

ORIGINAL

Estudio cualitativo a través de grupos focales sobre la factibilidad de una intervención en automanejo de la Hipertensión Arterial

Qualitative study through focus groups on the feasibility of an intervention in self-management of Arterial Hypertension

María Lucía Moreno-Sancho¹, Joan Pou-Bordoy², María Jesús Serrano-Ripoll³, Fabián Raul Unda-Villafuerte⁴

Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IDISBa)

- 1. Enfermería familiar y Comunitaria, Programa Pacient Actiu de les Illes Balears, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.*
- 2. Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Camp Redó, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.*
- 3. Psicología General Sanitaria, Unidad de Investigación, Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.*
- 4. Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Sóller, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.*

Corresponding author

Joan Pou-Bordoy

E-mail: joan.pou@ibsalut.es

Received: 15 - IV - 2023**Accepted:** 11 - V - 2023**doi:** 10.3306/AJHS.2023.38.05.129

Resumen

Introducción: La Hipertensión Arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV), siendo un problema de salud relevante. El grado de control deficitario, podría mejorarse mediante mayor implicación de los pacientes a través del autocontrol y automanejo.

Objetivos: Valorar la factibilidad del automanejo de la HTA por los pacientes.

Métodos: Técnica de 2 grupos focales (GF), uno de profesionales sanitarios y otro de pacientes.

Resultados: Existe margen de mejora en las expectativas de educación en HTA entre profesionales y pacientes. Ambos coinciden en utilización de medidas no farmacológicas además de medicación pautada. La aceptación del automanejo es generalizada por ambas partes siendo necesarias medidas de cambio organizativo y elementos de soporte.

Conclusiones: Aceptación generalizada sobre la viabilidad del automanejo si bien las necesidades detectadas entre profesionales y pacientes son diferentes. Ambos grupos manifiestan la necesidad de reforzar e intensificar la educación sanitaria a los pacientes.

Palabras clave: Hipertensión arterial, automanejo, adherencia.

Abstract

Introduction: Hypertension Blood Pressure (HBP) is one of the main cardiovascular risk factors (CVR), being a very relevant health problem. The degree of deficient control could be improved through greater involvement of patients through self-control and self-management.

Objectives: To assess the feasibility of self-management of HBP by patients.

Methods: Technique of 2 focus groups (FG), one of health professionals and another of patients.

Results: There is room for improvement in expectations regarding education on HBP among professionals and patients. Both agree on the use of non-pharmacological measures in addition to the prescribed medication. The acceptance of self-management is widespread by both parties, although organizational change measures and support elements are necessary.

Conclusions: There is widespread acceptance of the feasibility of self-management, although the needs detected between professionals and patients are different. Both groups express the need to reinforce and intensify health education on HBP for patients.

Key words: Hypertension blood pressure, self-management, adherence.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo tratable responsable en gran proporción de la morbimortalidad cardiovascular. En España 58% de varones y 61% de mujeres no la controlan¹. La mortalidad atribuible se ha duplicado en la última década².

Los factores que perpetúan su mal control son inercia terapéutica, estilos de vida no saludables y fármacos que la elevan. La falta de adherencia es un factor clave³. La atención a las enfermedades crónicas que se centra en el paciente y la autogestión se ha demostrado efectiva⁴. Los pacientes deben adoptar un estilo de vida saludable y tomar su tratamiento para ser agentes activos en su cuidado. Los profesionales sanitarios deben motivar, supervisar y corregir este proceso^{5,6}.

La automonitorización y automanejo de la tensión arterial (TA) pueden ser los siguientes pasos efectivos⁷. Un ensayo aleatorizado demostró efectividad de la autogestión combinada con telemonitorización⁸. Nuestro estudio tiene como objetivo explorar las opiniones, barreras y facilitadores para su implementación.

Material y métodos

Utilizamos la técnica de grupos focales (GF) para explorar las opiniones y detectar barreras y facilitadores para la implementación del autocontrol y automanejo de la TA mediante grupo de pacientes y grupo de profesionales siguiendo el modelo recopilado de distintos autores por Escobar y Bonilla-Jiménez⁹.

Objetivos:

- Grupo profesionales:
 - Valorar factibilidad de un programa de automanejo de la HTA.
 - Conocer dificultades para profesionales y pacientes.
 - Explorar opinión sobre propuesta del estudio y oportunidades de mejora.
- Grupo pacientes:
 - Valorar factibilidad de un programa de automanejo de la HTA.
 - Conocer experiencias previas de automanejo.
 - Explorar beneficios que les implicaría.
 - Explorar opinión sobre propuesta del estudio y oportunidades de mejora.

Selección participantes:

Profesionales: seis médicos y enfermeras, expertos en HTA o enfermedades cardiovasculares, o interesados en participación de pacientes y toma de decisiones compartida. **Pacientes:** seis pacientes con HTA, enfermedades cardiovasculares, con diabetes, o "pacientes expertos" en patologías crónicas.

