

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Enfermería

Previo a la obtención de título de Licenciada en Enfermería

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Tema:

Estrategias de Enfermería para la Disminución de Factores que Inciden en el Abandono del
tratamiento de la Hipertensión Arterial

Autor:

Vera Cedeño Mildred Gisley.

Tutora:

PhD. Patricia Loor Vega Mg.

Manta-Manabí-Ecuador 2025 (1)



	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la Salud, matriz Manta, Carrera de Enfermería de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí,
CERTIFICO:

Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular de Revisión Bibliográfica, bajo la autoría de la estudiante **Vera Cedeño Mildred Gisley**, legalmente matriculado/a en la carrera de **Enfermería**, período académico **2023 (2) - 2024 (1)** cumpliendo el total de **384 horas**, cuyo tema del proyecto es **"Estrategias de enfermería para la disminución de factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial."**

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 29 de julio de 2024.

Lo certifico,

PhD. Patricia Loor Vega.
Docente Tutor(a)
Área: Salud y Bienestar.



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

Facultad Ciencias de la Salud
Carrera de Enfermería



CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE AUTORIA

La responsabilidad del contenido, los conceptos desarrollados, análisis, resultados, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo final de titulación me corresponde de manera exclusiva y el patrimonio de este a la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”.

Srta. Mildred Gisley Vera Cedeño

C.I: 1315672889



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVISION Y SUSTENTACIÓN

Título: “Estrategias de Enfermería para la Disminución de Factores que Inciden en el Abandono del Tratamiento de la Hipertensión Arterial”

TRABAJO FINAL DE TITULACION

Sometido a consideración del Tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

APROBADO POR:

Lic. Mirian Santos, PhD

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Esp. Marilin García Pena.

MIEMBRO 1

Dr. Xavier Basurto Zambrano, Mg

MIEMBRO 2

LO CERTIFICA

SECRETARIA DE LA CARRERA

DEDICATORIA

Dedicada principalmente a Dios, por darme la vida, salud, fortaleza y perseverancia para seguir en el camino; por estar tan presente en mi vida para lograr los sueños que mi corazón anhela.

A mi amada madre, Marta Marisol Cedeño Zambrano, por su apoyo incondicional y todo el amor que siempre me brinda, por nunca soltar mi mano aún en los momentos más difíciles y por enseñarme que con trabajo duro, esfuerzo y dedicación puedo lograrlo todo. Siempre será mi más grande orgullo.

A mi hermana Pierina, mi alma gemela, con quién he compartido mis pequeños y más grandes sueños, mi mejor amiga de toda la vida, mi mayor inspiración para ser una persona buena, bondadosa y persistente. Por todo el cariño, confianza y consejos que me brinda siempre, por darme el más grande y hermoso regalo, mi Lucca, el niño de mis ojos.

A mi querida abuelita, Lorgia Cedeño, por sus consejos, abrazos, sus mimos, sus oraciones, y por impulsar siempre a dar lo mejor de mí.

A mi Berti, mi compañero de todas mis desveladas, aunque ya no esté hoy conmigo siempre ocupará el lugar más especial en mi corazón.

Mildred Gisley Vera Cedeño

AGRADECIMIENTO

Mi profundo agradecimiento a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por permitirme formarme como profesional en la carrera de enfermería, agradezco por todas las vivencias y conocimientos brindados hacia mí.

Agradezco a Dios por darme la fortaleza, sabiduría y la perseverancia cada día.

A mi familia, especialmente a mi madre Marta Marisol Cedeño Zambrano, a mis hermanas Gema, Pierina y Octavio por su amor incondicional, su comprensión y su apoyo.

A quien admiro tanto, mi querida tutora, Lic. Patricia Loor Vega, por su inigualable guía, sus consejos oportunos y su paciencia durante todo el proceso; por brindarme su hermosa amistad, por siempre recibirme siempre con una sonrisa y un cálido abrazo, por enseñarme y aconsejarme tanto, pero, sobre todo, por haberme enseñado a amar esta noble y hermosa profesión.

A mis amigas: Fernanda, Nataly, Wendy Dara, Eliana y Emely, por brindarme su apoyo tan incondicional, por escucharme cuando más lo necesité, por estar en los momentos más difíciles, llevaré un pedacito de cada una en mí, porque de ustedes también aprendí, especialmente gracias por mostrar hacia a mí, el significado de amistad.

Mildred Gisley Vera Cedeño



Índice

RESUMEN.....	XII
Introducción	13
Justificación.....	17
Planteamiento del problema	18
OBJETO DE ESTUDIO.....	19
CAMPO DE ESTUDIO	19
OBJETIVOS	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos.....	19
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	20
1. Antecedentes	20
1.2. Bases teóricas	23
1.3. Hipertensión arterial.....	23
1.3.1. Definición.....	23
1.3.2. Tratamiento.	23
1.3.2.1. Tratamiento farmacológico.	23
1.3.2.2. Tratamiento no farmacológico.	24
1.3.2.2.2. Reducción de la ingesta de sodio.	25
1.3.2.2.3. Reducción del sobrepeso.....	25
1.3.2.2.4. Ejercicio físico	25
1.3.2.2.5. Restricción del alcohol	25
1.3.2.2.6. Restricción del consumo de tabaco.....	26
1.4. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.....	26
1.4.1. Factores que influyen en el incumplimiento del tratamiento de la hipertensión	



arterial.

26

1.4.1.1.	Nivel socioeconómico.....	27
1.4.1.2.	Edad.....	27
1.4.1.3.	Descuido de horarios.....	27
1.4.1.4.	Funcionalidad familiar	28
1.4.1.5.	Desconocimiento del paciente.....	28
1.4.1.6.	Factores médicos y sistema de atención médica	29
1.4.1.7.	Efectos indeseados del medicamento.....	29
1.5.	Abandono del tratamiento.....	30
1.5.1.	Consecuencias del abandono del tratamiento de la hipertensión arterial	30
1.6.	Rol de enfermería.....	31
1.6.1.	Estrategias	31
1.6.1.1.	Programas educativos.....	31
1.6.1.2.	Seguimiento personalizado de pacientes.....	32
1.6.1.3.	Intervenciones de apoyo social y familiar.....	33
1.6.1.4.	Intervenciones conductuales o de comportamiento.....	34
1.6.1.5.	Intervenciones dirigidas a los profesionales sanitarios	35
1.6.2.	Nola Pender.....	36
1.6.3.	Dorothea Orem.....	36
CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO.....		38
1.7.	Tipo de estudio.....	38
1.8.	Método de estudio.....	38
1.9.	Técnicas de recolección de datos empleados por autores en los documentos consultados.	38
1.10.	Búsqueda de información.....	38
1.11.	Criterios de inclusión	39



1.12.	Criterios de exclusión.....	39
1.13.	Análisis de datos	39
1.14.	Población y muestra	39
1.15.	Flujograma	40
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y RESULTADOS.....		41
2.	Resultados científicos.....	41
3.1.	Tabla 1. Caracterización de artículos científicos	41
3.1.2.	Análisis de la información. Base de datos.....	43
3.1.3.	Análisis de la información de los países	44
3.1.4.	Análisis de la información del año de publicación de los artículos	46
3.2.	Tabla 5. Principales factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial.....	47
2.2.1.	Análisis: Factores que influyen en el abandono del tratamiento de la hta ...	51
2.3.	Tabla 7. las principales estrategias que se pueden implementar.....	52
2.3.1.	Análisis de la información: Estrategias para el cumplimiento de la Hipertensión Arterial.....	56
2.4.	Discusión.....	56
CAPÍTULO IV: DISEÑO DE LA PROPUESTA		58
Título de la propuesta.....		58
Objetivo general del protocolo.....		58
Objetivos específicos.....		58
Fundamentación del protocolo		58
Alcance.....		58
Estructura del protocolo		59
Conclusiones		60
Recomendaciones		61



Bibliografía.....	62
ANEXOS.....	69

RESUMEN

La hipertensión arterial es una afección médica grave que puede elevar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cerebrales, renales, entre otras. Además, representa una de las principales causas de muerte prematura en el mundo, mediante la aplicación de estrategias que permitan la correcta adherencia del paciente al tratamiento se pueden evitar dichas complicaciones trágicas para el paciente. El **objetivo** de esta investigación fue recopilar información que permita determinar cuáles son las estrategias de enfermería para la disminución de factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial. En la **metodología** se consideró un estudio analítico – sintético el cual permitió analizar, partiendo desde sus componentes más básicos, organizando e integrando la información recolectada para lo cual se empleó el buscador Google, utilizando los descriptores como: hipertensión arterial, adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, estrategias para la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, rol enfermero en el manejo y control del tratamiento de la hta; como **resultado** se obtuvo que las principales bases de datos fueron: Scielo (4) 30,77%, seguido de Elsevier (3) 23,08% y Dialnet (3) 23,08%;. En cuanto a los principales factores que influyen en el abandono del tratamiento de la hta, fueron los siguientes: desconocimiento por parte del paciente (8) 14%, factores socioeconómicos (7) 12%, factores médicos y sistemas de atención médica (7) 12%. Entre las principales estrategias para el cumplimiento de la hta se encontraron las siguientes: estrategias educativas (11) 33%, estrategias conductuales (10) 30%. **Finalmente**, gracias a la recolección de estos datos se logró elaborar un “protocolo de estrategias para la disminución de factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial”, el cual brinda lineamientos para estrategias aplicables en la promoción de salud y control en pacientes con HTA.

PALABRAS CLAVES: Hipertensión arterial (HTA), adherencia al tratamiento, estrategias, enfermería.



Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023)

La hipertensión es una afección médica grave que puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cerebrales, renales y otras. Representa una causa significativa de muerte prematura a nivel global, afectando a más de una de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres, es decir, a más de 1000 millones de personas. La carga de morbilidad por hipertensión es especialmente alta en los países de ingresos bajos y medianos, donde se registran dos tercios de los casos, en gran parte debido al aumento de los factores de riesgo en estas poblaciones en las últimas décadas.

Una hipertensión arterial mal controlada disminuye la calidad de vida del paciente e incluso puede llevar a la persona que la padezca a la muerte, por lo que la búsqueda de estrategias que contribuyan al cumplimiento del tratamiento cobra vital importancia. La Organización Panamericana de Salud (OPS) (2020) nos indica que “La hipertensión afecta a más del 30% de la población adulta en todo el mundo y es el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad coronaria y la enfermedad cerebrovascular. También aumenta el riesgo de enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca y demencia”.

La OMS (2023) estima que en el mundo hay 1,280 millones de adultos de entre 30 y 79 años con hipertensión. Se calcula que el 46% de estos adultos no sabe que padece esta enfermedad. La hipertensión se diagnostica y trata en menos de la mitad de los adultos afectados (solo el 42%), y únicamente uno de cada cinco adultos hipertensos (el 21%) tiene el problema bajo control. Esta afección es una de las principales causas de muerte prematura a nivel global.

Además, de acuerdo con la OPS (2017) cuatro países de Sudamérica (Chile, Colombia, Argentina y Brasil), solo el 57.1% de los adultos que se estima tienen presión arterial alta son conscientes de su hipertensión. Esto contribuye a un bajo nivel de control de la enfermedad en la población, ya que solo el 18.8% de los adultos hipertensos en estos países tiene su presión arterial bajo control.

Es importante también considerar la encuesta denominada paso a paso (o por sus siglas en inglés STEPS) llevada a cabo por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en la cual los resultados mostraron que las Enfermedades

Cardiovasculares (ECV) representan la principal causa de mortalidad en Ecuador; como resultado se obtuvo que el 19,8% de la población tenía hipertensión. De ellos, al menos el 17% tenía hipertensión descontrolada y el 56,3% no tomaba medicación para la presión arterial alta (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

Las cifras que ya hemos mencionado nos evidencian la prevalencia de esta patología y pese a que se puede prevenir sigue manifestándose fuertemente, siendo este un factor para desencadenar otras enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares es por esta razón que se debe concientizar cuán importante el cumplimiento y la continuidad del tratamiento antihipertensivo, evitando así graves consecuencias.

Por otra parte, la OMS define la adherencia al tratamiento como el grado en que un paciente sigue las indicaciones para tomar la medicación según el esquema prescrito. Esto incluye tanto la correcta dosificación como la continuidad en el tiempo. Acotando que los medicamentos son uno de los principales medios terapéuticos para mantener nuestra salud, sus beneficios pueden verse afectados por la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo, según los datos aportados por Pfizer (2018), “La falta de adherencia al tratamiento causa entre el 5 y el 10% de las hospitalizaciones, así como 2,5 millones de emergencias médicas y 125,000 muertes anuales en EE. UU”.

