

UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO/EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LEIOA/LEIOAKO ERIZAINZA ESKOLA

Nahikoa al da erizaintzak hipertentsio arterialaren tratamenduaren atxikidurari jartzen dion arreta?

ANE MIREN ACEDO MORENO

Trabajo Fin de Grado

PROFESORA DIRECTORA: MARTA ARRUE MAULEON

LEIOA, 10/05/2013

AURKIBIDEA

1. SARRERA	2
2. METODOLOGIA	4
3. EMAITZAK.....	5
3.1 Tratamenduaren atxikidura baxuaren faktore eragileak	5
3.1.1 Faktore sozioekonomikoak.....	6
3.1.2 Osasun sistema eta profesionalekin erlazionaturiko faktoreak	6
3.1.3 Terapiarekin erlazionaturiko faktoreak.....	7
3.1.4 Pazientearen osasun egoera eta gaixotasunarekin erlazionaturiko faktoreak.	7
3.1.5 Pazientearekin erlazionaturiko faktoreak	8
3.1 Tratamenduaren atxikiduran erizaintza gomendio eta interbentzioak.....	9
3.1.1 Faktore sozioekonomikoak.....	10
3.1.2 Osasun sistema eta profesionalekin erlazionaturiko faktoreak	11
3.1.3 Terapiarekin erlazionaturiko faktoreak.....	12
3.1.4 Pazientearen osasun egoerarekin, gaixotasunarekin eta bestelako alderdiekin erlazionaturiko faktoreak.	14
4. DISKUSIOA	15
5. KONKLUSIOA	17
6. ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIKOAK.....	18

1. SARRERA

Hipertentsio arteriala (HTA) lehen mailako arazoa da mundu osoan. Gure ingurunean, gaixotasun kronikorik ugarienetarikoak da, kasu askotan bizi etapa produktiboenei eragiten dielarik (Bula, 2011).

HTAren prebalentzia, adinarekiko proportzionala da gizon zein emakumezkoetan. (Orduñez, La Rosa, Espinosa & Alvarez, 2010; Ortiz et al., 2011). Madrileko Komunitateko Osasun Zerbitzuak burututako PREDIMERC estudioaren arabera (2011), HTAren parametro poblazionalak zein gaixotasunaren inguruko kontrola, okertuz doaz adinarekin batera sexu bietan; diagnostikatutako, tratatutako eta kontrolatutako gizonen proportzioa baxuagoa delarik emakumezkoen kasuan baino (Ortiz et al., 2011). Datu hauek bat datoz literatura nazional eta internazionalan aurki daitezkeen dokumentuekin (Wolf-Maier et al., 2004; Grau et al., 2007; Luepker et al., 2006), nahiz eta kontrakoa adierazten duten dokumentuak ere dauden (Hicks et al., 2004).

60 urtetik gorako helduen %50ak HTA duela kalkulatu da. Mundu mailan 1500 milioi kasu estimatu dira, urtero zifra horiek areagotzen direlarik. 2000. urtean, populazio mundialaren %26.4ak zuen HTA, gizon zein emakumezkoen era berdintsuan eragiten zielarik. Gainera, 2025. urterako, gaixotasuna duten pertsona kopurua %60an gehitzea espero da (Rodríguez, 2012). Espainian, prebalentzia %35an kokatzen da 18 urtetik gorakoetan eta %68ra heltzen da 60 urtetik gorako helduetan (Llisterri et al., 2008).

“Halves-en legerari” erreferentzia eginda, paziente guztien erdiak ezagutzen du HTA duela, hauen erdiak medikazioa hartzen dute, eta horietatik %50ak soilik dute presio arterial (PA) balioak kontrolpean (Prado, Kupek & Mion, 2007).

HTAren tratamenduarekiko atxikidura tasa baxuek erronka handia suposatzen dute gaur egungo osasun sistemarentzat; gai honen inguruko ikerlan ezberdinek, fenomeno honen gain egindako esku-hartzeak nahikoa izan ez direla islatzen dutelarik.

Atxikidura tasa baxuek, interbentzio bide berrien aztertze eta ezartzea eskatzen dute, arazoa beste ikuspuntu batetik landuz emaitza hobekak lortzeko (Bula, 2011).

Arazo hau are gehiago kokatzeko, hurrengo datuak oso esanguratsu eta baliagarriak dira duen magnitudeaz konturatzeko.

Lehenik eta behin, ezinbestekoa da atxikiduraren definizio argia izatea. Osasun Mundu Erakundeak (OME), 2003. urtean argitaraturiko “Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for action” txostenaren arabera, hurrengoan datza atxikidura: “paziente batek, bere osasun profesionalak emandako instrukzioak (medikamenturen bat hartzea, neurri dietetikoak, bizi-estiloan aldaketak egitea) jarraitzen dituen gradua”.

Txosten berdinen arabera, HTA duten pazienteen %50ak uzten du tratamendua diagnostikoa egin eta lehen urtebetean. Jarraitzen dutenen artean, erdiak soilik konplitzen du gutxienez tratamenduaren %80a, beraz diagnostikatutako pazienteen %75ak ez ditu presio arterial balio gomendagarriak lortzen.

Gaur egunera gehiago hurbiltzen diren datuei erreparatuz, tratamendua duten eta presio arterial balio gomendagarriak lortzen dituen paziente kopuruak ez du %30a gainditzen (Parati et al., 2013).

Beste ikerlan batzuek, tratamenduaren betetze eza %50aren inguruan kokatzen dute (Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georgiades & Tweedy, 2002).

Tratamenduaren etete edo abandonatzeak, %20an areagotzen du gutxienez osasun publikoaren kostua, atxikidura falta delarik tratamenduaren konplimendu ezaren arrazoi nagusia. Paziente guztien %20-80a kontsideratzen dira tratamenduren jarraitzaile onak (OME, 2003).

Schmidt et al. (2006) bezalako autoreak, HTAren tratamendua konplitzen ez dutenen kasu kopuruak maila kezagarrietara heltzen direla planteatzen dute.

HTAk duen tratamendua oso konplexua da, bi alderdi nagusik osatzen dutelarik: neurri farmakologikoak eta ez farmakologikoak (Aguirrezabala et al., 2008; Higgins et al., 2011; Armario & Waeber, 2013).