Desarrollo:

2 GF de 1h y 45 minutos de duración cada uno con guión estructurado de acuerdo con los objetivos del estudio. GF de profesionales: 1) conocimientos de los pacientes, 2) realización del tratamiento y, 3) viabilidad del automanejo. GF de pacientes: 1) conocimientos generales, 2) tratamiento, 3) toma de TA y 4) automanejo. Sesiones grabadas con consentimiento verbal de los asistentes.

Análisis:

Transcripción del contenido, identificación por pares de los verbatims representativos, puesta en común y clasificación por categorías.

Resultados

Características GF:

Pacientes: 6 hombres, 4 jubilados y 2 en activo. Edad entre 55 y 85 años, estudios medios (uno universitario).

Profesionales: 6 participantes, 3 médicas, 2 enfermeras y 1 enfermero. Edad entre 33 y 65 años.

A. GF PACIENTES

1. Conocimientos sobre HTA

1.1 Conocimientos generales

Relacionaron buen control con estilos de vida saludable (incluida actividad laboral), actitud proactiva ante la enfermedad y ejercicio. Uno restaba importancia a la enfermedad mostrando actitud pasiva. Identificaron un componente hereditario en la HTA.

1.2 Parámetros normales

Tres desconocían los parámetros normales y tres referían cifras aproximadas a las de normalidad.

1.3 Síntomas relacionados

Relacionaron Mareos, vértigos y cefalea con aumento y sensación de debilidad con descenso.

1.4. Cifras de alarma

Mostraron Preocupación por cifras iguales o superiores a 180 mmHg.

2. Tratamiento

2.1 Tratamiento antihipertensivo

Conocían su medicación, la preparaban y se la administraban. Algunos habían detectado efectos secundarios.

2.2 Otros fármacos e interacciones

Dos refirieron interacciones con antiinflamatorios con

elevación de la TA. Uno mencionó su tratamiento inmunosupresor (trasplantado renal) como más importante que el antihipertensivo.

2.3 Tratamiento no farmacológico

Dieta sin sal y ejercicio para el control. Medidas “naturales”, el limón y ajo crudo. Estrés como factor de aumento tensional y relajación como ayuda al control.

3. Toma de TA

No dificultades para la autotoma que realizan todos excepto uno (se la toma su hija, sanitaria). Toma sentados o tumbados, brazo apoyado. Frecuencia: desde varias veces al día, al mes o al año. Usan tensiómetro de brazo.

4. Del automanejo

4.1 Automanejo no reglado

Algunos disminuyen dosis en verano por síntomas experimentados (debilidad), otros consultan a su médico.

4.2 Viabilidad del automanejo reglado

Algunos lo ven viable con indicaciones claras, apoyo y seguimiento, otros lo consideran función del médico. Demandan un sistema de comunicación rápida (línea telefónica) para dudas.

La edad avanzada, medicación compleja o personas que vivan solas, suponen barreras.

Todos con disposición a incorporarse al estudio.

A. GF PROFESIONALES

1. Sobre conocimientos de la HTA

1.1 Conocimientos generales

La capacidad intelectual, nivel cultural, edad, autorresponsabilidad y tiempo de evolución de la enfermedad pueden incidir en el conocimiento de la enfermedad. Poco conocimiento sobre cifras de normalidad.

1.2 Importancia de la enfermedad y factores de riesgo cardiovascular (FRCV)

Frecuente banalización de la enfermedad y desconocimiento o poca conciencia de FRCV. Ser asintomática favorece que se le reste importancia.

1.3 Oportunidades de mejora

Destacaron la importancia de la consulta individual y de grupos sobre HTA. Necesidad de reflexión sobre formas de trabajo y relación sanitario-paciente. Uno mencionó la iniciativa del “paciente experto”.

2. Tratamiento

2.1. Farmacológico

La mayoría de pacientes salvo excepciones (gente mayor), se preparan y administran los fármacos. Dificultades: polimedicación y falta de conciencia del riesgo. Repasan medicación con sus pacientes, la falta de tiempo puede dificultarlo. Efectos secundarios más referidos tos y edemas.

2.2 No farmacológico

Los pacientes dan más importancia a la medicación que a las medidas no farmacológicas y mayor importancia a la dieta hiposódica que al ejercicio y cambios en estilos de vida (reducción del estrés y horarios de descanso). Los pacientes comentan medidas “naturales” y no farmacológicas que aplican.

3. Automanejo

3.1 Percepción actual del automanejo

Pocos modifican su medicación por iniciativa propia. Dificultades para la automonitorización de la TA por parte del sanitario (requiere tiempo) y del paciente. Duda de la mayoría sobre calibración de tensiómetros.

