes sin consejería, proporcionalmente; entre los grupos se obtuvo un valor de Chi cuadrada = 13.10; $gl = 1$; Chi cuadrada = 3.84; al tener un valor menor, la proporción de

Con relación a otras variables, previo a la consejería, el 56.5% de los pacientes no realizaba actividad física y después el 67.4% la realizaba; al respecto del grupo sin consejería, solo el 47.5% realizaba ejercicio y al final del estudio este porcentaje disminuyó al 35%. Al respecto del índice de masa corporal (IMC), se identificó una media inicial de 31.0 ± 8.13 k/m^2 y de 29.3 ± 4.3 k/m^2 en los pacientes con y sin consejería, respectivamente; la media final fue similar para ambos grupos de 30.0 ± 5.33 k/m^2 . Con la información anterior se puede observar que el cambio en el IMC en el grupo con consejería tuvo una disminución de 1 k/m^2 frente a 0.1 k/m^2 del grupo sin consejería, $p = 0.008$ intragrupal y $p = 0.906$ intergrupala (t para muestras independientes) sin obtener una significancia estadística positiva.

Figura 5 Cumplimiento del tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos con y sin consejería ($n = 86$)



Discusión

La intervención de enfermería basada en consejería personalizada mejoró la calidad de vida y los niveles de presión arterial. Es una estrategia útil para el control de la hipertensión demostrado en otros estudios como el de Barron,⁸ Stiepovich²⁰ y Vilchez.²⁹

Los datos globales del presente estudio demostraron una sensibilidad al cambio en las variables de presión arterial, cumplimiento del tratamiento farmacológico y percepción de mejora en la calidad de vida. En los pacientes

que recibieron consejería la PAS disminuyó 15 mm Hg y la PAD 6 mm Hg, teóricamente una disminución en los valores permite reducir el riesgo cardiovascular. Al respecto, en una intervención educativa multidisciplinaria en una unidad de primer nivel, la evaluación intergrupala en el grupo experimental presentó mejoría global de 10 puntos en la calidad de vida y disminución promedio de 10 mm Hg en la presión arterial.

De acuerdo con criterios diagnósticos, predominó la hipertensión grado 1 y 2, similar a lo reportado en el estudio de Melchior *et al.*,¹⁸ en el cual identificaron hipertensión en grados 1, 2 y 3 en la población estudiada.

En cuanto a la calidad de vida percibida por el grupo con consejería, se identificaron cambios en el área anímica, con una diferencia significativa respecto al grupo sin consejería; en el estudio de Gómez *et al.*,¹⁵ con la aplicación del CHAL no se encontró significancia estadística positiva, sin embargo, se destaca la importancia del estado emocional que se refleja en la calidad de vida del paciente con hipertensión. Por otra parte, en el estudio de Vinaccia *et al.*,¹⁴ se demostró un cierto deterioro en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial leve.

En los pacientes que recibieron consejería se incrementó el cumplimiento terapéutico, similar a lo encontrado en el estudio de Carhuallanqui *et al.*,⁴⁶ con un 37.9% de adherencia y un 62.1% de pacientes controlados, de estos el 91.2% se adhirieron al tratamiento.

Conclusiones

La consejería es una estrategia de enfermería exitosa para la atención personalizada en pacientes hipertensos, es útil

para el control de la presión arterial, para la mejora del cumplimiento terapéutico y en la calidad de vida percibida por el paciente hipertenso.

Mediante la consejería se establece una relación de confianza con el paciente por parte del personal de enfermería, con la finalidad de apoyar en la toma de decisiones libre e informada, corresponsable y basada en la convicción personal.

En el presente estudio, el MINICHAL fue útil para medir la calidad de vida en los pacientes hipertensos. El test de Morisky-Green fue rápido y fácil de aplicar, se sugiere que se considere su utilización en la práctica diaria para identificar el cumplimiento de los pacientes al tratamiento farmacológico e intervenir con estrategias de educación.

Por otra parte, la valoración con base en los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon permitió evaluar el entorno social y familiar del paciente, y determinar los diagnósticos de enfermería con los cuales se fundamentó la estrategia de consejería y el establecimiento de un programa educativo en tres etapas.