Espainiari dagokionez, nahiz eta azken hamarkadan HTAaren kontrolaren gaineko hobekuntza nabarmendu izan den, gaur egun hipertentsioa duten eta tratamendu farmakologikoa jarraitzen duten paziente guztien herenak soilik lortzen ditu presio arterial balio gomendatuak; hipertentsoen %45-55ak jasotzen duelarik tratamendua (Grau et al., 2007; Pérez-Fernández et al., 2007; Vara-

González, Muñoz & Sanz de Castro, 2007). Zifra hauek antzekoak dira Europako beste zenbait herrialdeetan (Espinosa, García-Vera & Sanz, 2011).

Tratamendu farmakologikoa duten pazienteen gaineko kontrola, azken datuen arabera, badirudi hobetu egin dela 2006. urtearen aurretik egindako estudioekin konparatzen badira. Hala ere, emaitzak hobeak dira Danimarka, Kanada edo Estatu Batuetan egindako estudioetan, non PAren balioen kontrola altuagoa den (Wolf-Maier et al., 2004; Banegas, 2005; Kronborg, Hallas & Jacobsen, 2009).

Honekin erlazionatuta eta tratamenduaren beste alderdira erreferentzia eginez, bizi-estilo aldaketarekin zerikusia duten gomendio eta neurriak soilik jarraitzen dituzten pazienteen artean, %35ak baino gutxiagok lortzen dute presio arterial balio altuak kontrolatzea (Espinosa et al., 2011).

Tratamenduarekiko atxikidura prozesu konplexua da, non faktore intrintseko (pazientearenak) eta estrintsekoak (kanpoko baldintzak) kontutan hartu beharko diren (Bula, 2011). Hala ere, tratamenduaren konplexutasuna ez da atxikidura baxuaren faktore eragile bakarra.

Konplexutasunaz gain eragina duten beste faktoreek identifikatzeko asmoz, eta erizaintzak horren gain dituen betekizunak aztertzeke asmoz, hurrengo bi helburuak planteatzen dira: 1) hipertentsio arterialaren tratamenduarekiko atxikidura baxuaren faktore eragileak identifikatzea eta 2) tratamenduarekiko atxikiduran erizaintza gomendio eta interbentzioen aztertzea.

2. METODOLOGIA

Lanaren eraketarako erabilitako dokumentuak hurrengo datu baseetatik izan dira eratorriak: PubMed, Cochrane Library Plus eta Web Of Knowledge.

Bilaketan erabilitako hitz gakoak “hypertension”, “predictive determinants”, “treatment adherence”, “improve adherence”, “nursing interventions”, “needs assessment” eta “adherence interventions” izan dira.

Berrikusketa narratibo honetan aztertutako dokumentazioari dagokionez, 2001 eta 2013 urteen bitartean argitaratuko gaiaren inguruko ikerketa zientifiko ezberdinak, ebidentzian oinarritutako artikuluak eta praktika klinikorako gidak aztertu izan dira. Bilaketa hiru hizkuntzatan burutu da; euskaraz, gaztelera eta

ingelesez. Hala ere, lanaren garapenerako erabilitako informazio guztia azken bi hizkuntzatan argitaratutako dokumentuetatik izan da eratorria.

Bilaketa ezberdinak burutu dira lanaren garapenean zehar. Lehen bilaketa orokor sakona egin ondoren, bigarren bilaketa espezifikoagoa egin izan zen, aurretik lortutako datuak osatzeko. Hirugarren eta hurrengo bilaketen helburua gaur egunetik gertuen dauden datuak zituzten dokumentuen detekzioa izan zen, bilaketa orokorrean lortutako datuak eguneratu eta hobetzeko asmoz.

Lan honen inklusio irizpideen barne daude HTA duten paziente helduak (18 urtetik gorakoak), gizon zein emakumezkoak. Paziente hauetan HTA eta tratamenduarekiko atxikidura tratatzen zuten dokumentu guztiak izan dira erabiliak. Kanpo geratu dira 18 urtetik beherako gazte eta umeak, eta horiei erreferentzia egiten zieten dokumentuak.

Irizpide horiek abiapuntutzat hartuta, hauek izan dira lorturiko emaitzak.

3. EMAITZAK

Datuak kezagarriak direla argi geratzen da aurreko guztia irakurrita, beraz ezinbesteko lana izango da HTAren tratamenduarekiko atxikidura baxu horren faktore eragileen identifikazioa egitea.

3.1 Tratamenduaren atxikidura baxuaren faktore eragileak

Atxikiduran eragina duten faktore eta barrera ezberdinen identifikazioak, honen gaineko kontrolean hobekuntzak ekartzen dituela adierazten dute ebidentzian oinarritutako dokumentu ugariak. Atxikidura oztopatzen duten kausak multifaktorialak direla baieztatzen dute ikerlan zientifiko ezberdinek (Krousel-Wood, Muntner, Islam, Morisky & Webber, 2009).

Osasun Mundu Erakundearen arabera, (OME, 2003, Hill, Miller & DeGeest-ek aipatua, 2010), epe luzeko iraupena duten tratamenduen atxikiduran eragina duten dimentsioak bost dira: faktore sozioekonomikoak, osasun sistema/profesionalekin erlazionaturiko faktoreak, terapiarekin erlazionaturiko

faktoreak, gaixotasunarekin eta pazientearen osasun egoerarekin erlazionaturiko faktoreak eta pazientearekin erlazionaturiko faktoreak. Eskema horri jarraituz, hurrengo paragrafoetan garatzen dira talde bakoitzaren barruan dauden, eta HTAren tratamenduaren atxikidura baxuaren gain eragina duten faktore eragile ezberdinak.

3.1.1 Faktore sozioekonomikoak

3 dira talde honen barne garrantzi gehien dutenak; familia, antzeko egoera duten pertsonetikiko kontaktua eta baliabide ekonomikoak. Hauen barne familiak eta antzeko egoera duten pertsonetikiko kontaktuak dute eragin gehien (Contreras, 2010). Nicodème, Albessard, Amar, Chamontin & Lang-ek (2009) argitaratutako dokumentuaren arabera, maila sozioekonomiko baxuagoa zuten pertsonen atxikidura tasa baxuagoak aurkezten zituzten.