Por lo tanto, es fundamental destacar que una adherencia deficiente a tratamientos prolongados compromete gravemente su eficacia, convirtiéndose en un tema esencial para la promoción de la salud tanto a nivel mundial como nacional, desde la perspectiva de mejorar la calidad de vida de las personas. Luchar contra el abandono del tratamiento no se basa solo en conseguir que los pacientes tomen los fármacos o que realicen cambios en su estilo de vida, más bien en que comprendan las perspectivas sobre la medicación y las razones por las que deben tomarlos; por lo que el personal de enfermería es fundamental para liderar y gestionar estrategias en proyectos destinados a mejorar la adherencia de las personas a los tratamientos antihipertensivos. Esto requiere la colaboración activa de los pacientes, sus familiares y la participación del equipo de salud en su totalidad, con el fin de mantener el bienestar y controlar la hipertensión arterial. Para lograr estos objetivos, se debe llevar a cabo procesos de capacitación, educación, acompañamiento, enseñanza de estrategias y apoyo social.



En un estudio realizado en Argentina por Di Caro (2012), los datos arrojaron que la primera causa de no adherencia farmacológica fue el olvido (39,17%), seguido por el descuido con los horarios (25,83%) e inclusive se encontró que hay pacientes que cuando ya se siente bien abandona la medicación (13,33%) y por el contrario también se encontró con pacientes que abandonaban la medicación por sentirse mal (3,33%). Y al evaluar los hábitos de los pacientes se encontró que el 8,33% fumaba; el 10,3% bebían alcohol.

Según Jiménez et al. (2017), Otro aspecto relevante es el seguimiento de la enfermedad por parte del médico, junto con servicios de salud poco desarrollados, sistemas inadecuados para la distribución de medicamentos, y la falta de conocimiento y capacitación del personal sanitario en el manejo de enfermedades crónicas, todos los cuales afectan la adherencia del paciente al tratamiento prescrito. Además, la OPS (2004) plantea que una de las cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia está relacionada con el sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria.

En el estudio realizado en Cuba por Jiménez et al. (2017), El olvido de los medicamentos fue la razón más común para la falta de adherencia al tratamiento, afectando al 71,6% de los pacientes. Esto fue seguido por el incumplimiento de los horarios de medicación, que ocurrió en el 58,3% de los pacientes hipertensos que no cumplieron con el tratamiento. Se evaluó también en dicho estudio los tipos inadecuados de prescripción en la población estudiada, donde el mayor porcentaje corresponde al inadecuado tratamiento individualizado (53,8%), seguido por la submedicación (48,7%) y la sobredosis (2,5%).

Dentro de este contexto resulta fundamental tomar como directrices principalmente la teoría del modelo de la promoción de salud de Nola Pender, ya que este expone ampliamente los aspectos más importantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud; y también la teoría del autocuidado de Dorothea Orem; ya que este es considerado como una conducta que va orientada a la realización de actividades hacia sí mismo o hacia el entorno, para modificar los factores que sirvan de beneficio para la vida, salud y bienestar del paciente; influyendo así en estrategias que

impliquen la comunicación y motivación, la educación mejorada con la inducción en efectos positivos, acompañamiento por parte de personal de área de la salud e intervenciones educativas.

Justificación

Si bien es cierto no existe una cura para la Hipertensión Arterial, sin embargo, su manejo de manera general está basado en medidas farmacológicas y no farmacológicas, que se deben dar de manera continua, en períodos largos de tiempo, considerando también que, pese a que existe tratamiento para este, aún persisten los factores relacionados a su abandono acotando así a la alta prevalencia de esta patología, de este modo creyendo conveniente, enmarcar estrategias para lograr que los pacientes puedan cumplir con el tratamiento a largo plazo y de ese modo poder mejorar su calidad de vida frente a la enfermedad.

Ávila et al. (2023) señalan que a nivel mundial en un estudio en el Centro de Salud Jimma en Etiopía y desarrollado en una muestra de 422 participantes, demostró que el 59% tenían hipertensión no controlada, 27% no cumplieron con su programa de seguimiento, 78% practicaba una dieta de baja calidad, 6,4% de los encuestados eran fumadores actuales, 15,2% eran alcohólicos y el 75,1% tenían una mala práctica de la actividad física recomendada.

Se estima que aproximadamente 1 de cada 6 personas en todo el mundo padece hipertensión, y en algunas poblaciones vulnerables, 1 de cada 4 adultos mayores de 18 años presenta esta condición. En Latinoamérica, la prevalencia de hipertensión es la siguiente: Argentina 28,1%, Brasil 30%, Chile 33,7%, Colombia 23%, Ecuador 28,7%, México 30,8%, Perú 24%, Uruguay 33% y Venezuela 33%. (Recalde et al. 2023, pág. 2)

Por lo que resulta importante detectar cuales son los factores con mayor incidencia en el abandono del tratamiento antihipertensivo y comenzar a establecer estrategias para que los pacientes puedan seguir con su tratamiento, llevar una mejor calidad de vida y evitar que esta enfermedad tenga como desenlace su muerte; adicionando que es altamente relevante contar con herramientas que en el ámbito profesional nos permita lograr mejores resultados a nuestros pacientes.

Planteamiento del problema

Tomando en cuenta que la adherencia al tratamiento se ha convertido en un problema de salud pública, y la OMS subraya que las intervenciones para superar las barreras a la adherencia deben ser una parte central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población. Por lo tanto, es crucial abordarlo desde diversos roles en el ámbito de la salud, especialmente desde el rol de la enfermera, que tiene el contacto más cercano con el paciente.

Añadiendo también que la OPS (2004) en su artículo *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*, menciona que, Aunque existe un tratamiento efectivo para la hipertensión arterial (HTA), la mitad de los pacientes interrumpe por completo su seguimiento a partir del primer año del diagnóstico. Además, entre aquellos que continúan bajo supervisión médica, solo el 50% toma al menos el 80% de sus medicamentos prescritos. Acorde a lo señalado, surge la siguiente pregunta: ¿Qué estrategias podemos implementar como personal de enfermería para disminuir los factores que inciden en el abandono del tratamiento antihipertensivo?.

OBJETO DE ESTUDIO

Abandono del tratamiento de la Hipertensión Arterial.

CAMPO DE ESTUDIO

Estrategias de enfermería para el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar estrategias de enfermería para la disminución de factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial

Objetivos específicos

- Reconocer las principales bases de datos a utilizar dentro de este proyecto de investigación, además del año y país.
- Identificar los factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial.
- Identificar las principales estrategias que se pueden implementar para lograr que el paciente hipertenso pueda cumplir con el tratamiento antihipertensivo.
- Elaborar un protocolo de estrategias de enfermería para lograr disminuir factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes

Ramírez et al. (2020), realizaron un estudio en Cienfuegos, Cuba. **Objetivo:** determinar la adherencia terapéutica antihipertensiva y los factores asociados a su incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. **Métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, clasificado dentro de los estudios farmacoepidemiológicos como un análisis del esquema terapéutico con elementos de indicación y prescripción. El estudio incluyó a 289 pacientes hipertensos, de entre 15 y 89 años, que asistían a los consultorios 9 y 10 del primer nivel de atención en el municipio de Cienfuegos. Se realizó un muestreo aleatorio simple para seleccionar a 80 pacientes que aceptaron participar durante el primer trimestre de 2019. A estos pacientes se les realizó una entrevista semiestructurada y se les aplicó el test de Morisky-Green-Levine. Las variables investigadas abarcaron edad, sexo, nivel educativo, comorbilidades, modalidad del esquema terapéutico, grupos y medicamentos antihipertensivos, polifarmacia y razones para el incumplimiento del tratamiento. **Resultado:** se obtuvo que predominó la adherencia al tratamiento (73,75 %). **Conclusión:** los factores asociados al incumplimiento dependiente del paciente: interrupción de los tratamientos por varias causas y dependientes del prescriptor, polimedicación y esquemas de tratamiento combinado para la hipertensión con enfermedades asociadas, pueden ser modificables para mejorar el apego farmacoterapéutico y la calidad de la prescripción.

Pilataxi (2018), realizó una investigación en Ecuador. **Objetivo:** identificar los factores que inciden en el abandono al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al centro de salud tipo “A” de Mulliquindil Santa Ana del Cantón Salcedo. **Instrumento y Métodos:** estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y de campo en el cual se aplicó dos instrumentos de recolección de datos, el primero “Abandono del tratamiento antihipertensivo” para identificar abandono del tratamiento antihipertensivo y el segundo “Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” para lo cual se trabajó con una muestra de 120 pacientes hipertensos. **Resultados:** Se evidenció que el 100% de la muestra abandonó parcialmente el tratamiento antihipertensivo tomando en cuenta que la terapia incluye el tratamiento farmacológico y el no farmacológico. **Conclusión:** existen diversos factores que

inciden en el abandono al tratamiento antihipertensivo entre las que encontramos factores socioeconómicos, factores dependientes del paciente, y factores dependientes del sistema de salud.

Gualotuña & Córdova (2018), en su investigación realizada en Quito, Ecuador. **Objetivo:** identificar el porcentaje de pacientes adultos mayores con mala adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados. **Métodos:** el estudio es analítico, observacional, de corte transversal con 325 pacientes adultos mayores hipertensos del Hospital Enrique Garcés, donde se determinó el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo mediante las escalas de Morisky –Green, Batalla y SMAQ; se midió la presión arterial y se correlacionó con los factores de riesgo. **Resultados:** El nivel de mala adherencia al tratamiento osciló entre 61,7% al 72,5% de acuerdo al método de medición; el test de SMAQ arrojó peores valores de adherencia. Los factores de riesgo estrechamente ligados a la mala adherencia fueron: instrucción, funcionalidad en sus tres dimensiones, deterioro cognitivo, apoyo social y funcionalidad familiar. **Conclusión:** dos de cada tres pacientes adultos mayores con HTA tienen mala adherencia a su tratamiento, y los factores que más se asocian a ella son: la funcionalidad, instrucción, estado cognitivo, apoyo social y funcionalidad familiar.

Jiménez et al. (2017), en su estudio realizado en Villa Clara, Cuba. **Objetivo:** evaluar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos del área de salud del policlínico XX Aniversario de Santa Clara, y diseñar un programa educativo sobre el tema. **Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal en un grupo de 510 pacientes hipertensos. Se seleccionó una muestra aleatoria de 102 pacientes en tratamiento farmacológico. Además, se eligieron 10 médicos que trabajaban en atención primaria y se les aplicó un cuestionario para evaluar su conocimiento sobre la hipertensión y su tratamiento. **Resultados:** la cifra de hipertensos sin adherencia al tratamiento farmacológico representó el 58,8%. El seguimiento incorrecto, la prescripción inadecuada y los profesionales con insuficientes conocimientos sobre hipertensión y su terapéutica contribuyeron a la falta de adherencia al tratamiento. **Conclusión:** la no adherencia al tratamiento farmacológico se relacionó con un deficiente control. El porcentaje de prescripciones inadecuadas fue elevado, cuando fueron adecuadas se relacionaron con una mejor adherencia.

Zurera et al. (2014), en su estudio realizado en España. **Objetivo:** conocer las motivaciones personales, que intervienen en la modificación de los hábitos, adherencia y



conocimiento de la enfermedad, en un grupo de pacientes hipertensos. **Método:** El estudio fue realizado en el ámbito hospitalario, mediante entrevistas semiestructuradas. La muestra fue de dieciocho pacientes con hipertensión arterial no controlada, asociada a síndrome metabólico y/u obesidad (con IMC>30), durante un periodo de 4 meses en la consulta de UGC Nefrología/ HTA, del HURS de Córdoba. **Resultados:** Se identificaron tres categorías temáticas para abordar los objetivos del estudio: sensibilización sobre el riesgo cardiovascular al que están expuestos los pacientes y su conocimiento sobre la enfermedad, análisis de los factores que motivan o desincentivan la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, y la relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el no farmacológico. **Conclusión:** La falta de adherencia al tratamiento se presenta más como una falta de disposición por parte de los pacientes hipertensos que como un problema de información.

1.2. Bases teóricas.

1.3. Hipertensión arterial.

1.3.1. Definición.

La hipertensión arterial, es una condición en la que los vasos sanguíneos mantienen una presión alta de manera constante. La sangre es transportada desde el corazón hacia todo el cuerpo a través de los vasos sanguíneos. La presión arterial se produce por la fuerza con la que la sangre empuja contra las paredes de las arterias cuando el corazón realiza el bombeo. (Organización Mundial de la Salud, 2023).

“La hipertensión arterial se asocia con riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad cardiovascular; y disminuyendo la presión arterial de estos pacientes, se reduce significativamente la tasa de mortalidad y el riesgo de eventos cardiovasculares” (Menéndez et al. 2016); por ello se hace evidente que los sistemas de salud logren conseguir que las personas HTA puedan tener un buen control, cumpliendo con el tratamiento que se les indica para evitar complicaciones.

1.3.2. Tratamiento.

Están dos bases fundamentales sobre los que se sostienen el tratamiento de la hipertensión, uno de los más importantes es el de realizar una serie de cambios en el estilo de vida, y, por otro lado, el tratamiento farmacológico.