3.2 Viabilidad del automanejo

Consideraron viable el automanejo con excepciones (edad avanzada, deterioro cognitivo y situación económica precaria). Necesidad de poder pedir ayuda, y de cambios en la organización de atención primaria. Riesgo de disminución de la adherencia por desmotivación. Demostrando la eficiencia del automanejo se extenderá su práctica.

Discusión

Diferencias en las expectativas sobre educación y apoyo ante la enfermedad, los profesionales demandan educación grupal mientras que los pacientes se decantan por una línea telefónica para dudas tras formarse en consulta individual.

Los profesionales opinan que los pacientes dan mayor importancia a la dieta hiposódica que al ejercicio y cambios en los estilos de vida; en cambio, los pacientes resaltaron el ejercicio, los estilos de vida como medidas para controlarla y destacaron el estrés laboral como dificultad en el control.

Actualmente pocos pacientes ajustan el tratamiento según síntomas.

Satisfacción del grupo de pacientes por haberles convocado a la reunión y solicitud de reuniones periódicas.

Se detecta buena aceptación, con apoyo, por parte de pacientes y profesionales al igual que Zamanillo et al en diabetes mellitus^{10,11}. Nuevas herramientas tecnológicas de comunicación podrían facilitar este automanejo⁸.

Se identifican dificultades y necesidad de cambios organizativos en el sistema sanitario como en el estudio de Magueo et al¹².

Bibliografía

1. Baena-Díez J, Félix F, Grau M, Cabrera de León A, Sanz H, Leal M, et al. Tratamiento y control de los factores de riesgo según el riesgo coronario en la población española del estudio DARIOS. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(9):766 -73
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2015. Madrid: Instituto Nacional de Estadística 2015.
3. Llisterri J, Rodríguez G, Alonso F, Prieto M, Banegas J, González-Segura Alsina D, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención primaria. Estudio PRESCAP 2010. *Med Clin (Barc)*. 2012;139:653-61
4. Haslbeck J, Zanoni S, Hartung U, Klein M, Gabriel E, Eicher M, et al. Introducing the chronic disease self-management program in Switzerland and other German-speaking countries: findings of a cross-border adaptation using a multiple-methods approach. *BMC Health Services Research* 2015; 576 (15):1-19.
5. Fletcher B, Hinton L, Hartmann-Boyce J, Roberts N, Bobrovitz N, McManus R. Self-monitoring blood pressure in hypertension, patient and provider perspectives: A systematic review and thematic synthesis. *Patient Educ Cons* 2016; 99:210-9
6. McManus RJ, Wood S, Bray EP, Glasziou P, Hayen A, Henegha C, et al. Self-monitoring in hypertension: a web-based survey of primary care physicians. *J Hum Hypertens*. 2014 Feb;28(2):123-7
7. Samer A, Alzahrani, Mohammed F, Bin Muammar, Abdullah F, Bin Muammar, Ahmed Alolah, Mohammed Almutawa. The Adoption and Acceptance of mHealth Interventions for Self-Management of Hypertension Among Adult Patients: A Systematic Review 2022 *Cureus* 14(11): e31584.

Conclusiones

Aceptación generalizada sobre la viabilidad del automanejo si bien las necesidades detectadas entre profesionales y pacientes son diferentes.

Ambos grupos manifiestan la necesidad de reforzar e intensificar la educación sanitaria a los pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

8. Yardley L, Morton K, Greenwell K, Stuart B, Rice C, Bradbury K, Ainsworth B, Band R, Murray E, Mair F, May C, Michie S, Richards-Hall S, Smith P, Bruton A, Raftery J, Zhu S, Thomas M, McManus RJ and Little P. Digital interventions for hypertension and asthma to support patient self-management in primary care: the DIPSS research programme including two RCTs.

9. Escobar J y Bonilla- Jiménez FY. Grupos focales: una guía conceptual y metodológica". Cuadernos hispanoamericanos de psicología, 2017. Vol. 9 No. 1, 51-67

10. Zamanillo-Campos R, Serrano-Ripoll MJ, Taltavull-Aparicio JM, Gervilla-García E, Ripoll J, Fiol-de Roque MA, Boylan AM, Ricci-Cabello I. Patients' Views on the Design of DiabeText, a New mHealth Intervention to Improve Adherence to Oral Antidiabetic Medication in Spain: A Qualitative Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 1902.

11. Zamanillo-Campos R, Serrano-Ripoll MJ, Taltavull-Aparicio JM, Gervilla-García E, Ripoll J, Fiol-de Roque MA, Boylan AM, Ricci-Cabello I. Perspectives and Views of Primary Care Professionals Regarding DiabeText, a New mHealth Intervention to Support Adherence to Antidiabetic Medication in Spain: A Qualitative Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 4237.

12. Mogueo A and Defo BQ. Patients' and family caregivers' experiences and perceptions about factors hampering or facilitating patient empowerment for self management of hypertension and diabetes in Cameroon. *BMC Primary Care* (2022) 23:291.