3.1.2 Osasun sistema eta profesionalekin erlazionaturiko faktoreak

Komunikazio ezegokiak (denbora falta, ulermen eza, hizkuntza zailtasuna), osasun profesionalen enpatia eskasak, terapiaren gainbegiratze ez efektiboak, osasun profesionalen portaera ezegokiak eta osasun sistemaren funtzionamendu ezegokiak eragin negatiboa dute; (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres & Varela, 2006; Dilla, Valladares, Lizán & Sacristán, 2009) osasun profesional eta pazientearen arteko interakzio txarrak eta konfiantza faltak ere atxikidura tasa murrizten duela frogatu da (Contreras, 2010).

Zenbait kasutan osasun profesionalek ez dute atxikidurarekiko interesik agerian uzten, eta garrantzi handiko puntua da hau bibliografiaren arabera. Kasu gehienetan denbora falta da honen eragilea; “atxikidura ona” benetan definitzeko gaitasun urria eta prozesuaren inguruko zalantzen eraginak garrantzi handia dute ere. Erizaintzak puntu honen hobekuntzan lan handia du egiteke (Morisky et al. 2008).

Osasun sistemei dagokienez, zerbitzu publikoak erabiltzen dituzten pazienteek atxikidurarekiko erantzun txarragoa dute zerbitzu pribatuen erabiltzaileek baino (Hicks et al., 2004).

3.1.3 Terapiarekin erlazionaturiko faktoreak

Atxikidura baxua eragiten duten faktoreen artean, hurrengoak dute indar gehien: medikazioa hartzearen ahazteak, tratamenduaren konplexutasunak, hobeto sentitzearen ondoriozko tratamenduaren albo batera uzteak, jarraitu beharreko metodoaren ezagutza eskasak eta bigarren mailako efektuak (Holguín et al., 2006; Prado et al., 2007; Krousel-Wood et al., 2009; Jansà et al., 2010).

Horietaz aparte, gaixotasunaren gaineko kontrola ere faktore erabakigarria da atxikiduran. Badirudi behin gaixotasuna eta PA balioak kontrolpean dituztenean, pazienteek atxikidurari dagokionez datu hobekak ageri dituztela (Prado et al., 2007). Gainera, tratamenduaren intentsitate gehitzeak atxikidura areagotzen duela frogatu da (Hicks et al., 2004).

Pilula kopurua gehitzeak ordea, atxikidura murriztu egiten du (Prado et al., 2007; Krousel-Wood et al., 2009). Honekin erlazionatuta, HTA duten pazienteen %30ean soilik izango da nahikoa monoterapia presio arterial balioen kontrolerako. Beste %70ak, farmako ezberdinen konbinazioak beharko ditu. Honek pilula bat baino gehiago hartzea suposatzen du, atxikidura oztopatuko du (Armario & Waeber, 2013).

Tratamenduaren denboran zeharreko luzatzeak ere atxikiduraren gaineko eragina izango du, kasu honetan ordea eragina positiboa izango da (Prado et al., 2007).

3.1.4 Pazientearen osasun egoera eta gaixotasunarekin erlazionaturiko faktoreak.

Gaixotasunaren izaera asintomatikoa da atal honen barne oztoporik garrantzitsuenetarikoa tratamenduaren atxikiduran (Krousel-Wood et al., 2009); sintomen egonkortasuna eta gaixotasunak eragiten duen egoera emozionalak (haserrea, estutasuna, gaixotasuna kontrolatzeko zailtasunek eragindako desanimua) ere eragin handia izango dutelarik (Granados, Roales-Nieto, Moreno & Ybarra, 2008; Contreras, 2010).

Horrez gain, HTArekin batera beste gaixotasunen pairatzeak tratamenduaren atxikidura murriztu dezake. Ebidentziaren arabera, gaixotasun bat baino gehiago

izateak egoeraren gaineko kontrola murrizten du, HTAren tratamenduarekiko arreta murrizten baita. Beste gaixotasun horien artean pazientearen gaitasunak murrizten dituztenak aurkitzen badira gainera; hala nola, memoriari eragiten dioten gaixotasunak, kontrola are gehiago jaitsiko da. Fenomeno hau atxikidurari erreferentzia egiten dioten datuetan islatua ikus daiteke (Hicks et al., 2004; Nicodème et al., 2009; Jansà et al., 2010).

3.1.5 Pazientearekin erlazionaturiko faktoreak

Ulermen falta, pazientearen apatia eta ezkortasuna; gaixotasuna eta tratamenduaren beharraren onarpen eza, aurretiko beste tratamenduekiko atxikidura ezaren aurrekariak eta osasun profesional edo tratamenduarekiko atsekabeak garrantzi handia izango dute eta erabakigarriak izango dira tratamenduaren konplimenduan (Holguín et al., 2006; Contreras, 2010).

Baita ere estresa, ezagutza falta, motibazio eza, dependentziarekiko beldurra, estigmatizatua sentitzearen beldurra eta itxaropen baxua edo eza (Bula, 2011). Eta noski, aurreko guztiei gehitzen zaizkie faktore genetikoak (Rodríguez, 2012), pertsonalak (adina, sexua, maila sozio-ekonomikoa) (Fernández, López, Comas, García & Cueto, 2002) zein demografikoak (Krousel-Wood et al., 2009) eta psikologikoak (Nabi et al., 2008).

Adinari erreparatzen badiogu, zenbait ikerlanen arabera heldu gazteagoek atxikidura hobea dute tratamenduarekiko heldu nagusiek baino (Hicks et al., 2004; Krousel-Wood et al., 2009). Hala ere kontrakoa argitaratzen duten dokumentuak ere daude, non paziente nagusiagoek atxikidura hobea dutela adierazten den (Prado et al., 2007).

Sexuari dagokionez, zenbait ikerlan emakumeek tratamenduaren jarraipenean gizonezkoek baino balio arinki hobekak dituztela adierazten duten bitartean, (Krousel-Wood et al., 2009; Ortiz et al., 2011) beste batzuk presio arterialaren kontrol hobea gizonezkoetan kokatzen dute (Hicks et al., 2004)

Arrazak ere eragina izango du. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure-k (JNC) eginiko HTAren inguruko gidarekiko atxikidura hobea da arraza beltz eta Hispanoetan,

arraza zurikoetan baino (Hicks et al., 2004). Hala ere, PA balioak kasu gehiagotan kontrolatuta daude arraza zurikoetan beste bi kolektiboetan baino (Krousel-Wood et al., 2009). Bigarren zati hau, Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial-ak (Cushman et al., 2002) deritzon estudioak ere berresten du, non arraza beltzekoek PA balioen gaineko kontrol baxuagoa dutela aipatzen den. Arraza zuri eta beltzekoek tratamenduaren intentsitatearen areagotzeak ondo toleratzen dituzten bitartean, Hispanoak horrekiko uzkurragoak dira (Hicks et al., 2004).