1.3.2.1. Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial sistémica (HTA) conlleva una disminución considerable de las complicaciones cardiovasculares. La terapia antihipertensiva reduce el riesgo relativo de insuficiencia cardíaca en casi un 50%, disminuye el riesgo de ictus en hasta un 40%, y baja el riesgo relativo de infarto de miocardio en hasta un 25%. El grado de reducción de la presión arterial, no la elección de la medicación antihipertensiva es el principal determinante de la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes con HTA (Miño et al. 2021).

A modo general existen 3 indicaciones de inicio de tratamiento farmacológico:

- Cuando tras 3 meses de cambios en estilo de vida en un paciente con HTA etapa 1 y riesgo cardiovascular bajo no se logra la meta de presión arterial.



- En todo paciente con HTA etapa 2 y 3.
- En todo paciente con riesgo cardiovascular alto independiente de la etapa de la HTA.

1.3.2.2. Tratamiento no farmacológico.

Las intervenciones terapéuticas no farmacológicas generalmente suelen ser algo complejas de implementar; ya que implican cambios de hábitos y de conductas que, generalmente, están estrechamente enlazados en los individuos de una determinada comunidad, y es aún más difícil, mantener aquellos cambios de hábitos y conductas a largo plazo.

1.3.2.2.1. Modificaciones dietéticas.

Se recomienda seguir una dieta mediterránea, respaldada por estudios que demuestran sus beneficios en la reducción del riesgo cardiovascular. Por ejemplo, se sugiere consumir pescado azul al menos dos veces por semana y consumir entre 300 y 400 gramos de frutas y verduras cada día. En cuanto a los productos lácteos, se recomiendan las bebidas de soja, ya que están relacionadas con la disminución de las cifras tensionales. En cuanto al café, no hay evidencia sobre su efecto negativo sobre la tensión arterial, por lo que, no es algo que deba excluirse de la dieta (Martínez et al. 2018).

Además, en el estudio realizado por Juraschek et al. (2017) Los adultos con prehipertensión y etapa 1 de hipertensión, que no estaban bajo tratamiento antihipertensivo, fueron asignados aleatoriamente para seguir una dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) o una dieta control, junto con diferentes niveles de ingesta de sodio. Los autores concluyeron que la combinación de reducir los niveles de sodio y seguir la dieta DASH disminuyó la presión arterial sistólica (PAS) en ambos rangos de prehipertensión y etapa 1 de hipertensión, con mayores reducciones observadas en los niveles más altos de PAS basal. La reducción de PAS en adultos con niveles altos de PAS (≥ 150 mmHg) fue sorprendente y refuerza la importancia de reducir los niveles de sodio y la dieta DASH en estos grupos de alto riesgo.

Por lo anterior expuesto podemos determinar que este tipo de dieta que limita los alimentos con alto contenido de grasas saturadas y azúcares añadidos resulta útil como un plan de alimentación diseñado para ayudar a controlar los niveles de la presión arterial alta; además de ayudar a bajar el colesterol asociado a enfermedades cardíacas.



1.3.2.2.2. Reducción de la ingesta de sodio.

La Organización Mundial de la Salud recomienda un consumo de 2 gramos de sal para los niños y 5 gramos para los adultos. Reducir moderadamente la ingesta de sal podría disminuir la presión arterial en aproximadamente 4-5 mmHg en pacientes con hipertensión. (Martínez et al. 2018).

Una dieta que reduzca moderadamente su contenido de sodio es beneficiosa para los pacientes que reciben tratamiento farmacológico. Se ha demostrado que todos los medicamentos utilizados para tratar la hipertensión arterial son más efectivos cuando se siguen en combinación con una dieta con bajo contenido de sodio. (Soto, 2018).

Se estima que aproximadamente el 75% del sodio ingerido proviene de alimentos procesados. Soto J. (2018), por lo que podemos deducir que evitar consumir alimentos procesados y el hecho de no adicionar de manera innecesaria sal a los alimentos puede ayudar al paciente a lograr una restricción moderada del consumo de sodio.

1.3.2.2.3. Reducción del sobrepeso.

El sobrepeso y la obesidad, definidos como un índice de masa corporal de 25 o más y 30 o más, respectivamente, son factores que contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial. El incremento de la presión arterial está particularmente asociado con la acumulación de grasa visceral (abdominal), a menudo en el contexto del síndrome metabólico (Soto, 2018).

1.3.2.2.4. Ejercicio físico

Cuando nuestro organismo no se mueve no sólo las articulaciones y los músculos pueden degenerar, sino que a nuestro “motor”, el corazón, le ocurre lo mismo. Tanto así que llevar una vida sedentaria aumenta el riesgo de sufrir HTA entre un 35% y 40%. Si tenemos en cuenta que el 24% de la población es sedentaria, se entiende la importancia de promover la práctica de ejercicio. (Ferrer, 2021).

El ejercicio físico regular reduce la probabilidad de hacerse hipertenso, inclusive en personas con antecedentes familiares. Asimismo, mejora el control de la presión arterial en aquellos que ya tienen dicha enfermedad y si es el caso, ayudaría a controlar el sobrepeso.

1.3.2.2.5. Restricción del alcohol.

El consumo moderado de alcohol ha mostrado ofrecer cierta protección contra infartos cardíacos y accidentes cerebrovasculares. No obstante, es importante definir lo que se entiende por consumo moderado y reconocer que las cantidades varían según el género. Para las mujeres, el límite diario recomendable es de 200 ml de vino o aproximadamente 45 ml de licor destilado. En el caso de los hombres, las cantidades aceptables para obtener beneficios protectores contra eventos cardiovasculares pueden ser hasta el doble de las recomendadas para las mujeres. Por otro lado, consumir alcohol en cantidades superiores a las recomendadas puede elevar anormalmente la presión arterial y está asociado con un mayor riesgo cardiovascular. (Soto, 2018).

Consumir en exceso bebidas alcohólicas, está asociado a un incremento de las cifras tensionales, incluso un incremento del riesgo de Ictus. Se recomienda, como máximo, entre 20-30g de alcohol para los hombres y de 10-20g de alcohol en mujeres (Martínez et al. 2018).

1.3.2.2.6. Restricción del consumo de tabaco.

Después de fumar un cigarrillo la presión arterial se eleva significativamente durante los siguientes 15 a 30 minutos. Esto se produce, al menos en parte, porque las sustancias contenidas en el humo del tabaco contribuyen a incrementar la rigidez arterial y disminuir la función de la enzima óxido nítrico sintasa responsable de la síntesis del óxido nítrico, sustancia que posee reconocidos efectos vasodilatadores (Soto, 2018).

1.4. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.

La adherencia al cumplimiento terapéutico radica en el acto de las indicaciones médicas, relacionadas principalmente a la toma de medicamento, horarios estimados, dietas, percepción de la enfermedad y cambios en el estilo de vida, todos estos hábitos permitirán al paciente mejorar las condiciones de la enfermedad para optimizar su situación clínica tanto sintomática como psicológica (Garcés et al. 2021)

1.4.1. Factores que influyen en el incumplimiento del tratamiento de la hipertensión arterial.

El incumplimiento de un tratamiento farmacológico puede comprometer seriamente los resultados de salud del paciente, ya que omitir las dosis prescritas por el médico o interrumpir la medicación puede llevar a un empeoramiento de la condición del paciente o incluso tener

complicaciones graves. Resulta fundamental identificar las razones que pueden interferir para crear estrategias logrando así que la persona no abandone el tratamiento.

1.4.1.1. Nivel socioeconómico.

La OMS indica que las dificultades en la adherencia a tratamientos prolongados afectan tanto a países desarrollados como en desarrollo. Factores socioeconómicos como la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la distancia a los centros de atención médica, el alto costo del transporte y el elevado precio de los medicamentos tienen un impacto significativo en la adherencia al tratamiento. Además, señala que la interrupción o abandono de una terapia puede incrementar los costos de la salud pública en al menos un 20%. (Libertad et al. 2014).

1.4.1.2. Edad.

Las personas adultas mayores pueden tener dificultadas para cumplir sus tratamientos farmacológicos dada la complejidad del proceso, sus características físicas-mentales disminuidas y las deficiencias en el manejo de medicamentos que requiere de elementos básicos como: la accesibilidad al tratamiento, el conocimiento sobre la medicación y como tomarla, de otra forma pueden contribuir a aumentar las dificultades en el uso racional, adecuado y seguro de los medicamentos, exponiéndoles a sufrir daños perjudiciales en su salud (Bohórquez, 2014)

Dentro de los estudios revisados, se destacaba que muchos de los pacientes eran personas con avanzada edad que contaban con ciertas limitaciones (tales como: deterioro de la audición y visión, inclusive se resaltaba el analfabetismo), además, en la mayoría de ocasiones acudían solos a sus controles y a retirar sus medicamentos; por lo que evidentemente, al tener sus características físicas – mentales disminuidas, se les dificultaría realizar un buen uso racional de sus medicamentos e indicaciones del médico.

1.4.1.3. Descuido de horarios.

“El medicamento debe administrarse en el horario establecido para garantizar los niveles séricos terapéuticos, caso contrario se puede comprometer el mecanismo de acción del medicamento o su eficacia” (Alvia et al. 2022); entonces resulta importante que la persona disponga la información suficiente y que la pueda comprender, permitiéndole así, seguir el tratamiento farmacológico prescrito correctamente; por lo que se debe intensificar los esfuerzos

para lograr concientizar al paciente la importancia de que se responsabilice sobre su tratamiento farmacológico y de este modo, conseguir el máximo beneficio del tratamiento farmacológico y a su vez disminuir los riesgos que se puedan presentar.

1.4.1.4. Funcionalidad familiar.

Dentro de la bibliografía revisada se encontraba que el paciente que vive solo con frecuencia falla en cumplir con la adherencia al tratamiento, además, pueden ser factores a tener en cuenta; el aislamiento social, las creencias sociales y los mitos en salud (tomar medicinas solo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se sienta mejor, o darse el caso que, si la dosis dada es buena, una dosis mayor es mejor); y las personas que perciben recibir apoyo de su entorno tienen mayores probabilidades de seguir las recomendaciones médicas en comparación con aquellos que cuentan con menos apoyo social, inestabilidad familiar o aislamiento.

Entonces si el paciente ve y siente el cariño de sus seres queridos reflejados en ese apoyo y esa preocupación por querer verle bien y estar con ellos en cada momento de la enfermedad; puede convertirse para ellos la motivación que necesitaban para seguir de manera correcta el tratamiento que se les ha indicado y adquirir una conducta cumplidora de manera significativa; siendo este un factor de alta relevancia, ya que se podría evitar se desencadene otras situaciones difícil de lidiar para el paciente (como ansiedad y depresión respecto a la enfermedad.); por lo que la familia y el paciente deben estar adecuadamente informados, preparados y motivados para el automanejo de dicha patología.

Desafortunadamente, mientras que la disfunción familiar puede llevar a una mala adherencia en pacientes ancianos con hipertensión, el hecho de que un miembro de la familia sufra de esta enfermedad también puede provocar disfunciones familiares, afectando otros aspectos sociales y económicos. (Padrón et al. 2017).

1.4.1.5. Desconocimiento del paciente.

La educación del paciente con enfermedades crónicas es un factor importante en el cumplimiento terapéutico. Existen en Latinoamérica muchas creencias erróneas sobre las complicaciones y el tratamiento de la hipertensión arterial (Recalde et al. 2023).

Así mismo el deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo pueden llevar a que el paciente no procese la información de manera correcta o que esta sea alterada, lo que repercutirá significativamente en el aprendizaje y posteriormente al momento de llevar a cabo las acciones recomendadas por el médico, según como lo entienda el/la paciente, será cumplido probablemente de maneja parcial, afectando así la adherencia al tratamiento.

Por lo tanto, capacitar al paciente no solo implica proporcionar información sobre la enfermedad que padece, sino también fomentar su participación activa en el manejo de su condición. Esto ayuda al paciente a tomar conciencia de su enfermedad y, como resultado, a seguir el tratamiento recomendado por el médico, lo que a su vez previene el desarrollo de complicaciones graves.

1.4.1.6. Factores médicos y sistema de atención médica.

La OMS señala que la adherencia al tratamiento se ve afectada por la falta de desarrollo en los servicios de salud, los sistemas inadecuados para la distribución de medicamentos y la carencia de conocimientos y capacitación del personal de salud en el manejo de enfermedades crónicas. (Libertad et al. 2014).

Entonces, es fundamental recalcar lo que menciona Jiménez et al. (2017) en su estudio, que el objetivo es tratar al paciente con hipertensión arterial (HTA), no solo a la HTA en sí misma, es decir, se debe adoptar un enfoque personalizado. Por lo tanto, al seleccionar el medicamento, es importante considerar factores como la edad, el sexo, el peso, el color de la piel, los hábitos tóxicos, la presencia de otras enfermedades y el uso de otros medicamentos.