ANEXO

VERBATIMS GRUPO FOCAL DE PROFESIONALES

1. Sobre la HTA

1.1 Conocimientos generales

- Creo que dependerá del conocimiento que tenga el enfermo, también de su nivel de entendimiento (**Capacidad intelectual**).
- El conocimiento varía algo si es un enfermo que hace muy poco que ha sido diagnosticado o es un enfermo reciente, y también puede variar en función de las otras patologías que pueda tener (**Tiempo de enfermedad**).
- Sobre todo, de los que llevan muchos años con el diagnóstico, estos si les pidiéramos ahora ¿qué es esto? ¿O qué significa esto? No sé si sabrían que quiere decir. Alguno te diría que puedo tener una embolia, pero poco más (**Tiempo de evolución de la enfermedad**).
- Depende mucho de la edad, del paciente, del nivel cultural que tiene, y también quiero decir, tienes sorpresas (Edad y nivel cultural)
- Está a 13 y 8 y todavía no saben si esto es normal o no lo es (**Poco conocimiento sobre cifras de normalidad**).
- Te llevas sorpresas, no todos saben lo que deben saber, ni hacen lo que deben hacer, pero bueno, aquí también está que la salud es del paciente. Quiero decir, que se banaliza un poco el tema de los controles de tensión arterial y puede ser, se toma como un juego (**Autoresponsabilidad del paciente**).

1.2 Importancia de la enfermedad y factores de riesgo cardiovascular (FRCV)

- Ah, el vecino tiene hipertensión, el primo, el tío, el hermano, la abuela, y se resta importancia a lo que es la patología crónica que puede llevar a unas consecuencias graves al largo del tiempo si no se controla bien (**Frecuente banalización**).
- Porque si un día tú tienes una consulta tranquila, pues le explicas: mire, usted es hipertenso tiene un tanto por ciento de riesgo para hacer un problema cardiovascular, si no lo fuera, sería ese otro tanto por ciento (**Desconocimiento de FRCV**).
- Pero claro, si haces un diagnóstico con 40 años, está trabajando, no nos coinciden los horarios, tengo cosas mejores que hacer, esto no duele, no pica, me ha dado la pastilla (**Poca conciencia de FRCV**).
- No produce ninguna sintomatología, no produce dolor (**Enfermedad asintomática**).

1.3 Oportunidades de mejora

- Hacer sesiones formativas sobre patologías para los pacientes hipertensos, como grupos, pero de formación y de práctica de mirarse la tensión y de conocimientos con el tensiómetro...todo esto,

coges 15 o 20 pacientes hipertensos, la enfermera, el médico, le dan una charla y esto va penetrando. Lo haces periódicamente, cada mes una charla de hipertensión y el paciente podría ir, volver a repetirla, quiero decir que es mucho más eficiente que en cada consulta tener que dar toda la información.

(**Educación sanitaria individual y en grupos**).

- Y al paciente le cuesta, es verdad, cuando tú le cambias poquito el chip de “venga cada mes”, pero después de mucho trabajarlo, se dan cuenta y luego te dicen “vale, ya nos vemos dentro de tres meses, si tengo cualquier cosa antes, ¡ya vendré a verla! (**Consulta individual y relación sanitario-paciente**).
- Hemos llevado una inercia, unas formas de actuar, hemos pasado de esta medicina más del médico... paternalista, de que el paciente va allí y “hágame usted” y debemos cambiar un poco el chip, una medicina más centrada en los pacientes, más enfocada en la educación, más eficiente, y dejar de hacer cosas, porque se pueden hacer otras (**Necesidad de reflexión sobre formas de trabajo**).
- Tiene que haber un feedback (**relación sanitario-paciente**).
- Pues lo mismo, cursos de formación de cuatro patologías, con EPOC, existe también paciente experto, que se pudiera incluir dentro de una de estas sesiones, que fuera el propio paciente quien dé un poco de charla también, que les gusta mucho a los demás (**Paciente experto**).

2. Tratamiento

2.1 Farmacológico

- En la gente de mayor edad probablemente habrá un tanto por ciento mayor que les prepara la farmacia, pero la otra parte de la gente sí. (**Edad avanzada**).
- Si tomas muchos medicamentos, complica más las cosas. (**Polimedicación**).
- ¡Con la hipertensión están más contentos de que les des una pastillita, así la tensión ya la tengo controlada y “ancha es Castilla!” (**Falta de conciencia del riesgo**).
- Tos (IECAS), edemas (Amlodipinio): “lo que te comentan ellos tos y se me hinchan los pies” (**Efectos secundarios**).
- Habitualmente si, dificultades por tiempo: tú revisas y dices “¡tú esto lo tienes caducado de hace 6 meses!” No, pero yo lo voy a comprar. (**Repasan la medicación con los pacientes, la falta de tiempo puede dificultarlo**).