Horrez gain, izaerarekin erlazionaturiko barrerak duten eragina aipatu beharra dago atal honetan. Pazientearen izaera eta tratamenduaren atxikiduraren arteko erlazioa aztertzen duten ikerlan zientifikoek, hutsunea identifikatzen dute arlo honetan. Erlazioa finkatu da, baina ez dira entsegu gehiegi egin erlazio horren konfirmaziorako. Badirudi nahiz eta gaiaren inguruko dokumentu ugari existitu, oraindik ez dela ondo ezagutzen zehatz-mehatz nola eragiten dion izaerak atxikidurari (Krousel-Wood et al., 2009).

Beraz, aurreko datu guztiak aztertuta, HTAren tratamenduaren gaineko kontrolean errefortzua beharrezkoa dela argi ikus daiteke. Aztertutako estudio, ikerlan eta gida guztiek bat egiten dute atxikiduraren kontrolaren inguruan dagoen hutsuneari buruz. Hutsune hori gutxitu eta atxikiduraren prozesuan funtsezko papera izango du erizaintzak. Hortik abiatuta planteatzen da hurrengo atala.

3.2 Tratamenduarekiko atxikiduran erizaintza gomendio eta interbentzioak

Hipertentsio arterialaren tratamenduak dituen atxikidura tasa baxuak, osasun sistemarentzako transzendentzia handiko arazoa dela jadanik onartuta dago. Honen aurrean, ezinbestekoa bihurtzen da erizaintza profesionalen esku-hartzea (Holguín et al., 2006; Krousel-Wood et al., 2009; Bula, 2011).

Bibliografiaren arabera, erizaina da mediku eta pazientearen arteko bitartekari bezala jardun dezakeen osasun profesionalik egokiena. Medikuek ezarritakoa betetzen dela ziurtatzeaz gain, HTAren tratamenduari buruzko gida kliniko

ezberdinen jarraipena egitearen arduraduna izango da, pazienteari beti egokiena gomendatuz (Allen et al., 2011). Ausazko entsegu kliniko ezberdinek adierazi dute, pazienteek hobeto betetzen dituztela praktika klinikorako gidetan ageri diren gomendioak gainbegiratzen dien osasun profesionala haien medikua ez den kasuetan (Bosworth et al., 2008).

Puntu honetan biltzen dira erizaintza profesionaleri bideraturiko gomendioak zein eraginkortasun zientifikoa frogatua duten erizaintza interbentzioak.

Aurreko ataletan bezala, Osasun Mundu Erakundeak (OME, 2003) iraupen luzeko tratamenduen atxikiduran eragina duten 5 dimentsioen eskema jarraituko da; hala ere, bien arteko erlazio estua dela eta, pazientearekin eta honen osasun egoera eta gaixotasunarekin erlazonaturiko bi dimentsioak puntu bakar batean garatuko dira.

3.2.1 Faktore sozioekonomikoak

Gomendioei dagokienez, erizainak pazientearen egoera pertsonala zein orokorra aztertu beharko ditu: zein bizimodu duen, pazientearen ingurune sozialetik eratorritako influentziak, maila ekonomikoa, familia etab. Pazienteari laguntza eskaintzeaz gain, familiari ere eskaini diezaioke laguntza. Pazientearen ingurune hurbila tratamenduaren funtzionamenduaren ezagutzapean ezartzea da komenigarria, jarraipena egiterako orduan lagungarria gerta baitaiteke osasun profesional zein pazientearentzat (Contreras, 2010).

Familia, lagun eta osasun profesionalerikiko interakzio positiboa landu beharko du erizainak. Honen helburua atxikiduraren inguruko funtsezko ituen lorpenean izango du eragina (Holguín et al., 2006).

Horrez gain, kostu-eraginkortasun erlazio ona duten estrategiak garatzea da komenigarriena (Allen et al., 2011).

Arlo honetan egindako interbentzioei dagokionez, laguntza familiarak eta antzeko egoeran dauden pertsonekin kontaktua izateak, atxikidura hobetzen duela frogatu da (Contreras, 2010). Eredu biopsikosoziala oinarritzat duten programek frogatua dute hauen eraginkortasuna atxikidura terapeutikoaren hobekuntzari dagokionez (Holguín et al., 2006).

3.2.2 Osasun sistema eta osasun profesionalarekin erlazionaturiko faktoreak

Gomendio bezala, garrantzitsua da pazienteak osasun sistema eta profesionalen aldetik jasotzen dituen informazio ahalik eta era ulergarrienean planteatzea (Contreras, 2010).

Erizaintza profesionalak, paziente bakoitzak duen ezagutza maila kontutan hartuko dute, eta honen arabera transmitituko dute informazioa, egoera ezberdin bakoitzaren aurrean moldatuz (Allen et al., 2011). Informazio justua emango da, era argian eta pazientearen egoerari moldatuta; era horretan soilik lagunduko baitu atxikiduraren hobekuntzan.

Praktika zuzena eta eraginkorra kontsideratuko da pazienteen ikuspuntuen entzute aktiboa, tratamenduarekiko haien parte-hartzea bultzatzea eta gaixotasunak eragiten duen egoeraren inguruko informazioa erraztea (Orduñez et al., 2010). Arreta pertsonalizatuak emaitza onak lortu ditu (Allen et al., 2011).

Honekin erlacionatuta, osasun profesionalaren aldetik pazientearekiko arreta ahalik eta egokiena izan dadin, modelo ugari daude eskura. Hala ere, osoenatariko bat da Chronic Care Model deritzona, non hurrengo azpi-eskalak tratatzen diren: pazientearen aktibazioa, erabakiekiko sostengua, helburuen finkatzea, arazoan ebazpena, pazientearen faktore intrinseko zein estrinsekoekiko aholkua eta jarraipen jarraitua eta koordinatua. Modelo honek paziente bera eta ingurunea biltzen ditu, guztiari arreta jarritz zainketa hoberenak ziurtatuz (Allen et al., 2011).