También se debe señalar que los profesionales con habilidades insuficientes y actitudes negativas para proporcionar información sobre el tratamiento, con falta de empatía y desmotivación, contribuyen a que el paciente ni siquiera se interese en llevar de manera correcta el tratamiento. Por lo que será fundamental establecer una buena relación entre el paciente y el equipo de salud para lograr enfatizar al paciente acciones de autocuidado con apoyo, acompañamiento permanente y orientación acorde a sus necesidades.

1.4.1.7. Efectos indeseados del medicamento.

La interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es una de las causas más comunes de incumplimiento. Estos pueden ser la causa del abandono de la pauta terapéutica o pueden aparecer también como consecuencia de la falta de seguimiento de las recomendaciones médicas sobre las pautas de dosificación (Dilla et al. 2009).

Además, del estudio realizado por Jiménez et al. (2017), se encontró que el 28.3% de hipertensos con tratamiento farmacológico lo abandona por reacciones adversas. Entonces dicho estudio, recalca de manera significativa la incidencia que este tiene, ya que la presencia de efectos adversos no solo puede llevar al abandono directo del tratamiento farmacológico, sino que, además, terminará impactando negativamente en la efectividad del tratamiento y en la salud del paciente.

1.5. Abandono del tratamiento.

El abandono del tratamiento antihipertensivo constituye un problema de salud que conlleva elevados costos para el estado, el paciente y la economía familiar debido a las diversas complicaciones que surgen. Es importante destacar que el abandono no solo afecta al tratamiento farmacológico, sino también al tratamiento no farmacológico, que abarca los estilos de vida saludables y puede ser el aspecto más crucial. La educación del paciente es esencial para prevenir el abandono del tratamiento antihipertensivo, y debe ser una de las principales responsabilidades del profesional de enfermería. (Pilataxi Navarrete, 2018).

1.5.1. Consecuencias del abandono del tratamiento de la hipertensión arterial

La falta de adherencia al tratamiento puede llevar a problemas para el paciente, como hospitalizaciones frecuentes debido a complicaciones que ponen en peligro su bienestar y su papel en el entorno familiar y social. La ausencia de un control adecuado de la enfermedad, resultante de una adherencia inadecuada, provoca complicaciones que aumentan la frecuencia de visitas al médico, el número de hospitalizaciones y la necesidad de exámenes adicionales. Esto genera gastos adicionales para el sistema de salud pública, afectando la calidad y la expectativa de vida de los pacientes. (Garcés et al. 2021).

La Organización Mundial de la Salud (2023) destaca lo siguiente:



Entre otras complicaciones, la hipertensión no controlada puede provocar daños graves en el corazón. El exceso de presión puede hacer que las arterias se endurezcan, lo que limita el flujo de sangre y oxígeno hacia el corazón. El incremento de la presión y la disminución del flujo sanguíneo pueden causar:

- Dolor torácico (angina de pecho).
- Infarto de miocardio, que se produce cuando se obstruye el flujo de sangre que llega al corazón y las células del músculo cardíaco mueren debido a la falta de oxígeno. Cuanto mayor sea la duración de la obstrucción, más importantes serán los daños que sufrirá el corazón.
- Insuficiencia cardíaca, que se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno a otros órganos vitales.
- Ritmo cardíaco irregular, que puede conllevar la muerte súbita.

Además, también puede causar la obstrucción o la rotura de las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que provocaría un accidente cerebrovascular. Asimismo, puede causar daños renales que generen una insuficiencia renal.

1.6. Rol de enfermería.

Los profesionales enfermeros son un pilar fundamental en el tratamiento de la enfermedad. Es necesaria la implicación total en un abordaje multifocal del problema, considerando de igual importancia el tratamiento farmacológico como el no farmacológico. Se ha demostrado que la atención y seguimiento de estos pacientes, reduce las cifras tensionales hasta en 5 mmHG, por lo que es fundamental que la atención del equipo multidisciplinar al paciente sea eficiente (Martínez et al. 2018).

Entre las principales estrategias se destacan las siguientes: programas educativos, seguimiento personalizado a los pacientes, intervenciones de apoyo social y familiar, intervenciones conductuales o de comportamiento y las intervenciones dirigidas a los profesionales sanitarios.

1.6.1. Estrategias.

1.6.1.1. Programas educativos.

El programa educativo en el sector de la salud es prácticamente un programa docente, que necesita de los elementos que la planificación de un proceso docente demanda: objetivos, contenidos, estrategia educativa, actividades, cronograma, ejecutores, lugar y recursos, así como el diseño de la evaluación y los indicadores, entre otros (Cabrera et al. 2013).

En un estudio realizado por Soler et al. (2021), al implementar un programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos como resultados se obtuvo que se logró incrementar la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos, se eleva la susceptibilidad y severidad percibidas acerca de las complicaciones de la hipertensión y los beneficios percibidos con respecto al tratamiento superan las barreras.

Por lo ya antes mencionado podemos destacar que los programas educativos son fundamentales porque mediante estos, se pueden mejorar o conservar la salud del paciente, destacando que están destinados a fomentar conocimientos, crear una actitud positiva, crear habilidades de autocuidado, promover modificaciones en el estilo de vida.

Aplicar los modelos de enfermería de Dorothea Orem del autocuidado y Nola Pender con la promoción de la salud será un pilar fundamental al momento de aplicar programas educativos, ya que estos programas están dirigidas en mejorar o conservar la salud del paciente, enfocadas en lograr un cambio de comportamiento y desarrollar conductas de autocuidado, permitiendo además, la transmisión del conocimiento y de la información necesaria para la participación y el desarrollo de habilidades personales respecto al tratamiento y cambios en el estilo de vida del paciente.

La promoción de salud además constituye un medio para mejorar la salud, entonces resulta fundamental que los programas sean aplicados, de manera que aporten elementos que le permita al individuo llevar de manera correcta el manejo de la enfermedad y encaminar a los pacientes a alcanzar un nivel óptimo de salud.

1.6.1.2. Seguimiento personalizado de pacientes.

Los profesionales enfermeros son un pilar fundamental en el tratamiento de la enfermedad. Es necesaria la implicación total en un abordaje multifocal del problema, considerando de igual importancia el tratamiento farmacológico como el no farmacológico. Se ha demostrado que la atención y seguimiento de estos pacientes, reduce las cifras tensionales hasta en 5 mmHG, por lo

que es fundamental que la atención del equipo multidisciplinar al paciente sea eficiente (Martínez et al. 2018).

Lo esencial es personalizar la intervención, evaluando los conocimientos actuales del paciente y sus áreas de debilidad para enfocarse en ellas. Es fundamental trabajar en conjunto, resolver dudas y ofrecer el apoyo necesario para abordar las deficiencias. El objetivo es que el paciente se sienta capacitado para cambiar sus malos hábitos con el esfuerzo y la voluntad necesarios. Aunque este enfoque requiere significativamente más tiempo y dedicación que simplemente proporcionar nociones básicas sobre hábitos higiénico-dietéticos, a menudo el problema radica en la falta de dedicación, habilidades insuficientes y preparación en el ámbito pedagógico y tal vez psicosocial. (Zurera et al. 2014).

El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la HTA precisa una visión amplia y multidisciplinar para mejorar el grado de conocimiento y control de la enfermedad. En este sentido, las competencias específicas de los profesionales de enfermería en la gestión de la HTA deben ser integrales y transversales a lo largo de todo el proceso de la enfermedad (Gorostidi et al. 2022).

Es importante resaltar que el personal de enfermería debe identificar a los pacientes (mujeres, niños adolescentes, adultos, jóvenes, etc.) para adecuar el correcto seguimiento; valorar todos los factores predisponentes posibles para poder establecer los diferentes objetivos de control de la presión arterial, y de este modo crear planes terapéuticos individualizados, que deben incluir aspecto modificaciones dietéticas, una ingesta de sal diaria mínima, abandono del tabaco, restricción del alcohol, llevar un control del peso y promover el ejercicio físico. Adicionalmente hacer un esfuerzo para poder identificar y asistir en la resolución de situaciones de críticas hipertensivas, así, ir mejorando la adherencia e identificando posibles razones de manera individualizada, por las cuales el paciente está llevando control inadecuado de cifras de presión arterial.

1.6.1.3. Intervenciones de apoyo social y familiar.

“La evidencia señala que una enfermedad influye en todos los miembros de la familia y en sus relaciones, pudiendo generar tensiones y conflictos, o agudizar los ya existentes” (Canga & Esandi, 2016); por lo que resulta necesario que la familia, así como el paciente se adapte a los cambios que conlleva el tratamiento de la enfermedad.



Canga & Esandi (2016), encontraron que Ward-Griffin y McKeever desarrollaron una tipología de relación enfermera-familia que incluye los siguientes patrones:

- *Relación enfermera-"helper"*, en la que el profesional de enfermería proporciona y coordina la mayoría de los cuidados, mientras que los familiares asumen funciones de apoyo a las enfermeras.

- *Relación trabajador-trabajador*, basada en la noción de trabajo en equipo. Las enfermeras buscan trabajar con los familiares reconociendo su experiencia, pero siempre desde una actitud de control y supervisión.

- *Relación gerente-trabajador*, en la que a medida que las enfermeras transfieren gradualmente su cuidado a la familia, evalúan y monitorizan las habilidades y competencias que éstas tienen para poder llevarlo a cabo. Aunque muchas familias pueden asumir el aumento de su implicación en el cuidado, al mismo tiempo expresan confusión y lamentan la menor implicación y tiempo que la enfermera tiene en el cuidado de su familiar.

- *Relación enfermera-paciente* en el que los familiares son vistos como personas que necesitan atención por derecho propio. Como resultado de su exigente implicación en el cuidado, junto con posibles condiciones preexistentes de salud en algunos casos, muchos cuidadores familiares se convierten en los pacientes de las enfermeras.

Tanto el profesional como la familia estarán estrechamente ligados en el proceso del cuidado del paciente, siendo la familia de alta relevancia en este; por lo que se debe asegurar que tanto paciente como familiar reciban el adecuado apoyo y atención; ya que caso contrario el o los familiares podrían caer en el agotamiento y la sobrecarga.

1.6.1.4. Intervenciones conductuales o de comportamiento.

“Se basan en el desarrollo de habilidades en el paciente para mantener una correcta adherencia al tratamiento. Especialmente útiles en casos de olvido o falta de motivación” (Ruiz Loscertales , 2017). Es decir, son aquellas acciones dirigidas a cambiar o reforzar comportamientos facilitadores para el cumplimiento del tratamiento de la enfermedad. Destacan los siguientes:

- **Sistemas personalizados de dosificación (SPD):** Los Sistemas Personalizados de Dosificación son un método en el cual un profesional de la salud, generalmente el farmacéutico, organiza los medicamentos en forma de dosis sólidas para un paciente específico durante una semana, de acuerdo con la prescripción médica. La implementación de los SPD está contemplada en las prácticas y políticas de salud de diversos países, con el propósito de simplificar la administración de los medicamentos por parte de los pacientes y, en consecuencia, mejorar la adherencia a los tratamientos. (Ruiz Loscertales , 2017).

El uso de herramientas como los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), tales como pastilleros, puede mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico al ayudar al paciente, usuario o cuidador a recordar y reconocer los medicamentos, así como los días y horas de administración. Esto reduce el riesgo de olvidos y errores en la dosificación. Además, estos dispositivos facilitan la detección del incumplimiento del tratamiento, ya que deben devolverse en la próxima cita antes de retirar nuevos medicamentos, lo que permite medir la adherencia. (Ministerio de Salud Publica, 2021).

Sistema de recuerdo horario (SRH): Los sistemas de recordatorio para la toma de medicación son efectivos porque el olvido es una de las principales causas de incumplimiento del tratamiento y pueden ser una solución crucial. Los olvidos tienden a ser más comunes cuando el régimen terapéutico es más complejo, con un mayor número de medicamentos prescritos, al introducir cambios en el estilo de vida, o cuando los horarios de la medicación coinciden con otras actividades. Por lo tanto, es esencial contar con una adaptación terapéutica personalizada para cada paciente. (Rodríguez et al. 2014).

1.6.1.5. Intervenciones dirigidas a los profesionales sanitarios

Para maximizar la eficacia de cualquier estrategia de intervención, es fundamental evitar culpar al paciente, fortalecer la confianza entre el paciente y el personal sanitario, simplificar las intervenciones, fomentar la colaboración multidisciplinaria y personalizar las técnicas utilizadas. (Díaz Sánchez, 2015).

El profesional de salud tiene varias responsabilidades clave. Primero, debe educar al paciente para que comprenda y asuma su enfermedad. También es necesario proporcionarle información detallada sobre el tratamiento prescrito y convencerlo de que seguirlo rigurosamente

es esencial para su recuperación. Además, el sanitario debe enseñar al paciente cómo manejar los medicamentos, facilitando el proceso para que el paciente pueda administrarlos de manera independiente. Finalmente, el profesional debe ayudar al paciente a manejar los posibles efectos adversos de la enfermedad y establecer una relación de confianza, motivándolo y brindándole apoyo y recursos adecuados.(Bueno Franco, 2019).