2.2 No farmacológico

- Farmacológico con el control de la hipertensión (**Mayor importancia a la medicación**).
- Es verdad que vinculan mucho ya la dieta hiposódica

con el control de la hipertensión, porque supongo que ha habido mucho mensaje hace muchos de años, pero en cambio no entienden el ejercicio físico **(Consideran más efectiva la dieta hiposódica, que el ejercicio y los cambios en el estilo de vida)**.

- Limón, olivo. "Yo todas las mañanas me bebo medio vaso de agua con limón" "Olivo" **(Comentan o piden sobre medidas "naturales" y no farmacológicas que aplican)**.

3. Automanejo

3.1 Percepción actual del automanejo

- Hay alguno, poquitos, que empiezan a afinar algo. A lo mejor, porque ha tenido otras patologías y en un momento determinado se han aumentado varios fármacos, además se ha añadido y después ha bajado un poco y vuelve a incorporar otros hábitos y va viendo que tiene unas tensiones muy bajas y se marea... y luego he quitado esa media pastilla y viene y te lo cuentan. Es verdad que hay pocos todavía de éstos, son los buenos" **(Pocos modifican su medicación por iniciativa propia)**.
- Dificultades por el paciente, por el sanitario: "Si lo hacen bien, da igual si es joven o viejo, a mí lo que me crea una duda siempre es si calibran o no sus aparatos de tensión, si van a algún sitio o yo se lo tengo que recomendar, porque claro, si tú lo dices, lo siguiente es ¿dónde lo hago? Y ¿qué hago? yo no lo sé, pero ¡si lo tienen allí de hace no sé cuántos años! ..." **(Dudas sobre calibración de los tensiómetros)**.
- Tipos de paciente, tiempo, organización: Has de tener algo de tiempo y explicarlo. **(Dificultades para indicar AMPA)**.
- Si se lo explicas no, hay que tomarla dos o tres veces... ah vale, pues ellos se quedan como tranquilos, ah, pues mira la verdad que la última estaba mejor **(Técnica de la toma)**.
- A mí lo que me crea una duda siempre es si se calibran o no sus aparatos de tensión o si van a algún sitio o yo se lo tengo que recomendar **(Dudas sobre calibración de los tensiómetros)**.
- Tenemos que saber qué aparato, en principio somos los profesionales los que tenemos que saber para poder recomendar el tipo de aparato **(Tipo de aparato)**.

3.2 Viabilidad del automanejo

- Sí. Si tú te autocontrolas, te sabes autogestionar y sabes cuándo pedir ayuda, sabes cuándo ir a hacerte el control, lógicamente todo esto mejora. Mejoran ellos, mejoramos nosotros. **(Viabilidad del automanejo y necesidad de poder pedir ayuda)**.
- Cambiar la estrategia por otra, con dinámica de funcionamiento dentro de los equipos de Atención Primaria. Dejar de hacer cosas "tontas" para hacer cosas más... Se tiene que cambiar la organización,

puede que no sea necesario cambiar la organización de todo el centro a la vez **(Cambios en la organización de Atención Primaria)**.

- Si es una persona muy mayor y tiene deterioro cognitivo o no lo entiende... esta persona ya no la podemos incluir en este grupo. La barrera económica ... **(Excepciones para el automanejo: edad avanzada, deterioro cognitivo y situación económica precaria)**.
- El paciente no puede avanzar si nosotros no avanzamos **(Cambios en la organización de Atención Primaria)**.
- Lo suyo es demostrar que esto es eficiente y una vez está demostrado, pues claro, ya vendes un poco la historia como que es más eficiente **(Demostrando la eficiencia del automanejo se extenderá su práctica)**.
- Y también hay que entender que un paciente crónico es eso, un crónico. Llega a cansar y es verdad que se les hace cuesta arriba, y que en un momento dado necesitan una motivación. Sí, porque me la he mirado esta mañana y la tenía bien, no me he tomado la pastilla **(Riesgo de disminución de la adherencia por desmotivación)**.

VERBATIMS GRUPO FOCAL PACIENTES

1. Conocimientos sobre HTA

1.1 Conocimientos generales

- Porque yo estoy trabajando, trabajo de noche o sea que llevo el horario cambiado. Y pienso que ha influido bastante con la tensión, quiero decir, el cambiar lo que es el propio sistema de vida, por mucho que te acostumbres, el cuerpo es el cuerpo, quiero decir las horas de descanso de la noche no son iguales que de día, todo esto creo que también me ha influido bastante en lo que tengo **(Estilos de vida incluida actividad laboral)**.
- Debemos estar activos, no podemos ser pacientes pasivos y el decir "yo esto no lo haré porque...", ¡no, no, al revés! Pienso así **(Actitud proactiva y ejercicio)**.
- Porque al final todos los que sufrimos la enfermedad somos quienes podemos ayudar a arreglarlo **(Actitud proactiva del paciente)**.
- Sí, perdona, yo también estoy totalmente de acuerdo con esto, que hay que hacer algún deporte, andar... **(Ejercicio)**.
- Porque no debemos perder de vista que una subida de tensión nos puede llevar al otro lado... **(Importancia de la enfermedad)**.
- Bien, yo soy un perfecto ignorante con todo esto, nunca he detectado una subida de presión, estoy medicado, soy diabético, entonces si tengo una bajada de azúcar, sí me doy cuenta, pero una subida o una altura de presión nunca, ni me he tomado la