Ikerlan zientifikoek frogatutako interbentzioei dagokienez, American Heart Association-aren arabera (AHA, 2009, Rinfret et al.-ek, aipatua, 2009) gaur egun osasun sistemak eskaini ditzakeen eta gure eskura egon daitezkeen aurrerapen teknologikoek funtsezko papera lukete HTAren tratamenduarekiko atxikiduraren hobekuntzan. Orain arte egindako zainketa plan klasikoei, teknologia berriei esker garatutako programa baten gehitzea proposatzen du ikerlan zientifiko honek (Information Technology-Supported Program). Informazioa biltzeko programaren oinarria dei telefonikoak eta e-mail bidezko alertak izan ziren.

Entsegu berria da, eta lortutako datuak onak izan dira, beraz tratamenduaren atxikiduraren hobekuntzarako planteatu beharreko plan bideragarria izan daiteke.

Hala ere, teknologia berri eta osasun arloan duten aplikazioekiko egin beharreko ikerkuntza lana handia da oraindik HTAren tratamenduaren kasuan (Rinfret et al., 2009).

Teknologia eta auto-zainketak emaitza onak lortzen dituzte atxikiduran era independentean aplikatuta. Biak elkartzean ordea, gaixotasunaren kontrolaren prebalentzia hobetu daitekeela dela frogatu da (Prado et al., 2007; Rinfret et al., 2009).

3.2.3 Terapiarekin erlazionaturiko faktoreak

Gomendio bezala, neurriak paziente bakoitzaren arabera pixkanaka inplantatuz joango dira, errutina berri guztien ezartzea lortzen den momenturarte.

Schmidt et al.-en (2006) arabera, ezinbestekoa da osasun profesional eta pazientearen arteko erlazioa hobetzea terapiarekiko atxikidura hobetzeko. Haien arabera, pazientearekin akordio batera heldu beharko litzateke, non tratamenduaren inguruko neurririk egokienak eta hauek burutzeko biderik hoberena aukeratuko lirateke.

Atxikidura oztopatzen duten barrerei dagokionez, erizaina soluzioak bilatzen saiatu beharko da; barrera horien hausteak lortzeko asmoz (Allen et al., 2011; Wakefield et al., 2011).

Alde batetik, erizainak pazientearen ohituren gain izango du eragina (neurri ez farmakologikoak). Hauei ekiteko, erizainak zenbait truku erabil ditzake. Adibidez dietari dagokionez, paziente bakoitzak dituen janari preferentziak identifikatu ditzake, hortik abiatuta gomendioak zerrendatuz. Ariketa fisikoari dagokionez, intentsitate moderatuko ariketak jarraitzea gomendatu dakioke (Allen et al., 2011).

Bestetik, neurri farmakologikoei dagokienez, konposatu ezberdinen konbinazioek emaitza hobeak lortzen dituztenaren hipotesiak frogatu dituzten interbentzioak argitaratu dira. Tolerantzia zein atxikiduran konbinazioek monoterapiak baino emaitza hobeak lortu ditu (Bryce & Coca, 2011). Terapia konbinatuen barne, ESH/ESC (2007) gidek konbinazio finkoak (pilula bakarra) gomendatzen dituzte posiblea den kasuetan, hauek konbinazio libreak (2 pilula) baino abantaila

gehiago baitituzte tratamenduaren atxikidura zein konplimenduan (Mancia et al., 2007; Prado et al., 2007; Jansà et al., 2011).

Ohiturek eta neurri farmakologikoek eragindako barrerak ez dira ordea erizaintzak jorratuko dituen atal bakarrak. Garrantzi handia du ere indibiduo bakoitzak duen jakintza maila. Pazienteari ematen zaizkion gomendio eta informazio ezberdinekiko duen ulermen maila baloratu beharko du erizainak. Honen aurrean, HTAk behar dituen zainketa espezifikoei buruzko pazienteari egokitutako gida formulatzea da interbentziorik onena, honen eraginkortasuna ebidentziak indartzen duelarik. 2011. urtean argitaratutako dokumentu baten arabera, entsegu hau egin zuten Baltimore-ko HTA gaixo talde batekin, emaitza positiboak lortu zituztelarik (Allen et al., 2011).

Terapia metodo berrienei dagokienez, teleasistentziak HTAren tratamenduan atxikiduraren inguruko emaitza positiboak frogatu ditu. Nahiz eta teknika berria izan, honen inguruan egindako ikerketa zientifikoek bere baliagarritasuna azpimarratzen dute. Erizainek praktikan jarri beharreko ekintza bezala aurkezten da ebidentzian oinarritutako literaturan. Honi esker posiblea da telefono bidez pazientearekin kontaktu zuzen eta jarraitua izatea, gomendioak eta hezkuntza landu daitezkeelarik. Erizainek, metodo honen bidez, pazientearen asistentzia hobetu dezakete tratamenduarekiko atxikidura areagotuz eta emaitzak hobetuz gehiegizko gasturik eragin gabe (Wakefield et al., 2011). Zenbait kasutan, labor geratzen diren kontsulta presentzialen osagarri bezala gehitu daiteke interbentzio berri hau, arreta integrala hobetuz.

Pazienteak nahiz eta osasun langileen aldetiko asistentzia etengabea izango duen (bai telefonoz zein era presentzian), gaixotasuna bere kabuz kontrolatzen irakatsi beharko zaio, paternalismorik agertu gabe. Bakoitzak bere egoeraren jarraipena egiteak, atxikidura hobetzen duela baieztatzen du bibliografiak (Wakefield et al., 2011). Beraz, ebidentzia honetan oinarrituta, erizainak pazienteak dituen auto-zainketarako gaitasunen garapena bultzatu beharko du. Zainketen inguruan pazientearen autonomia bultzatuko du erizainak, eskura dituen baliabide guztiei etekina ateraz.

Ikerlan zientifiko gehienetan autonomia bultzatzeko ageri den tresna "Morisky Medical Adherence Scale" (MMAS) da, non paziente bera den atxikidurari buruzko datuak idazten dituena. Honi esker tratamenduaren jarraipenaren datu zehatzak bildu ditzake osasun profesionalak. Ebidentziak eskala honen erabilera

sustatzen du, ondorioz lortzen diren emaitza positiboetan oinarrituta (Prado et al., 2007; Morisky et al., 2008; Wakefield et al., 2011).