1.6.2. Nola Pender.

Cajal (2023),destaca que Nola Pender nació en Lansing, Michigan, Estados Unidos, en 1941. Sus padres, que estaban convencidos de la importancia de la educación para las mujeres, la apoyaron en sus estudios. Pender, con una profunda inclinación hacia la educación y una vocación innata por ayudar a los demás, optó por estudiar enfermería.

Según Peraza et al. (2019), el modelo de promoción de la salud desarrollado por Nola Pender es ampliamente empleado por los profesionales de enfermería, ya que facilita la comprensión de los comportamientos humanos vinculados con la salud y guía hacia la promoción de hábitos saludables. Este modelo busca ilustrar cómo las personas, en interacción con su entorno, intentan alcanzar un estado óptimo de salud. Según esta teoría, la promoción de la salud está impulsada por el deseo de mejorar el bienestar y de desarrollar el potencial humano.

1.6.3. Dorothea Orem.

Naranjo et al. (2017) destacan lo siguiente:

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crió en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera en enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió su diploma a comienzos de la década de 1930. Falleció el 22 de junio de 2007 en Savannah, Georgia, Estados Unidos.

El concepto de autocuidado, introducido por Dorothea E. Orem en 1969, se refiere a una actividad que los individuos aprenden y que está orientada hacia un objetivo específico. Este comportamiento se manifiesta en situaciones particulares de la vida, siendo dirigido por las personas hacia sí mismas, hacia los demás o hacia su entorno, con el fin de regular los factores que influyen en su desarrollo y funcionamiento para mejorar su vida,



salud y bienestar. Además, el autocuidado puede considerarse como la responsabilidad de cada persona en promover, mantener y cuidar su propia salud.

La teoría formulada por Dorothea Orem actúa como una base para que los profesionales de enfermería dispongan de herramientas que les permitan brindar atención de calidad en cualquier contexto relacionado con la salud y la enfermedad. Esto abarca a personas enfermas, a aquellas que toman decisiones sobre su salud, y a individuos sanos que desean mantener su bienestar o modificar comportamientos de riesgo. Este modelo ofrece un marco conceptual y define una serie de conceptos, definiciones y objetivos que facilitan la comprensión de los cuidados necesarios para cada persona, por lo que es esencial para el desarrollo y fortalecimiento de la práctica de la enfermería. (págs. 4-9)

CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO

1.7. Tipo de estudio.

En la presente investigación se utilizó una investigación descriptiva, retrospectiva y cualitativa, cuyo objetivo es analizar a partir de la literatura existente, las estrategias para disminuir los factores que inciden en el abandono del tratamiento antihipertensivo, realizando la debida discusión del tema y destacando su relevancias e impacto.

1.8. Método de estudio.

Analítico – sintético: Ya que permitirá analizar y descomponer el tema, partiendo desde sus componentes más básicos, organizando e integrando la información recolectada para tener un mayor entendimiento en el tema y de este modo lograr identificar los factores de riesgo que inciden en el abandono del tratamiento antihipertensivo y acorde a ello las estrategias que se deben emplear desde el rol de enfermería.

1.9. Técnicas de recolección de datos empleados por autores en los documentos consultados.

- Observación.
- Revisión sistemática
- Metaanálisis
- Análisis crítico.

1.10. Búsqueda de información.

Para la presente investigación se realizó una búsqueda bibliografía de artículos indexados en bases avaladas hasta el 2023, para la misma se seleccionaron las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Redalyc, Elsevier, ScienceDirect; además Google académico. Para esta se tomaron en cuenta las siguientes palabras claves tanto en inglés como en español.

Español: Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento de la hipertensión arterial, adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, estrategias para la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, rol enfermero en el seguimiento del tratamiento de la hipertensión arterial.

Inglés: Risk factors associated with abandoning high blood pressure treatment, adherence to high blood pressure treatment, strategies for adherence to high blood pressure treatment, Nursing role in monitoring the treatment of arterial hypertension.

1.11. Criterios de inclusión:

- Artículos de bases de datos indexadas y avaladas científicamente
- Artículos que incluyan información sobre la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento.
- Artículos que incluya estudios sobre los factores que inciden en la adherencia al tratamiento.
- Artículos que incluyan información sobre las estrategias para el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.

1.12. Criterios de exclusión:

- Artículos científicos que no cuenten con las metodologías adecuadas.
- Artículos que no tengan relación al tema de la presente investigación.
- Artículos que tengan datos no relevantes para la investigación.

Luego de la revisión bibliográfica sobre el tema planteado, considerando los criterios de inclusión y exclusión, se procederá a realizar el análisis de los datos, por ende, se descartaron estudios que no se asocien a esta investigación.

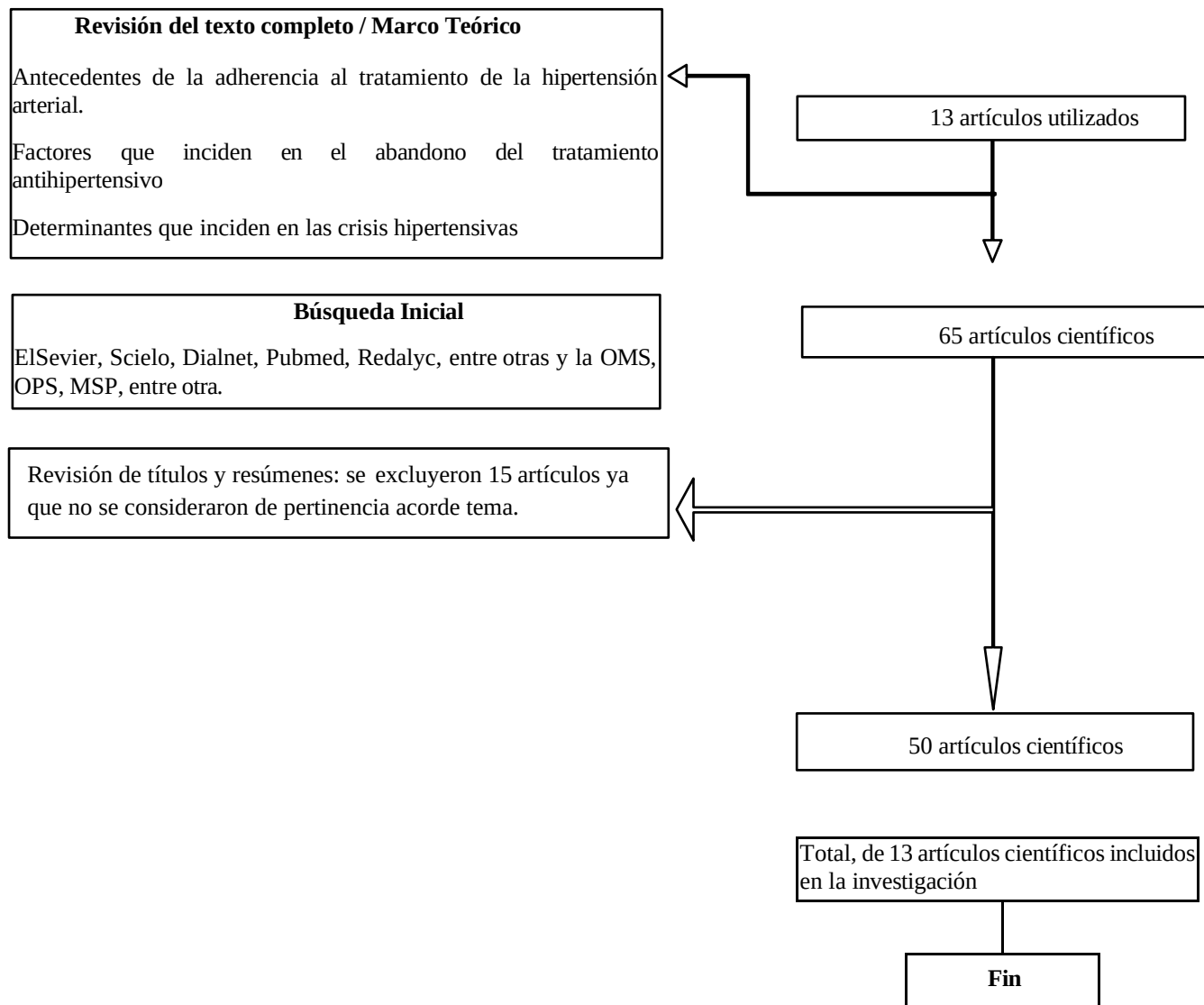
1.13. Análisis de datos.

Para realizar el respectivo análisis de la información, se comprobó la validez y pertinencia de los artículos seleccionados revisados e incluidos, se revisó que las características de los mismos aportaran datos para el desarrollo de este proyecto y que evidentemente tuvieran relación al tema de la presente investigación.

1.14. Población y muestra.

Luego de la búsqueda exhaustiva de información, se logró identificar 70 artículos científicos acorde al presente proyecto de investigación. Además, teniendo presente los criterios de exclusión, de la muestra total se descartaron 15 referencias, por su falta de relevancia para los objetivos de esta investigación

1.15. Flujograma



CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y RESULTADOS

2. Resultados científicos

3.1. Tabla 1. Caracterización de artículos científicos

N° de orden.	Título	Autor y Año	Nombre de la Revista	Base de datos	País
1	Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo	Jiménez et al. (2017)	CorSalud. Revista de Enfermedades Cardiovasculares.	Dialnet	Cuba
2	Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores	Garcés et al. (2020)	Revista Latinoamericana de Hipertensión.	Redalyc	Ecuador
3	Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA)	Gorostidi et al. (2022)	Hipertensión y Riesgo vascular.	Elsevier	España
4	Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas	Libertad et al. (2014)	Revista -cubana de Salud Publica	Scielo	Cuba
5	Enfermería y educación: Adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial	Martínez et al. (2018)	European Journal of Health Research	Dialnet	España
6	Factores de Riesgo asociados a la Hipertensión Arterial en adultos	Polo et al. (2018)	Revista Navarra Médica	Google Scholar	España
7	Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019	Ramírez et al. (2020)	Revista Cubana de Farmacia	Medigraphic	Cuba
8	Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico	Rodríguez et al.	Pharmaceutical Care	Dialnet	España

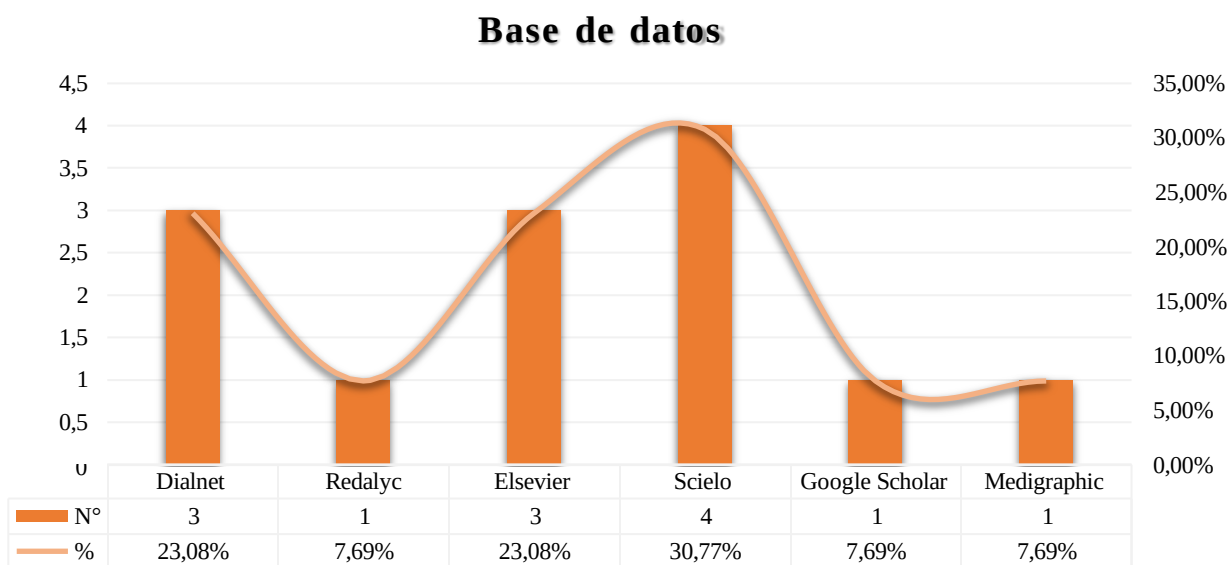


		(2014)			
9	Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de Manzanillo	Soler et al. (2021)	Revista Información Científica	Scielo	Cuba
10	Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial	(Soto, 2018)	Revista Médica Clínica de las Condes	Elsevier	Chile
11	Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso	Zurera et al. (2014)	Enfermería Nefrológica	Scielo	España
12	Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es	Menéndez et al. (2016)	Revista Española de Cardiología	Elsevier	España
13	Adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial, Asunción 2022.	Recalde et al. (2023)	Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna	Scielo	Paraguay



Tabla 2. Base de datos.