presión, tengo un “aparato” je je...está allá...y la verdad, entre un estudio que me hacen en la farmacia cada año y me dicen “¡va bien, fantástico!” y el optimismo que uno se apunta, pues ignorante total en cuanto a la presión, tomo sal, tomo de todo...y no je, je no lo detecto...así como el azúcar cuánto era a lo mejor más joven, sí me daba cuenta de que sudaba, un sudor....con la tensión yo no me he enterado de nada. **(Poca importancia de la enfermedad o actitud más pasiva del paciente).**

- Bueno Bueno pues, mi experiencia es que, bueno, de parte de la familia de mi madre, la madrina y eso, sabéis que dicen que vienen de antepasados ¿no?... **(Componente hereditario en la HTA).**

1.2 Parámetros normales

- No tengo ni idea **(Desconocen cifras de normalidad).**
- Mi normal era 14-7 **(Cifras aproximadas a las de normalidad).**
- Entonces, ¿cuál es un estándar de la presión correcto? Es que no tengo ni idea **(Desconocen cifras de normalidad).**
- 12-8 la última vez que recordaba, no sé si me dijeron que era baja...que 8 era bajo... **(Desconocen cifras de normalidad).**
- Sí, yo tengo bastante controlado el tema. La tensión cuando la tengo baja, baja son 11-6 y entonces estás de esa manera...bueno, ¡hoy no haré nada! Porque no tienes ganas de hacer nada. Y alta, yo he tenido desde 19-9 hasta 10. Sé los límites, dónde estoy en peligro hacia arriba y peligro hacia abajo **(Cifras aproximadas a las de normalidad).**
- Pero yo no sé ni qué... ¿qué es alto y es bajo? ¿Cuál es la tensión ideal? Yo no, no lo sé, yo he oído uno que te dice... pero no hay tampoco, ni los médicos lo dicen muy claro **(Desconocen cifras de normalidad).**

1.3 Síntomas relacionados

- Sí, pero tengo como mareo... ¡también tengo una especie de vértigo! **(Mareo y vértigo).**
- Respecto a los efectos de cuando uno tiene una subida de tensión o no, yo sí noto y lo noto con dolor de cabeza, de acuerdo, yo noto una presión en la cabeza diferente, un dolor de cabeza diferente al normal que uno suele tener cuando tiene dolor de cabeza. **(Dolor de cabeza).**
- Y bajadas también, notas...buff que dices y ahora que debemos hacer, que no tienes ganas de hacer nada y tal **(Debilidad).**

1.4 Cifras de alarma

- Es conveniente mirárselo básicamente para tener un control, porque si uno no tiene síntomas pues igual tiene la tensión a 19 y... a punto de un infarto y no lo sabe. **(Preocupación por cifras iguales o superiores a 180mm Hg).**

- Cómo me llegó a pasar en aquel tiempo, que aquello fue terrorífico, no sabía de dónde salía, yo soy jugador de billar y tenía un campeonato y estaba haciendo la final y me cogió un mareo que subió a 18 la presión, bueno, pasó, paró y seguí. **(Preocupación por cifras iguales o superiores a 180mm Hg).**
- Yo hasta los 50 años bien, pero de cumplir los 50 años fue... ¡buuu! Una subida de éstas fuertes. De éstas que, 22 y no sé qué, 10 y 22. Bien, a partir de ahí me puse a tomar ya una pastilla y, desde entonces no lo he abandonado. **(Preocupación por cifras iguales o superiores a 180mm Hg).**