Atal honekin bukatzeko, ikerlanek talde terapiak lortu dituen emaitza positiboak azpimarratu behar dira (Acosta, Debs, De la Noval & Dueñas, 2005; Holguín et al., 2006; Contreras, 2010). Erizainak praktika hau zabaldu beharko luke pazienteen artean, horiei parte hartzeko aukera emanaz eta gaixotasunean inbolukratuz.

Erizainaren helburua da beraz terapiaren konplimendu egokia ziurtatzea, eskuragarri dituen aukera guztiak erabilia.

3.2.4 Pazientearen osasun egoerarekin, gaixotasunarekin eta bestelako alderdiekin erlazionatutako faktoreak

Pazienteak kezkatuta daude gaixotasunak izango dituen ondorioez eta egin beharreko aldaketa eta tratamenduek haien gain izango dituzten efektuez.

Pazienteen gaitasun sozialen (komunikazioa, laguntza eskaera eta jasotzea, emozioak espresatzea, talde terapia) garapenaren sustatzea eta gaixotasunak eragiten duen estresa murrizten duten aspektuen bultzatzea jarraitu beharreko gomendio garrantzitsua da (Contreras, 2010).

Pazienteak duen indarra baloratzen jakitea gomendatzen zaio erizaintza profesionalari; tratamendua ondo betetzeko pazienteak egiten duen esfortzua baloratzen jakin beharko dutelarik.

Zailtasunak erronka berri bat balira bezala ulertu beharko ditu pazienteak, ez mehatxu bezala. Erizainak egoera berriari aurre egiteko estrategiak irakatsi beharko dizkio pazienteari (Contreras, 2010).

Aurreko paragrafoarekin erlazionatua, helburu horien lorpenerako ezinbestekoa da erizainak, tratamenduaren konplimendura bideratutako interbentzio edukatibo eraginkorrak burutzea, zeintzuk tratamenduaren atxikiduraren prebalentziaren areagotzera egongo diren zuzenduak. Heziketa-programek, pazienteek tratamenduaren inguruan duten pertzepzioaren hobekuntza izango dute helburu,

beharrezkoak diren argudio guztiak erabiliko direlarik hori burutzeko (Fernández et al., 2002).

Hezkuntzari dagokionez, gehien nabarmentzen den eta ebidentzian oinarritutako dokumentu ezberdinetan aipatzen den pazienteen ulermen gaitasuna da. Paziente askok osasun profesionalek ematen dieten informazioa interpretatzeko arazoak dituzte. Fenomeno honi “Functional Health Illiteracy” (FHI) deritzo, eta 90 milioi pertsonak sufritzen dute. Paziente hauek ez dute osasunari buruzko informazioren aurrean ondo erantzuten, ez baitute informazio hori ondo ulertzen eta beraz ezin dezakete interpretatu adierazitakoa. Erizaintzak, oztopo hori dela eta, arreta berezia jarri beharko du ematen duen informazioak duen zailtasun mailan eta hezteko eran; hitz teknikoak albo batera utzi eta lengoaia arrunta erabiliko da. Zenbait kasutan piktogramen erabilera ere baloratu daiteke. Erizaina pazienteak informazioa ulertu duela konfirmatu beharko du beti (Bosworth et al., 2008).

Hezkuntzaren barne, ohitura berriei buruzko hezkuntzak izango du garrantzi gehien, hau izango baita pazienteak barneratu beharreko punturik gogorrena. Erizainak pazienteari egoera berria onartzen irakatsiko dio eta momenturen bat helduko da, non gomendioak pazientearen errutina bihurtuko diren.

Erizainak ohitura osasuntsuetan heziko ditu pazienteak (Holguín et al., 2006), ohiturak errutina bihurtzeko helburuarekin.

4. DISKUSIOA

Berrikusketa narratibo honen burutzerako erabilitako bibliografia aztertu ondoren, nabarmen geratzen da hipertentsio arterialaren tratamenduarekiko atxikidurak osasun sistemarentzat suposatzen duen erronkaren magnitude handia (Prado et al., 2007; Nicodème et al., 2009; Bula, 2011). Hala ere, nahiz eta HTAren arazoa tratatzen duten dokumentu ugari egon, gutxiagok egiten diote zuzenean erreferentzia atxikiduraren arazoari.

Testu osoan zehar landu diren bi atal nagusietatik abiatuz (faktore eragileak eta erizaintza gomendio eta interbentzioak), hurrengo lerroetan garatuko da bakoitzari dagokion diskusioa.

Lehen helburua zenaren faktore eragileen identifikazioari dagokionez, argi geratzen da HTAren tratamenduaren atxikiduran eragiten duten faktore eragileak aski ikertuta daudela. Guztiak ondo definituta daude, irakurritako dokumentu zientifikoetan deskribatuta ageri diren bezala (Contreras, 2010). Badirudi beraz, faktore hauen identifikazioari dagokionez ez dagoela hutsunerik. Hala ere, oraindik presio arterialak kontrolpean mantendu eta terapiaren jarraipen egokia egiten duten pazienteak gutxienak dira oraindik (Blumenthal et al., 2002; OME, 2003; Llisterri et al., 2008; Rodríguez, 2012; Parati et al., 2013). Beraz faktore eragileetan hutsunerik ez badago, tratamenduaren jarraipenerako barrera izan daitezkeen beste puntu batzuk ikertu beharko dira. Nahiz eta atxikiduraren inguruko datuak azken urteetan hobetu izan diren (Jansà et al., 2010), oraindik ere optimoak izango liratekeenetik urrun kokatzen dira.

Bigarren helburua den erizaintza gomendio eta interbentzioei dagokionez, ondo definituta eta aztertuta daude bibliografian HTAren tratamenduaren atxikiduran erizainari dagozkion gomendioak (Schmidt et al., 2006; Contreras, 2010). Gomendioez aparte, ebidentziak bermatzen dituen erizaintza interbentzio ezberdinak ere agertzen dira irakurritako literaturan (Prado et al., 2007; Rinfret et al., 2009; Jansà et al., 2010; Allen et al., 2011; Wakefield et al., 2011). Irakurritako dokumentuetan frogatu diren erizaintza interbentzio ezberdinek emaitza positiboak lortu dituztela azpimarratu beharra dago, beraz atxikiduraren hobekuntzarako bide egokia izan daiteke interbentzioen hauen inguruko ikerkuntzaren sakontzea.