Base de datos	N°	%
Dialnet	3	23,08%
Redalyc	1	7,69%
Elsevier	3	23,08%
Scielo	4	30,77%
Google Scholar	1	7,69%
Medigraphic	1	7,69%
TOTAL	13	100,00%



Fuente: Base de datos.

Autora: Mildred Vera.

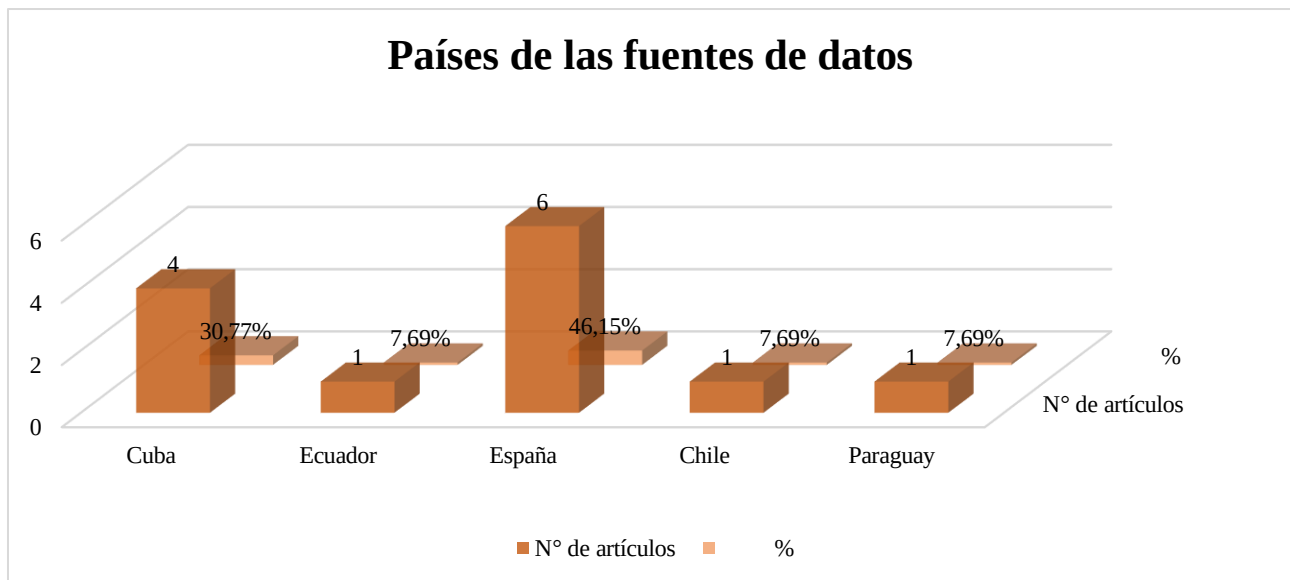
3.1.2. Análisis de la información. Base de datos

Al analizar las bases se aprecia que Scielo (4) 30,77% es la base de datos con mayor porcentaje, seguido de Elsevier (3) 23,08% y Dialnet (3) 23,08%; el menor porcentaje lo obtuvieron las siguientes bases de datos: Google Scholar (1) 7,69%, Medigraphic (1) 7,69% y Redalyc (1) 7,69%. En base a esto se puede apreciar que existe una mayor cantidad de estudios en la base de datos Scielo seguido de Elsevier, los cuales se han interesado más en abordar

investigaciones relacionadas al abandono del tratamiento de la hipertensión arterial e ir creando y dar paso a desarrollar estrategias para disminuir aquellos.

Tabla 3. Países: Fuentes de información

Países de la fuente de información	N° de artículos	%
Cuba	4	30,77%
Ecuador	1	7,69%
España	6	46,15%
Chile	1	7,69%
Paraguay	1	7,69%
TOTAL	13	100,00%



Fuente: Países de las fuentes de datos

Autora: Mildred Vera

3.1.3. Análisis de la información de los países.

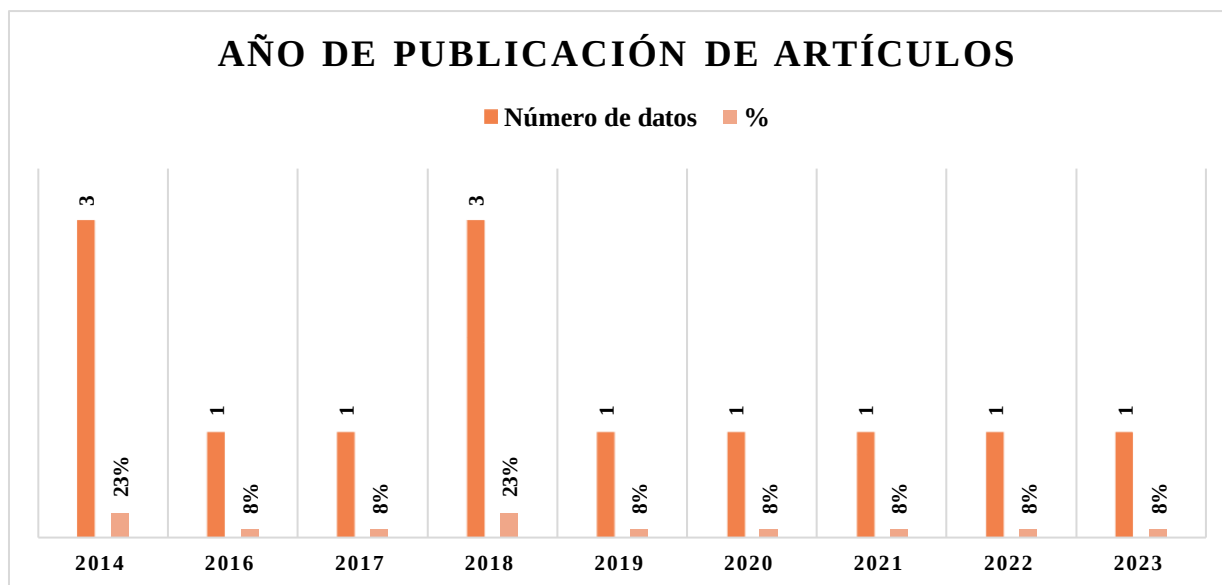
En base a los artículos revisados se puede recalcar que existe mayor información disponible en España (6) 46,15%, seguido de Cuba (4) 30,77%, por último, Ecuador (1) 7,69%, Chile (1) 7,69% y Paraguay (1) 7,69% que obtuvieron igual porcentaje.



Tomando en cuenta esto, se evidencia la pertinencia e importancia de seguir realizando estudios en países de América del Sur debido a la escasez de información, por lo que resulta necesario unir esfuerzos para seguir realizando investigaciones que permitan generar más datos significativos y seguir aportando positivamente para resolver esta problemática planteada sobre el abandono del tratamiento hipertensivo. Además la falta de datos suficientes representa una barrera significativa para promover la salud cardiovascular en esta región.

Tabla 4. Año de publicación de los artículos científicos.

Año de publicación	Número de datos	%
2014	3	23%
2016	1	8%
2017	1	8%
2018	3	23%
2019	1	8%
2020	1	8%
2021	1	8%
2022	1	8%
2023	1	8%
TOTAL	13	100%



Fuente: Países de las fuentes de datos

Autora: Mildred Vera

3.1.4. Análisis de la información del año de publicación de los artículos.

Al realizar las revisiones de los artículos se puede observar la variedad notable de información recopilada que se presenta a través de los años, resaltando principalmente los años 2014 (3) y 2018 (3) ambos con 23% como períodos de alta relevancia en cuanto a la disponibilidad de datos. Luego los siguientes años: 2016, 2017, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 mantuvieron el mismo porcentaje cada uno: 8%.

3.2. Tabla 5. Principales factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial.

N° de orden	Título	Autor y Año	Nombre de la Revista	Base de datos	País	Factores
1	Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo	Jiménez et al. (2017)	CorSalud. Revista de Enfermedades Cardiovasculares.	Dialnet	Cuba	- Olvido. - No respeta el horario. - Abandono por mejoría. - Abandono por reacciones adversas. - Seguimiento inadecuado. - Polifarmacia.
2	Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores	Garcés et al. (2020)	Revista Latinoamericana de Hipertensión.	Redalyc	Ecuador	- Olvido. - Nivel socioeconómico - Falta de apoyo familiar. - Nivel de educación del paciente. - Percepción de sentir mejoría - Polifarmacia. - Mala relación médico- paciente.
3	Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA)	Gorostidi et al. (2022)	Hipertensión y Riesgo vascular.	Elsevier	España	- Edad - Dificultad para cambiar el estilo de vida. - Factores socioeconómicos. - Tratamiento individualizado
4	Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas	Libertad et al. (2014)	Revista -cubana de Salud Publica	Scielo	Cuba	- Factores socioeconómicos. - Factores relacionados con el sistema de salud. - Presencia de efectos secundarios o indeseables. - Apoyo familiar - Conocimientos del paciente.



5	Enfermería y educación: Adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial	Martínez et al. (2018)	European Journal of Health Research	Dialnet	España	- Nivel socioeconómico. - Nivel de educación del paciente. - Complejidad del tratamiento. - Relación del profesional sanitario con el paciente.
6	Factores de Riesgo asociados a la Hipertensión Arterial en adultos	Polo et al. (2018)	Revista Navarra Médica	Google Scholar	España	- Dificultad para cambiar estilo de vida. - Apoyo familiar
7	Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019	Ramírez et al. (2020)	Revista Cubana de Farmacia	Medigraphic	Cuba	- Olvido. - Por sentirse bien. - Desconocimiento - Polifarmacia - Malestar por factores adversos
8	Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico	Rodríguez et al. (2014)	Pharmaceutical Care	Dialnet	España	- Olvido - Edad avanzada - Descuido de horarios - Polifarmacia. - Apoyo familiar
9	Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de Manzanillo	Soler et al. (2021)	Revista Información Científica	Scielo	Cuba	- Nivel socioeconómico. - Desconocimiento del paciente - Dificultad para cambiar estilo de vida. - Mala relación médico – paciente. - Efectos secundarios de los fármacos

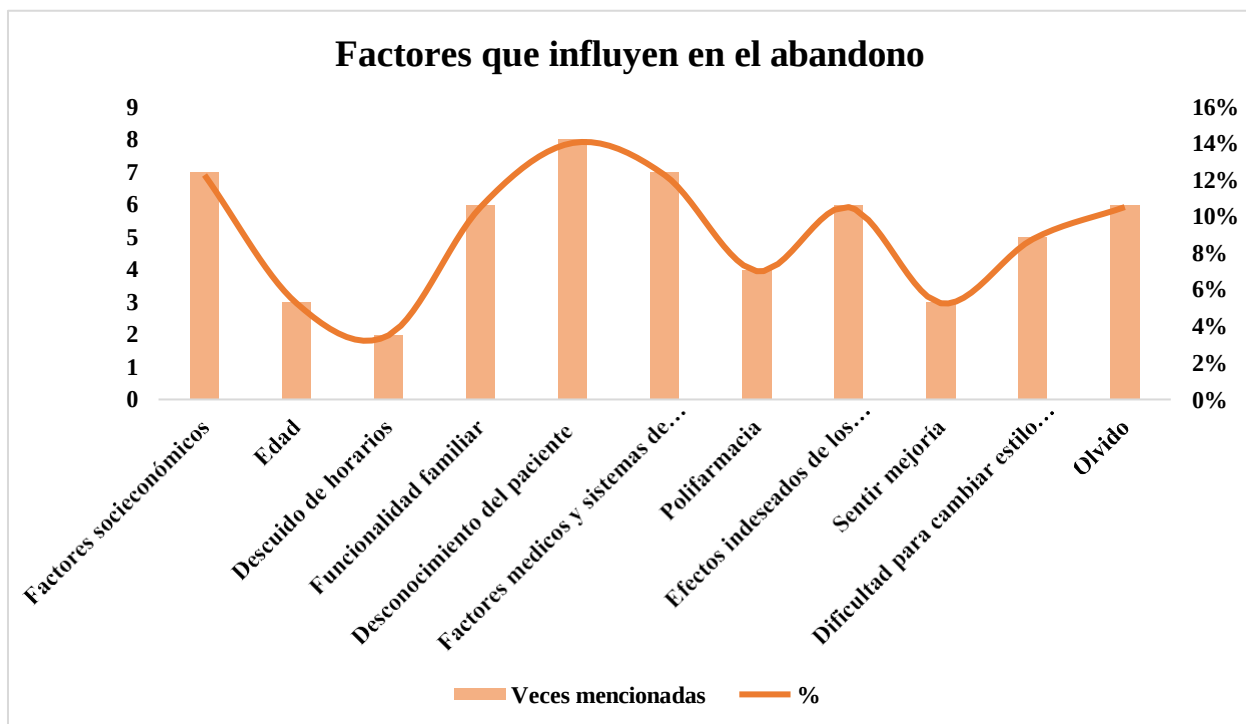


10	Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial	(Soto, 2018)	Revista Médica Clínica de las Condes	Elsevier	Chile	- Dificultad para llevar un estilo de vida saludable. - Apoyo familiar.
11	Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso	Zurera et al. (2014)	Enfermería Nefrológica	Scielo	España	- Olvido - Apoyo familiar - Factores económicos - Desconocimiento del paciente - Dificultad para realizar cambios en el estilo de vida. - Relación del paciente con el equipo sanitario.
12	Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es	Menéndez et al. (2016)	Revista Española de Cardiología	Elsevier	España	- Nivel educativo - Factores socioeconómicos. - Edad.
13	Adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial, Asunción 2022.	Recalde et al. (2023)	Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna	Scielo	Paraguay	- Olvido - Reacciones adversas - Efectos secundarios - Desconocimiento.