2. Tratamiento

2.1 Tratamiento antihipertensivo

- ¡Sí, sí, sí! Tomo los medicamentos recetados por el Dr. Pou cambiados recientemente **(Conocen la medicación, la preparan y administran).**
- Tanto antes como ahora la tensión sí que me tiene, me tiene... quiero decir, no preocupado porque está controlada, pero sí tomo cuatro fármacos por el tema de la hipertensión **(Conocen la medicación, la preparan y administran).**
- ¡Venga, hoy no me he tomado las pastillas, normalmente no me pasa! Es decir, lo que hacía pam pam... me he tomado el medicamento **(Responsabilidad de tomar la medicación).**
- Yo también me la controlo, yo tengo el tenderete en casa hace muchos años y lo he llegado a controlar a diario **(Conocen la medicación, la preparan y administran).**
- El único medicamento que suelo tomar se llama “april” por la mañana y después por la noche **(Conocen la medicación, la preparan y administran).**
- No recuerdo el nombre de uno... que me bloqueaba las pulsaciones; ¿qué pasaba?, que yendo en bicicleta con este medicamento hacía unas medias de 104-105 y otras de 135 ni me cansaba y hacía kilómetros y kilómetros... el último año y medio aparte de haberme adelgazado 12 kg, me cambiaron este medicamento, me recetaron otro y he pasado de ir de pulsaciones ya de media 130-140. **(Reconocimiento de un efecto secundario de la medicación y pérdida de peso).**
- Sí que al principio tuve bastantes, bastantes que me hacían una reacción de mucho dolor de cabeza, eh... me acuerdo, creo que los probé todos eh...y en el trabajo...sí que me afectaba porque no podía de dolor de cabeza y eran unos efectos secundarios de estos medicamentos. **(Reconocimiento de un efecto secundario de la medicación).**

2.2 Otros fármacos e interacciones

- Me están vigilando porque he tenido una descompensación debido a un antiinflamatorio y me subió a 18 y 10 **(Interacciones con otros)**

medicamentos).

- A ver, es que también depende del antiinflamatorio, enantyum, ibuprofeno... Yo fue "arcoxia" que por lo visto es más fuerte. Y eso, pues me descontroló. **(Interacciones con otros medicamentos).**
- Yo estoy también medicado por depresión con ansiolíticos y tomo también "alsatin" de 1.5, y por la noche también tomo se "almodipino" y unas gotas por los ojos **(Toma de otros medicamentos).**
- Yo soy diabético, tomo insulina lenta por la mañana y por la noche, 30-20, la mañana tomo Adiro y después ya no tomo más que una "atovastatina" por la tarde **(Toma de otros medicamentos).**
- Bien, yo tengo también otro tipo de patología, tengo un trasplante renal y tomo varios tipos de medicamentos, tomo estos 4 por hipertensión cardipino eh...cardiuneo, carvedirol y más que no me acuerdo ahora. Yo tomo inmunosupresores por tema del rechazo, los más importantes son los del rechazo, evidentemente porque me garantizan la vida **(Inmunosupresores).**

2.3 Tratamiento no farmacológico

- Que es importante también el tema de poder controlarlo, controlarlo a través de lo que es, eh, el deporte dijéramos, a través de hacer bicicleta, bicicleta estática, con el programa de "Viajar" y vas por todo, pero no te mueves de sitio **(Ejercicio).**
- Ahora intento mirar cómo puedo hacer, bajar en un momento dado si tengo la tensión algo alta, lo que charlábamos de la sal, o según qué alimentos también ayudan e intentar controlar de esta manera. **(Dieta sin sal y otros alimentos a tener en cuenta).**
- Yo lo he notado muchísimo, es decir, el tema de la sal, también llevo 20 años sin utilizarlo, utilizo el mínimo, el mínimo, el mínimo... no utilizamos ya en nuestra casa **(Dieta sin sal).**
- El utilizar remedios naturales como es el zumo de limón, que baja la tensión, hacer deporte y tal, pero bueno, creo que debería, deberíamos poder compensar un poco la medicación y tomar cosas más naturales en todo... **(Remedios naturales que ayudan a controlar la TA).**
- ¡Un diente de ajo pisado y un vaso de agua detrás, en ayunas! **(Remedios naturales que ayudan a controlar la TA).**
- Cosas, así como por ejemplo hacer relajación o meditación, o algo así, técnicas orientales, eh... lo de... eh respirar **(Otras medidas, relajación).**
- La verdad que hay dos épocas en la tensión, hasta que hice trabajo, y la otra, la situación de ahora que cada día, o día sí día no, hago deporte, y los demás voy a mi pueblo, yo estoy en María de la Salud y estoy muy bien **(Estrés laboral).**
- Yo lo hice una época y el estrés del trabajo me implicaba: ahora clientes, comidas, fiestas, beber, dedicación. Mi profesión me ha gustado toda la vida

hacerla, la vivía día y noche, porque era, era la fuente de ingresos de la casa y era lo que me gustaba hacer. Claro, ahora que he podido comprobar que llevando otro tipo de vida me ha estado bajando mucho, mucho las tensiones **(Estrés laboral).**

- Yo soy hipertenso de hace 2 años, prácticamente hace poco, hace 2 años que yo lo sé, o sea a lo mejor lo era y no me enteraba. Lo que estábamos charlando antes, por motivos de trabajo, trabajo, trabajo, iba a casa, dormía y hacía trabajo, o sea diga un ritmo.... Trabajo y dormir, dormir y trabajo... y no me enteraba, hasta que en una revisión de su trabajo me dijeron "tiene la tensión un poco alta, debería ir al médico a que la mirarán" **(Estrés laboral).**