Aurreko paragrafoetatik abiatuta, ondoriozta daiteke oraindik ere lan asko dagoela egiteke atxikiduraren arazoaren behin betiko soluzioa aurkitzeko. Aurkikuntza honetan, ikerkuntzak paper garrantzitsua izango du; baliabide garrantzitsua izango baita hipertentsioaren tratamenduaren atxikidura graduaren neurketa eta determinaziorako (Bula, 2011).

Atxikiduraren hobekuntzarako, ezinbestekoa da material berrien sorrera (aplikazio orokorra zein pertsonalizatua dutenak) eta pazienteek dituzten ezagutzak gehitu eta sakontzea; era honetan pazienteak bere gaixotasunari buruz ikasi eta honen kudeaketa hobetuko baititu (Bosworth et al., 2008). Material eta metodo berri hauen garapenerako funtsezkoa izango da ikerkuntza.

Nahiz eta ikerkuntzak ez duen berez pazienteen osasun egoera zuzenean hobetzen, tresna baliagarria izango da gaixotasuna kontrolatu eta atxikidura tasak gehitzen dituzten metodo, teknika eta ideia berrien garapenerako.

5. KONKLUSIOA

Atxikiduran eragina duten faktore eragile eta barrera ezberdinen identifikazioak presio arterial balioen kontrolean hobekuntzak ekarriko ditu. Faktore sozioekonomikoak, terapia eta pazientearen baldintzekin erlazonaturiko faktoreekin batera, funtsezko garrantzia izango dute hipertentsio arterialaren tratamenduaren atxikiduran. Horien artean, eragin handienetarikoa dute pazienteak jasotako sostengu soziala eta tratamenduaren konplexutasuna. Faktore bakoitzak barnebiltzen dituen azpiatalak landu eta identifikatzea funtsezkoa izango da presio arterial balioak kontrolpean mantentzeko.

Erizaintza profesionalak emandako gomendio eta ebidentziak frogaturiko interbentzioek ere tratamenduarekiko atxikiduran nabarmen lagunduko dute.

Erizaina da pazienteei gomendioak eman eta hauen jarraipena egiteko osasun profesionalik egokiena. Gomendioez gain, ikerlan ezberdinek frogatu dituzten interbentzioek ere eragin zuzena izango dute atxikiduran. Interbentzioen artean, aurrerapen teknologikoekin erlazonaturiko entseguak, auto-zainketak, eredu biopsikosozialaren aplikazioak, pilula kopuruaren gutxitzeak eta tratamendu individualizatuak tratamenduarekiko atxikiduraren gaineko hobekuntza frogatu dute.

Nahiz eta HTAren inguruko tratamenduaren atxikiduraren inguruko bibliografia zabala egon, gai honi behin betiko soluzioa emateko egindako esfortzuak ez dira nahikoa izan. Atxikidura falta, ikerkuntzak gehiago aztertu beharreko eta ebatzi gabeko arazoa izaten jarraitzen du oraindik.

6. ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIKOAK

Acosta González, M., Debs Pérez, G., De la Noval García, R. & Dueñas Herrera, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(3).

Aguirrezabala Jaca, J.R., Balagué Gea, L., Gorroñoigoitia Iturbe, A., Idarreta Mendiola, I., Mozo Avellaned, C., Rotaeché del Campo, R., ... Torcal Laguna, J. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial (actualización 2007)*. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza.

Allen, Jerilyn K., Dennison-Himmelfarb, Cheryl R., Szanton, Sarah L., Bone, L., Hill, Martha N., Levine, David M., ... Anderson, K. (2011). Community Outreach and Cardiovascular Health (COACH) trial: a randomized controlled trial of nurse practitioner/community health worker cardiovascular disease risk reduction in urban community health centers. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 4(6), 595-602. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.111.961573

Armario, P. & Waeber, B. (2013). Therapeutic strategies to improve control of hypertension. *Journal of Hypertension*, 31(Supplement 1), S9-12. doi: 10.1097/HJH.0b013e32835d2c6c

Banegas, J.R. (2005). Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. *Hipertensión*, 22(9), 353-362. doi: 10.1016/S0212-8241(05)71587-5

Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Gullette, E. C., Georgiades, A. & Tweedy, D. (2002). Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 569-589. doi: 10.1037/0022-006X.70.3.569

- Bosworth, Hayden B., Olsen, Maren K., Neary, A., Orr, M., Grubber, J., Svetkey, L., ... Oddone, Eugene Z. (2008). Take Control of Your Blood Pressure (TCYB): a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 338-347. doi: 10.1016/j.pec.2007.11.014
- Bryce, A. & Coca, A. (2011, Uztaila – Abuztua). Tratamiento de la hipertensión arterial: monoterapia o combinaciones. *Revista Argentina de Cardiología*, 79(4), 355-366.
- Bula Romero, J.A. (2011). *Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan hipertensión arterial*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Contreras Orozco, A. (2010). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo. 2006. *Salud Uninorte*, 26(2), 201-211.
- Cushman, W.C., Ford, C.E., Cutler, J.A., Margolis, K.L., Davis, B.R., Grimm, R. H., ... Walsh, S. M. (2002). Success and predictors of blood pressure control in diverse North American settings: the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *Journal of Clinical Hypertension*, 4(6), 393-404.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342-348. doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.031

- Espinosa, R., García-Vera M.P. & Sanz, J. (2012). Factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 29(2), 44-49.
doi: 10.1016/j.hipert.2011.12.002
- Fernández Rodríguez, S., López González M. L., Comas Fuentes, A., García Cueto, E. & Cueto Espinar A. (2002). Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema*, 15(1), 82-87.
- Granados Gámez, G., Roales-Nieto, J.G., Moreno San Pedro, E. & Ybarra Sagarduy, J.L. (2008). Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 705-718.
- Grau, M., Subirana, I., Elosua, R., Solanas, P., Ramos, R., Masia, R., ... Marrugat, J. (2007). Trends in cardiovascular risk factor prevalence (1995-2000-2005) in northeastern Spain. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 14(5), 653-659.
doi: 10.1097/HJR.0b013e3281764429
- Hicks, L. S., Fairchild, D.G., Horng, M.S., Orav, E.J., Bates, D.W. & Ayanian, J.Z. (2004). Determinants of JNC VI guideline adherence, intensity of drug therapy, and blood pressure control by race and ethnicity *Hypertension*, 44(4), 429-434. doi: 10.1161/01.HYP.0000141439.34834.84
- Higgins, B., Williams, B., Williams, H., Northedge, J., Crimmins, J., Lovibond, K., ... Krause, T. (2011). *The clinical management of primary hypertension in adults. Clinical guideline 127. Methods, evidence, and recommendations* [online]. London: National Clinical Guideline Centre.
- Hill, M.N., Miller, N.H. & DeGeest, S. (2010, Urria). ASH position paper: adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. *The Journal of Clinical Hypertension*, 12(10), 757-764.
doi: 10.1111/j.1751-7176.2010.00356.x

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. & Varela, M. (2006, Urria - Abendua). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547.