Tabla 6. Factores identificados que influyen en el abandono del tratamiento de la hta.

Factores que influyen en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial	Veces mencionadas	%
Factores socioeconómicos	7	12%
Edad	3	5%
Descuido de horarios	2	4%
Funcionalidad familiar	6	11%
Desconocimiento del paciente	8	14%
Factores médicos y sistemas de atención médica	7	12%
Polifarmacia	4	7%
Efectos indeseados de los medicamentos	6	11%
Sentir mejoría	3	5%
Dificultad para cambiar estilo de vida	5	9%
Olvido	6	11%
Total, de veces mencionadas	57	100%
Total, de artículos utilizados	13	





Fuente: Factores que influyen en el abandono del tratamiento de la hta.

Autora: Vera Cedeño Mildred.

2.2.1. Análisis: Factores que influyen en el abandono del tratamiento de la hta.

Acorde al análisis realizado se puede identificar que los factores que mayormente inciden en el abandono del tratamiento antihipertensivo es el nivel educativo del paciente, el cual ha sido mencionado 8 veces correspondiente al 14%; seguido por factores socioeconómicos y los factores médicos y sistemas de atención médica ambos 7 veces mencionados con el 12%, la funcionalidad familia y los efectos indeseados de los medicamentos; y el olvido también tuvieron una importante incidencia siendo mencionados 6 veces correspondiente al 11% cada uno; otro factor relevante es que los pacientes también abandonan el tratamiento por la dificultad que conlleva cambiar el estilo de vida, con un total de 5 veces mencionada correspondiente al 9%. Dentro de este análisis también se encontró que la polifarmacia también incide, con un total de 4 veces mencionadas (7,00%); seguido de la edad y el hecho de sentir mejoría con 3 menciones correspondientes al 5% cada una; por último, el descuido de horarios 2 menciones (4%).

2.3. Tabla 7. las principales estrategias que se pueden implementar

N° de orden	Título	Año de publicación	Nombre de la Revista	Base de datos	País	Principales Estrategias.
1	Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo	Jiménez et al. (2017)	CorSalud. Revista de Enfermedades Cardiovasculares.	Dialnet	Cuba	Programa educativo en el que incluía: - Curso de postgrado para médicos de la atención primaria. - Charlas educativas - Brindar información oportuna
2	Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores	Garcés et al. (2020)	Revista Latinoamericana de Hipertensión.	Redalyc	Ecuador	- Implementación de programas de salud - Seguimiento personalizado de los pacientes. - Implementar la educación farmacéutica - Utilizar recordatorios mediante mensajes, llamadas y alarmas. - Apoyo familiar
3	Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA)	Gorostidi et al. (2022)	Hipertensión y Riesgo vascular.	Elsevier	España	- Seguimiento personalizado - Realizar planes terapéuticos individualizados. - Fomentar una buena y continua comunicación con el paciente.
						- Capacitaciones dirigidas a los profesionales de salud - Lograr una buena relación de comunicación entre profesionales de salud y pacientes. - Hacer partícipe al paciente de la decisión del plan terapéutico. - Recomendar el uso de recordatorios escritos o de otro tipo que apoye la



4	Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas	Libertad et al. (2014)	Revista -cubana de Salud Publica	Scielo	Cuba	toma de medicamentos en el horario establecido. - Aconsejar más la utilización de herramientas, como los pastilleros - Intervenciones psicológicas individualizadas, por el personal de salud.
5	Enfermería y educación: Adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial	Martínez et al. (2018)	European Journal of Health Research	Dialnet	España	- Brindar información adecuada sobre la enfermedad. - Educar al paciente. - Seguimiento personalizado. - Llevar una buena relación profesional-paciente.
6	Factores de Riesgo asociados a la Hipertensión Arterial en adultos	Polo et al. (2018)	Revista Navarra Médica	Google Scholar	España	Desarrollar proyectos educativos dirigidas a la población más vulnerable.
7	Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019	Ramírez et al. (2020)	Revista Cubana de Farmacia	Medigraphic	Cuba	Seguimiento personalizado
8	Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico	Rodríguez et al. (2014)	Pharmaceutical Care	Dialnet	España	- Estrategias técnicas. - Estrategias educativas. - Estrategias conductuales. - Tratamiento de observación directa - Estrategias de apoyo social. - Estrategias dirigidas a profesionales.
9	Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de Manzanillo	Soler et al. (2021)	Revista Información Científica	Scielo	Cuba	Programa educativo
10	Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial	(Soto, 2018)	Revista Médica Clínica de las Condes	Elsevier	Chile	- Programas estructurados de rehabilitación cardíaca - Motivaciones al paciente

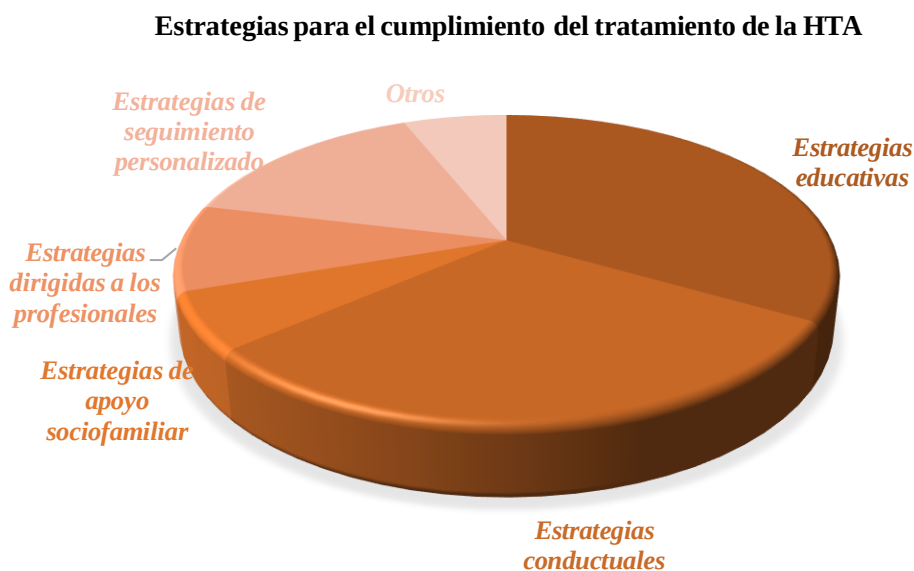


11	Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso	Zurera et al. (2014)	Enfermería Nefrológica	Scielo	España	Conocer las motivaciones personales, que intervienen en la modificación de los hábitos, adherencia y conocimiento de la enfermedad.
12	Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es	Menéndez et al. (2016)	Revista Española de Cardiología	Elsevier	España	Programas educativos
13	Adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial, Asunción 2022.	Recalde et al. (2023)	Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna	Scielo	Paraguay	- Medir conductas de pacientes en ambientes hospitalarios durante su consulta con el especialista en hipertensión - Charlas y programas educativos



Tabla 8. Principales estrategias identificadas para la adherencia del tratamiento antihipertensivo.

Principales estrategias para el cumplimiento del tratamiento de la HTA	Veces mencionadas	%
Estrategias educativas	11	33%
Estrategias conductuales	10	30%
Estrategias de apoyo sociofamiliar	2	6%
Estrategias dirigidas a los profesionales	3	9%
Estrategias de seguimiento personalizado	5	15%
Otros	2	6%
Total, veces mencionadas	33	100%
Total, artículos utilizados	13	



Fuente: Estrategias para el cumplimiento del tratamiento de la Hipertensión Arterial.

Autora: Vera Cedeño Mildred.



2.3.1. Análisis de la información: Estrategias para el cumplimiento de la Hipertensión Arterial.

De acuerdo con este análisis se puede observar que la estrategia con mayor relevancia para que el paciente hipertenso se adhiera al tratamiento es la educativa siendo esta mencionada 11 veces con un porcentaje que representa el 33%, seguido a este con 10 menciones y con el 30% se encuentran las estrategias conductuales; las estrategias de seguimiento personalizado fueron mencionadas 5 veces con un porcentaje del 15%, seguido a esta se encuentra las estrategias dirigidas a los profesionales de salud con 3 menciones representando al 9%, por último se encontró que las estrategias de apoyo sociofamiliar tan solo se mencionaron 2 veces con un porcentaje del 6%, además se encontraron otros factores con un total de 2 menciones con el 6%.

Siendo las estrategias educativas y las estrategias conductuales las más relevantes lo que nos puede sugerir que estas tienen un impacto significativo debido a su capacidad de abordar múltiples aspectos que resultan claves para el cuidado del paciente, ya que les proporcionará a estos el conocimiento necesario para gestionar su condición de manera efectiva.

2.4. Discusión.

La hipertensión arterial impacta negativamente en todos los entornos de la vida del paciente, quien es responsable de su propio cuidado; es un problema grave, ya que, una vez establecida la patología, esta acompañará al paciente durante toda su vida, incluso podría empeorar. No obstante, las conductas de las personas juegan un papel fundamental para la adecuada adhesión al tratamiento y tener óptimos resultados en cuanto al control de la enfermedad.

Considerando que en el año 2020 se realizó un estudio bibliométrico para analizar la evolución de la investigación sobre la hipertensión arterial, los resultados obtenidos demostraron que Estados Unidos fue, sistemáticamente, el principal contribuyente de información sobre la hipertensión arterial, seguido de Japón, Reino Unido, China y una producción, relativamente estable en Alemania e Italia durante el período de estudio. Acosta (2021). Lo cual evidentemente no coincide con la presente investigación ya que, en esta, existe mayor información sobre la hipertensión arterial en España, seguido de Cuba y otros países (Ecuador, Chile y Paraguay); hecho que no permite el reconocimiento suficiente a la producción científica sobre hipertensión

arterial en Latinoamérica, sin embargo, con ello se evidencia la importancia de seguir realizando estudios que permitan generar más información datos significativos en cuanto a la hipertensión arterial.

En un estudio reciente realizado por Recalde et al. (2023) aplicando el test de Morinsky-Green detectó que 60% de los sujetos olvida de tomar su medicación, dato que coincide con esta investigación, siendo la principal causa de la no adherencia del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial, y entre las causas más comunes también se encuentra los factores socioeconómicos, aunque esta varía considerablemente del país; la adherencia es un desafío de considerable complejidad y magnitud, con diversas causas interrelacionadas, que deberán investigarse en cada paciente; además requiere la colaboración unificada de todos los profesionales de la salud para explorar y proponer mejoras efectivas.

Según las investigaciones de Soler et al. (2021) con su estudio de intervención, cuasi experimental, en el período septiembre 2018 - abril 2019, antes de aplicar el programa educativo predominaron los pacientes no adheridos al tratamiento con un 61,1 %, seguido de los que presentaron una adherencia parcial. Al finalizar el programa predominaron los pacientes con una adherencia parcial (55,6 %) lo cual indica que realizar programas educativos resulta muy útil para que el paciente conozca mejor la patología, su tratamiento y complicaciones, este estudio coincide con los resultados sobre las principales estrategias para la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, ya que, en la presente investigación, predominó la aplicación de estrategias educativas con un 33%, además mediante estas se induce a las estrategias conductuales la cual también tiene una gran incidencia con un 30%. Además de esclarecer dudas y desmentir mitos que suelen tener los pacientes acerca de la enfermedad, los programas educativos enseñan habilidades prácticas de autogestión, como por ejemplos, la monitorización regular de la presión arterial y la dieta adecuada. Más allá de una educación puramente informativa, estos programas ofrecen apoyo emocional y motivacional, fortaleciendo la confianza del paciente y promoviendo un sentido de empoderamiento en la gestión de su propia salud. Entonces los programas educativos no solo informan, sino que también inspiran y capacitan a los pacientes, mejorando significativamente su adherencia al tratamiento y, en última instancia, sus resultados de salud.

CAPÍTULO IV: DISEÑO DE LA PROPUESTA

Título de la propuesta

Protocolo de Estrategias para la disminución de factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial.

Objetivo general del protocolo

Optimizar el control del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial con el fin de evitar complicaciones que pongan en peligro la vida de estas.

Objetivos específicos

- Aportar soluciones estratégicas prácticas de que contribuyan a mantener controlado el tratamiento de la hipertensión arterial.
- Identificar la adherencia que tiene el paciente al tratamiento antihipertensivo.
- Destacar la importancia de la adherencia del tratamiento de la hipertensión arterial.
- Evitar las complicaciones de alto riesgo en los pacientes hipertensos.