3. Toma de TA

- "Sí, es muy sencillo, no hay complicaciones" **(los demás asienten) (No dificultades para la toma de TA).**
- Yo en casa tengo una hija que es enfermera, y me la suele tomar **(Toma de TA por parte de la hija).**
- Yo me la tomo siempre igual, como en esta mesa, siempre el brazo izquierdo, siempre sentado en la misma silla **(Técnica de la toma).**
- Yo siempre el brazo derecho **(Técnica de la toma).**
- Tumbado en la cama y en el brazo izquierdo, siempre el izquierdo. **(Técnica de la toma).**
- Pequeñas correcciones como poner bien el brazo, no estar en una postura algo forzada, cuatro cositas como estas, de indicaciones siempre son buenas **(Técnica de la toma).**
- Yo tengo el brazo estirado, normalmente lo tengo apoyado sobre la pierna si estoy en el sofá o si estoy en la cocina sobre la mesa, pero siempre intentando relajarme. **(Técnica de la toma).**
- ¿Con la camisa puesta? Nooo... **(Técnica de la toma).**
- No, no... me la tomo un día que voy en el médico "Ah, ¿cómo tienes la tensión? Venga..." **(Frecuencia de toma de TA).**
- Yo tengo un aparato que me compré para entrar en el club de los hipertensos (risas, ¡jeje, sí! También hay clubes de eso). Y la verdad, no lo utilizo **(Frecuencia de toma de TA).**
- Yo me la miro, tengo un aparatito de hace mucho tiempo, me la miro 2-3 veces al mes **(Frecuencia de toma de TA).**
- No lo sé, esto es por los médicos, pero me miro la tensión, pues una vez que vas al centro de salud. Cuatro veces al año, ¡no más! Ahora a lo mejor, mañana cuando llegue me la tomaré **(Frecuencia de toma de TA).**
- Pero es cierto que cuando yo me encontraba bien, lo tenía controlado, si no venía a ver a Amparo, que es la enfermera de la Doctora Lucía, pues a lo mejor una vez al mes cuando iba a la farmacia a comprar los

medicamentos aprovechaba y ya pedía: ¿me pueden mirar la tensión? (**Frecuencia de toma de TA**).

- Ahora como he dicho antes, me la estoy tomando por la mañana y tarde por este motivo (**Frecuencia de toma de TA**).
- 3 veces por la mañana y a veces también, cuando tengo mala época, al mediodía y por la noche (**Frecuencia de toma de TA**).
- Me miro la tensión siempre a las 8 de la mañana (**Frecuencia de toma de TA**).
- Yo particularmente los de brazo (**Tipo de tensiómetro**).
- Yo me fío de los de brazo, hace muchos años que lo tengo (**Tipo de tensiómetro**).
- Yo utilizo el del brazo (**Tipo de tensiómetro**).

4. Del automanejo

4.1. Automanejo no reglado

- Sí, sobre todo en verano. En verano puedes estar bien a 11-6 y si me tomo la pastilla, quedo tirado por el suelo (**Automanejo a partir de síntomas**).
- Yo si me da alguna molestia prefiero comentarlo al médico y que el médico me diga, lo subamos o lo bajamos (**No automanejo**).
- A veces, no me acuerdo si la he tomado o no, pero no me la vuelvo a tomar (**Automanejo**).
- El hecho de que, con la subida de tensión, me la tome o no, es por regulación del médico, no es por voluntad propia, me dijo: regúlatela tu (**No automanejo**).

4.2 Viabilidad del automanejo reglado

- Lo veo viable, veo viable, siempre que me den la indicación (**Lo ve viable**).
- No, yo creo que es un problema médico. Si te comparas con insulina (**No lo viene viable**).
- Saber a quién llamar si necesitas (**Línea telefónica para dudas**).
- Sería más conveniente, poder tomar el teléfono y consultar directo allí (**línea telefónica para dudas**).
- Yo creo que nosotros no tenemos capacidad de dominarnos a nosotros mismos, debemos dar la confianza al médico (**Complejidad de la enfermedad y el tratamiento**).
- Es que es un tema bastante complicado (**Complejidad de la enfermedad y el tratamiento**).
- Es que es muy difícil (**complejidad de la enfermedad y el tratamiento**).
- Las personas que viven solas, mayores... (**Edad avanzada y soledad como barreras**).
- Yo sí (**Posibilidad de incorporarse al estudio**).
- Yo sí (**Posibilidad de incorporarse al estudio**).
- Yo sí (**Posibilidad de incorporarse al estudio**).
- Sí, está bien (**Posibilidad de incorporarse al estudio**).
- Sí, yo digo que sí (**Posibilidad de incorporarse al estudio**).
- Yo pregunto, ¿necesito esto? ¿Necesito esto que dices? (**Posibilidad de incorporarse al estudio**).