Jansà, M., Hernández, C., Vidal, M., Nuñez, M., Bertran, M.J., Sanz, S., ... Sanz, G. (2010). Multidimensional analysis of the treatment adherence inpatients with multiple chronic conditions. A cross-sectional study in a tertiary hospital. *Patient Education and Counseling*, 81(2), 161-168. doi: 10.1016/j.pec.2009.12.012

Kronborg, C. N., Hallas, J. & Jacobsen, I. A. (2009). Prevalence, awareness, and control of arterial hypertension in Denmark. *Journal of the American Society of Hypertension*, 3(1), 19-24. doi:10.1016/j.jash.2008.08.001

Krousel-Wood, M.A., Muntner, P., Islam, T., Morisky, D.E., & Webber, L.S. (2009). Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the Cohort Study of Medication Adherence among Older Adults (CoSMO). *Medical Clinics of North America*, 93(3), 753-769. doi: 10.1016/j.mcna.2009.02.007

Llisterri Caro, J.L., Rodríguez Roca, G.C., Alonso Moreno, F.J., Banegas Banegas, J.R., González-Segura Alsina, D., Lou Arnal, S., ... Barrios Alonso, V. (2008, Maiatza). Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2006. *Medicina Clínica*, 130(18), 681-687. doi: 10.1157/13120766

Luepker, R. V., Arnett, D. K., Jacobs, D. R., Duval, S. J., Folsom, A. R., Armstrong, C., ... Blackburn, H. (2006). Trends in blood pressure, hypertension control, and stroke mortality: the Minnesota Heart Survey. *The American Journal of Medicine*, 119(1), 42-49. doi:10.1016/j.amjmed.2005.08.051

Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano G., ... Zanchetti A. (2007, Ekaina). 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). *European Heart Journal*, 28(12), 1462-1536. doi: 10.1093/eurheartj/ehm236

Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood M. & Ward H.J. (2008). Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-654. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x

Nabi, H., Vahtera, J., Singh-Manoux, A., Pentti, J., Oksanen, T., Gimeno, D., ... Kivimaki, M. (2008). Do psychological attributes matter for adherence to antihypertensive medication? The Finnish Public Sector Cohort Study. *Journal of Hypertension*, 26(11), 2236-2243. doi: 10.1097/HJH.0b013e32830dfe5f

Nicodème, R., Albessard, A., Amar, J., Chamontin, B. & Lang, T. (2009). Poor blood pressure control in general practice: in search of explanations. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 102(6-7), 477-483. doi: 10.1016/j.acvd.2009.02.013

Orduñez García, P. O., La Rosa Linares, Y., Espinosa Brito, A. D. & Álvarez Li, F. C. (2010). Hipertensión arterial: Recomendaciones básicas para la prevención, detección, evaluación y tratamiento. *Revista Finlay*, 10(Número Especial), 7-26.

Ortiz Marrón, H., Vaamonde Martín, R.J., Zorrilla Torrás, B., Arrieta Blanco, F., Casado López, M. & Medrano Alberó, M.J. (2011, Uztaila – Abuztua). Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid. Estudio PREDIMERC. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4), 329-338.

Parati, G., Omboni, S., Compare, A., Gross, E., Callus, E., Venco, A., ... Gugliemi M. (2013). Blood pressure control and treatment adherence in hypertensive patients with metabolic syndrome: protocol of a randomized controlled study based on home blood pressure telemonitoring vs. conventional management an assessment of psychological determinants of adherence. TELEBPMET Study. *Trials*, 14(22), 1-11. doi: 10.1186/1745-6215-14-22

Pérez-Fernández, R., Marino, A. F., Cadarso-Suarez, C., Botana, M. A., Tome, M. A., Solache, I., ... Mato, A. J. (2007). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Galicia (Spain) and association with related diseases. *Journal of Human Hypertension*, 21(5), 366-373. doi:10.1038/sj.jhh.1002158

Prado, J.C., Kupek, E. & Mion, D. (2007). Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. *Journal of Human Hypertension*, 21, 579-584. doi:10.1038/sj.jhh.1002196

- Rinfret, S., Lussier, M.T., Peirce, A., Duhamel, F., Cossette, S., Lalonde, L., ... Hamet, P. (2009). The impact of a multidisciplinary information technology-supported program on blood pressure control in primary care. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2(3), 170-177. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.108.823765
- Rodríguez Hernández, M. (2012). La actividad física en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. *InterSedes*, 13(26), 144-156.
- Schmidt Rio-Valle, J., Cruz Quintana, F., Villaverde Gutiérrez, C., Prados Peña, D., García Caro, M. P., Muñoz Vinuesa, A., ... Pappous, A. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensos: Estudio cualitativo. *INDEX de Enfermería*, 15(54), 25-29. doi: 10.4321/S1132-12962006000200005
- Sabaté, E. (Ed.). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action* [online]. Switzerland: World Health Organization.
- Vara-González, L., Muñoz Cacho, P. & Sanz de Castro, S. (2007). Prevalencia, detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial en Cantabria en 2002. *Revista Española de Salud Pública*, 81(2), 211-219.
- Wakefield, B.J., Holman, J.E., Ray, A., Scherubel, M., Adams, M.R., Hillis, S.L., ... Rosenthal, G.E. (2011). Effectiveness of home telehealth in comorbid diabetes and hypertension: a randomized, controlled trial. *Telemedicine and e-Health*, 17(4), 254-261. doi:10.1089/tmj.2010.0176
- Wolf-Maier, K., Cooper R.S., Kramer, H., Banegas J.R., Giampaoli, S., Joffres M. R., ... Thamm, M. (2004). Hypertension treatment and Control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension*, 43(1), 10-17. doi: 10.1161/01.HYP.0000103630.72812.10