En los pacientes hipertensos, es necesario tener en cuenta los factores psicológicos, sociales, económicos y culturales, los cuales determinan un adecuado cumplimiento terapéutico. Por lo tanto, se hace necesario que el equipo de salud multidisciplinario e interdisciplinario este articulado para establecer estrategias o modelos de atención integral que favorezcan la calidad de vida y eviten complicaciones secundarias a la enfermedad basal. De tal forma, que dichas acciones impacten positivamente en los indicadores de atención y disminuyan los costos al sistema de salud.

Referencias

1. Ribeiro C, Resqueti V, Lima I, AL Dias F, Glynn L, Fregonezi G. Educational interventions for improving control of blood pressure in patients with hypertension: a systemic review protocol. *BMJ Open*. 2015;5:e006583. DOI:10.1136/bmjopen-2014-006583.
2. OMS. Campañas Mundiales de la Organización Mundial de la Salud, Día Mundial de la Salud 2013. Contrólese la tensión arterial. WHO. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/es/> [Consultado: 25 de abril del 2016].
3. OPS/OMS Uruguay. Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números. Centro de Prensa de la OMS. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1166:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=340 [Consultado: 26 de septiembre 2017].
4. Diario Oficial de la Federación. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480159&fecha=19/04/2017 [Consultado: 25 de septiembre del 2017].
5. OMS. La OPS y OMS pide dar más atención al control de la hipertensión. Centro de Prensa de la OMS. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10957%3A17-may-2015-world-hypertension-day-2015&catid=7261%3Aeventos&Itemid=41466&lang=es [Consultado: 20 julio 2015].
6. OMS/OPS. Programa de la OPS/OMS: Hipertensión. Centro de Prensa de la OMS. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10951%3A17-may-2015-world-hypertension-day-2015&catid=7261%3Aeventos&Itemid=41466&lang=es [Consultado: 25 julio 2016].
7. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Medina C, Rojas R, Jiménez A. Encuesta Nacional de Salud y

- Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control. ENSANUT 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/HypertensionArterialAdultos.pdf> [Consultado: 15 de marzo del 2015].
8. Barquera S, Campos NI, Hernández BL, Villalpando S, Rodríguez GC, Durazo AR, et al. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Pública Méx*, 2010;52 suppl.1:S63-S71. ISSN 0036-3634. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52s1/a10v52s1.pdf> [Consultado: 15 de marzo del 2016].
 9. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino 2016: Informe final de resultados. Instituto Nacional de Salud Pública. 2016; Disponible en http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf [Consultado: 3 de mayo de 2017].
 10. Hospital General de México/Planeación. Cuadernos Estadísticos 2005-2016; Disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/planeacion/cuadernos_estadis.html [Consultado: 01 de diciembre del 2016].
 11. Medical Publishing Internet, Griñán Martínez M^a Carmen. Model Chronic Care de Wagner. [Internet]. Version 1. Clinical Sciences. 2011 Feb 22. Disponible en: <https://clinicalsciences.wordpress.com/article/modelo-chronic-care-de-wagner-2vd97kpk3mjlm-32/>.
 12. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud: Glosario. 1996. Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
 13. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Calidad y vida. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>
 14. Vinaccia Stefano, Quiceno JM, Gómez A, Montoya LM. Calidad de vida relacionada con la Salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 2007;3(2):203-211. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67930202.pdf> [Consultado: 27 de septiembre de 2017].
 15. Gómez GMR, García RC, Gómez MV, Mondragón SP. Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Rev Mex de Enf Card*. 2011;19(1):7-12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111b.pdf> [Consultado: 10 de agosto del 2016].
 16. Dalfo i Baquía A, Badia i Llach X, Roca-Cusachs A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial. *Aten Primaria*. 2002; 29(2):116-121. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuestionario-calidad-vida-hipertension-arterial-13026230> [Consultado: 02 de octubre de 2017].
 17. Urzúa AM, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. 2012;30(1):61-71. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf> [Consultado: 10 de septiembre de 2017].
 18. Melchioris AC, Januario CC, Pontarolo R, De Oliverida de Souza F, Augusto de Paula SR. Calidad de vida en pacientes hipertensos y validez competitiva del Minichal-Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94(3):343-349. Disponible en: <http://www.arquivosonline.com.br/espanol/2010/9403/pdf/e9403013.pdf> [Consultado: 12 de septiembre de 2017].
 19. Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfo A, Gascón G, Abellan J, Lahoz R, Varela C, Velasco O, MINICHAL Group. Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). *Clin Ther*. 2002;24(12):2137-54. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149291802801035?via%3DIuhub> [Consultado 09 de septiembre de 2017].
 20. Stieповich BJ, Paravic KT, Garfe CC, Diaz BH. Efectos de la Consejería personalizada en la reducción de cifras tensionales en pacientes hipertensos esenciales severos, OMS I. *Rev Latino-Am.Enfermagen*,1994;2(1):19-30. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691994000100003 [Consultado: 23 de agosto del 2016].
 21. Barrón-Rivera Aj, Torreblanca-Roldan FL, Sánchez-Casanova LI, Martínez-Beltrán M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública de México*. 1998;40(6):503-509. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n6/Y0400607.pdf> [Consultado: 23 de agosto del 2016].
 22. Woollard J, Burke V, Beilin LJ. Effects of practice-based nurse counselling on ambulatory blood pressure and antihypertensive drug prescription in patients at increased risk of cardiovascular disease. *Journal of Human Hypertension*. 2003;17:689-695. Doi: 10.1038/sj.jhh.1001593. [Consultado: 12 de septiembre del 2016].
 23. New JP, Mason JM, et al. Specialist nurse-led intervention to treat and control hypertension and hyperlipidemia in diabetes (SPLIN) a randomised controlled trial. *Diabetes Care*. 2003;26(8):2250-2255. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/26/8/2250.long> [Consultado: 12 de diciembre del 2016].
 24. Carballo HR. Comportamiento de los trabajadores hipertensos antes y después del proceso de enfermería. *Rev Cubana Salud Trabajo*. 2004;5(2):1-3. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol5_2_04/rst09204.html [Consultado: 15 de mayo del 2015].
 25. Martínez-Olivares MV, Cegueda-Benites BE, Romero-Quechol G, Galarza-Palacios ME, Rosales-Torres MG. Competencia laboral de la enfermera en la valoración por patrones funcionales de salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015;23(1):3-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151b.pdf> [Consultado: 14 de septiembre de 2017].
 26. Castro SE, Padilla ZP, Solís FL. Consejería personalizada en enfermería en el Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2009;72(4):228-230. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg094j.pdf> [Consultado: 25 de noviembre del 2014].
 27. Bimbela PJ. El Counseling: una tecnología para el bienestar del profesional. *ANALES Sis San Navarra*. 2001;24(supl.2):33-42. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/347435869/COUNSELING-ANALES-Navarra-pdf> [Consultado: 20 de octubre del 2015].
 28. Sánchez MNO, Rodríguez NY. Consejería y conocimiento de sexualidad en adolescentes. Hospital Belén de Trujillo [Tesis de maestría en Internet] Lima, Perú: ULADECH-Universidad Católica; 2010. Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb358afede70158f7f6f3490158> [Consultado: 20 de octubre de 2015].
 29. Vilchez V, Paravic T, Salazar A, Sáez K. Efecto de Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular en Atención Primaria. *Rev Chil Cardio*. 2015;34:36-44. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v34n1/art04.pdf> [Consultado: 20 de octubre del 2015].
 30. Achury-Saldaña DM, Rodríguez SM, Achury-Beltran LF, Padilla-Velazco MP, Leuro-Umaña JM, Martínez MA, et al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del

- paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*. 2013;13(3):363-372. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n3/v13n3a05.pdf> [Consultado: 23 de octubre del 2015].
31. Estrada D, Pujol E, Jiménez L, Salamero M, De la Sierra A. Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada. *Rev Esp Geriatr*. 2012;47(2):62-66. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.10.016> [Consultado: 24 de enero del 2015].
 32. González GJM. Efectividad de una intervención enfermera para la adaptación quirúrgica del paciente hipertenso. *Nure Inv*. 2015;12(74):1-17. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/89/77> [Consultado: 20 de agosto del 2016].
 33. Manzini FC, Simonetti PJ. Consulta de enfermería aplicada a clientes portadores de hipertensión arterial: uso de la teoría del autocuidado de Orem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009;17(1):1-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100018&script=sci_arttext&lng=es [Consultado: 12 de diciembre del 2016].
 34. Ribeiro AG, Ribeiro SMR, Días C, Ribeiro AQ, Castro FAF, Suárez-Varela MM, et al. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. *BMC Public Health*. 2011;11-637. Disponible en: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-637> [Consultado: 31 de agosto del 2016].
 35. Prieto-Rodríguez MA. El papel de la enfermería en la promoción de la salud en la persona hipertensa. [Tesis Doctoral] Alcalá de Henares, España: Universidad de Alcalá; 2010.
 36. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2010;60(581):476-488. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp10X544113> [Consultado: 31 de Agosto del 2016].
 37. Committee for Practice Guidelines, ESH Scientific Council. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*. 2007;25:1105-1187. Disponible en: http://www.dableducational.org/pdfs/spring07/2007_esh_esc_guidelines.pdf [Consultado: 15 de diciembre del 2016].
 38. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. 2007. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html> [Consultado: 4 de abril del 2015].
 39. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. 2009. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642 [Consultado: 27 de abril del 2015].
 40. Diario Oficial de la Federación 19 de abril del 2017 PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480159&fecha=19/04/2017
 41. Fernández GV, Hernández TI. Prevención y control de la hipertensión arterial. *Boletín de Información Científica para el Cuidado de Enfermería*. Recopilación de artículos No 2:1-6. Recopilación de artículos publicados en Boletines de Práctica Médica Efectiva. Abril 2006. Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/icce_02.pdf [Consultado: 10 de abril del 2016].
 42. Guía de Referencia Rápida. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-076-08. GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. Ciudad de México, México: IMSS; 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1NA/HIPERTENSION_RR_CENETEC.pdf [Consultado: 12 de septiembre 2017].
 43. Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, De Oliveira de Souza SF, Augusto de Paula e Souza R. Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos y Validez Competitiva del Minichal-Brazil. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94(3):343-349. Disponible en: <http://www.arquivosonline.com.br/espanol/2010/9403/pdf/e9403013.pdf> [Consultado: 15 de abril del 2016].
 44. Roca-Cusachs A, Badia X, Dalfo A, Gascón G, Abellan J, Lahoz R, et al., en nombre del Grupo MINICHAL. Relación entre variables clínicas y terapéuticas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial. *Estudio MINICHAL*. *Med Clin (Barc)*. 2003;121(1):12-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-relacion-entre-variables-clinicas-terapeuticas-S0025775303741128>
 45. Rodríguez CHMA, García JE, Amariles P, Rodríguez CHA, Faus MJ. Revisión del test de medición de cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40(8):413-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407> [Consultado: 15 de marzo del 2015].
 46. Carhuallanqui R, Gabriela Diestra-Cabrera G, Jessica Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered*. 2010;21(4):197-201. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v21n4/v21n4ao4.pdf> [Consultado: 24 de noviembre del 2016].
 47. Val JA, Amorós BG, Martínez VP, Fernández FML, León SM. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. *Aten Primaria*. 1992; 10(5):767-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1472599> [Consultado: 24 de septiembre de 2016].
 48. Ledezma R, Macbeth G, Cortada de Kohan N. Tamaño del efecto: revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico ViSta. *Rev Latinoamericana de Psicología*. 2008;40(3):425-439. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/805/80511493002/> [Consultado: 20 enero del 2013].
-
- Cómo citar este artículo:**
- Castro-Serralde E. Consejería personalizada de enfermería para la mejora del cumplimiento terapéutico, calidad de vida y cifras tensionales en el paciente hipertenso. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2018;26(1):4-15