Fundamentación del protocolo

La hipertensión arterial es un problema de salud pública importante, y además es el factor de riesgo cardiovascular modificable más común; adicionalmente, es la tercera causa de muerte en el mundo a la que se le atribuye una de cada ocho muertes globales y en diferentes regiones del mundo, ya sea en países de ingresos altos o medios-bajos (Gómez et al. 2019).

Por lo anterior, resaltando que la hipertensión arterial es la tercera causa de muerte en el mundo, además considerando que una hipertensión arterial mal controlada disminuye la calidad de vida del paciente, incluso llevar a la persona que la padezca a la muerte; resulta de vital importancia abordar este tema, ya que aplicando estrategias podremos maximizar el efecto del manejo de la hipertensión y evitar complicaciones de alto riesgo para el paciente.

El presente documento es un protocolo que brinda lineamientos para estrategias aplicables en la promoción de salud y control en pacientes con hipertensión arterial, según las necesidades de cada uno de ellos.

Alcance



Dirigida a profesionales de la salud, implicados en los tres niveles de atención involucrados en la promoción de la salud, diagnóstico, manejo y seguimiento de pacientes con hipertensión arterial, especialmente a aquellos hipertensos propensos a abandonar totalmente el tratamiento.

Estructura del protocolo

- Portada
- Índice
- Introducción
- Objetivo general
- Objetivos específicos
- Alcance
- Glosario de términos
- Desarrollo
- Bibliografía
- Anexos

Conclusiones

Bajo el análisis de los fundamentos teóricos planteados en esta investigación se identificaron las principales bases de datos con información relacionada a las estrategias para la disminución de factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial; además del año y país. La base de datos que aportó más información en esta investigación fue: Scielo, Elsevier y Dialnet. En cuanto al año, se encontró una mayor disponibilidad de datos en los años 2014 y 2018. Con respecto al país, se halló mayor información disponible en España. Por lo que se destaca una notable necesidad de seguir investigando sobre la hipertensión arterial, para actualizar constantemente todo lo relacionado a esta patología, además de recalcar la importancia de seguir realizando investigaciones en latinoamerica, ya que conocer la prevalencia y los factores de riesgo específicos en la población local permitirá desarrollar estrategias de prevención, tratamiento, controles y estrategias de adherencia aún más efectivas.

En cuanto a los factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial, se determinó que el principal es el desconocimiento por parte del paciente y también los factores relacionados a los sistemas de atención médica, haciendo énfasis a la teorizante de Promoción de Salud de Nola Pender, quien ofrece elementos teóricos apropiados para implementar y evaluar comportamientos adecuados encaminados hacia la promoción de la salud, y mediante este modelo se pueden sentar bases para aplicar programas educativos, fusionándose además con la teorizante del autocuidado de Dorothea Orem, para lograr modificar conductas de riesgo de salud de cada paciente.

Además, acorde a esta investigación se identificó las principales estrategias que se pueden aplicar en pacientes propensos o que ya son no adherentes al tratamiento antihipertensivo. Los resultados arrojaron que las estrategias con mayor relevancia y efectividad para que el paciente hipertenso se adhiera al tratamiento son las educativas y las conductuales. Como consecuencia a estos datos se obtuvo la información necesaria para elaborar un protocolo de estrategias.

Finalmente, gracias a la recolección de datos de esta investigación, se efectuó la propuesta: “Protocolo de estrategias para la disminución de factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial”, el cual permitirá optimizar el control del tratamiento de los pacientes hipertensos.



Recomendaciones

- Se recomienda un trabajo interdisciplinario, en el que deberán estar involucrados los médicos, enfermeros, nutricionistas y psicólogos para llevar un correcto manejo y control del tratamiento del paciente hipertenso, logrando asegurar un enfoque personalizado y efectivo, acorde a las necesidades de cada paciente.
- Se sugiere que se fomente la educación del paciente, aunque esto implique aumentar el tiempo dedicado por el profesional sanitario a este, ya que resultará crucial que el paciente obtenga toda la información necesaria respecto a la enfermedad, como las complicaciones, el tratamiento, la importancia de un correcto control y adoptar un estilo de vida saludable.
- Es importante que el personal sanitario esté en constante formación y actualización, para mantenerse informado de los últimos avances, guías de tratamiento, control o estrategias para garantizar la efectividad de la adherencia en el paciente, además de proporcionar servicios de atención de calidad.
- Recomendando la revisión y validación del protocolo elaborado mediante esta investigación ya que cumple con todos los lineamientos relacionados al manejo y control de hipertensión arterial, especialmente a la adherencia al tratamiento con el objetivo de evitar que el paciente abandone la terapia antihipertensiva y evitar complicaciones que pongan en riesgo su integridad.

Bibliografía

- Alvia, K., Irigoyen, B., & Zambrano, V. (30 de Enero de 2022). *Protocolo de administración correcta de medicamentos. Hospital Napoleon Dávila Cordova MSP*. Obtenido de https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/7-administracion_correcta_de_medicamentos.pdf
- Ávila, D., Bustos , C., Gonzáles , K., & Tandazo, B. (3 de Julio de 2023). ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS DEL PERSONAL DE UNA UNIVERSIDAD ECUATORIANA. *Enfermería Investiga*, 8(3). Obtenido de Adherencia terapéutica en la hipertensión arterial y diabetes mellitus del personal de una universidad ecuatoriana: <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v8i3.2108.2023>
- Bohórquez, M. (2014). *Uso adecuado de medicamentos en pacientes inscritos en el programa de hipertensión arterial de la ESE hospital San Vicente de Paul Municipio de Pueblo Rico - Antioquia*. Obtenido de <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/2804/1039421424.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Bueno Franco, P. (11 de Junio de 2019). *Intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento: Revisión de los resultados publicados*. Obtenido de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/92094/BUENO%20FRANCO%2C%20PAOLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cabrera Llano, S., Gálvez Moya, M., & Ramos Hurtado, I. (Septiembre de 2013). Promoción de salud mediante la aplicación de programas educativos: Experiencias de un decenio. *Medicentro Electrónica*, 17(3). Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000300005
- Cajal, A. (1 de Enero de 2023). *Lifeder*. Obtenido de Nola Pender: biografía y teoría de la promoción de la salud: <https://www.lifeder.com/nola-pender/>
- Canga, A., & Esandi, N. (Agosto de 2016). La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(2).



Obtenido de Scielo: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200016

Cuervo, R. (Diciembre de 2009). *Alcohol y tabaco en la patología cardiovascular*. Obtenido de Fundación BBVA: https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap65.pdf

Deroncele Acosta, A. (1 de Diciembre de 2021). La producción científica de investigadores cubanos sobre hipertensión arterial en Scopus. *Revista Cuabna de Medicina*, 60(4). Obtenido de La producción científica de investigadores cubanos sobre: <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/2296/2207>

Díaz Sánchez, M. (2015). *Estudio comparativo de mejora en la adherencia terapéutica entre España y Portugal*. Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/13261/TFG-H347.pdf?sequence=1>

DiCaro, V. (Marzo de 2012). *Tesis de internet. Universidad Abierta Interamericana*. Obtenido de Adherencia a las medidas de prevención y tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes mayores de 65 años: <https://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111904.pdf>

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (Junio de 2009). Elsevier. *Atención Primaria*, 41(6). Obtenido de Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherenciapersistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>

Ferrer, E. (3 de Noviembre de 2021). *Salud BLOGS MAPFRE*. Obtenido de Hipertensión y ejercicio físico, todos los beneficios: <https://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/deporte-y-salud/hipertension-y-ejercicio/>

Garcés Ortega, J. P., Quillupangui Ramón, S. M., Delgado Astudillo, E. P., Sarmiento Ávila, S. A., Samaniego Vásquez, X. S., García Solórzano, G. A., . . . Pañi Panamá, J. C. (1 de Febrero de 2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de hipertensión*, 1. doi:<https://zenodo.org/records/4484355>



- González Rodríguez, R. (Diciembre de 2016). *Factores de riesgo de hipertensión arterial en adolescentes*. Obtenido de Revista Finlay: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/449/1529>
- Gorostidi, M., Gijón, T., De la Sierra, A., Rodilla, E., Rubio, E., Vinyoles, E., . . . García, J. (Diciembre de 2022). Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 39(4). Obtenido de Elsevier: <https://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-guia-practica-sobre-el-diagnostico-S1889183722000666>
- Gualotuña Alcívar , C., & Córdova Alarcon , S. (Octubre de 2018). *Identificación del porcentaje de pacientes adultos mayores con mala adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados en la consulta externa de medicina interna de un hospital público de la ciudad de Quito en el primer semestre del 2018*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15557/TESIS%20MALA%20ADHERENCIA%20EN%20HTA%20EN%20EL%20AM%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jiménez Fernández , L., Siverio Mota, D., Chala Tandrán, J., Brito Ferrer , Y., & Armada Esmores, Z. (Marzo de 2017). Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. *CorSalud*, 9(1). Obtenido de Co: <https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/211>
- Juraschek, S., Miller, E., Weaver, C., & Appel, L. (12 de Diciembre de 2017). Efectos de la reducción de sodio y la dieta DASH en relación con la presión arterial inicial. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(23). Obtenido de Elsevier: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109717410989?via%3Dihub>
- Lemus, T., & Castillo, J. (Marzo de 2013). *Estudios sobre las bases genéticas de la hipertensión arterial*. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-



03002013000100002#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20esencial%20se ,riesgo%20y%20determinada%20susceptibilidad%20gen%C3%A9tica.

Libertad de los Ángeles, M., Grau Ábalo, J. A., & Espinosa Brito, A. D. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*. Obtenido de Revista cubana de salud publica.: <https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2014.v40n2/222-238/es>

Martínez Uceda, J. L., Llovet Romero, L. E., & Ariza Riera, T. (2018). Enfermería y educación: Adherencia al tratamiento en la Hipertensión Arterial. *European Journal of Health Research*, 4(1). Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7039096>

Menéndez, E., Delgado, E., Fernández, F., Prieto, M., Bordiú, E., Calle, A., . . . Soriguer, F. (Junio de 2016). Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. *Revista Española de Cardiología*, 69(6). Obtenido de Revista española de cardiología: <https://www.revespcardiol.org/es-prevalencia-diagnostico-tratamiento-control-hipertension-articulo-S030089321600035X>

Ministerio de Salud Pública. (18 de Diciembre de 2015). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Ley Orgánica de Salud: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>

Ministerio de Salud Publica. (1 de Junio de 2021). *Manual atención farmacéutica en las farmacias de la red de salud*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/>

Miño, L. M., Torales, J. M., García, L. B., & Centurión, O. A. (Marzo de 2021). Manejo terapéutico farmacológico actual en la hipertensión arterial sistémica del adulto. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 8(1). Obtenido de Scielo: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932021000100142

Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (Diciembre de 2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3). Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

OMS. (16 de Marzo de 2023). *Hipertensión*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Hipertensión*. Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Hipertensión*. Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_1

Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>

Organización Panamericana de la Salud. (Mayo de 2017). *Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números*. Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es#gsc.tab=0

Organización Panamericana de la Salud. (16 de Mayo de 2023). *Informe de Ecuador: Mejorando la salud cardiovascular desde comunidades locales hasta el nivel nacional con un enfoque participativo*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/16-5-2023-informe-ecuador-mejorando-salud-cardiovascular-desde-comunidades-locales-hasta>

Organización Panamericana de Salud. (2020). *Día Mundial de la Hipertensión 2020*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-hipertension-2020#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20afecta%20m%C3%A1s,insuficiencia%20card%C3%ADaca%20y%20la%20demencia.>

Padrón Quezada, F. R., Peña Cordero, S., & Salazar Torres, K. (2017). Funcionalidad familiar asociado al cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial crónica; Comunidad Coyoctor, 2015. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(3). Obtenido de Revista Latinoamericana de hipertensión: <https://www.redalyc.org/pdf/1702/170252187001.pdf>

Peraza de Aparicio, C. X., Benítez de Hernández, F. J., & Galeano Tamayo, Y. (2 de Diciembre de 2019). Modelo de promoción de salud en la Universidad Metropolitana de Ecuador.



- MediSur, 17(6). Obtenido de Scielo:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000600903
- Pfizer. (2018). *III Foro diálogos pfizer-pacientes*. Obtenido de La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>
- Pilataxi Navarrete, R. P. (Octubre de 2018). *Factores que inciden en el abandono al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al centro de salud tipo "A" de Mulliquindil Santa Ana del cantón Salcedo*. Obtenido de
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28694/1/PAULINA%20PILATAXI.pdf>
- Polo, A., Martinez, F., Vega, M., Vargas, Y., Laverde, L., & Tafurt, Y. (09 de Julio de 2018). *Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos*. Obtenido de Revista Navarra Médica:
<https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/a4-v4-n1-2018>
- Ramírez Pérez, A., Ramírez Pérez, J. F., & Borrel Zayas, J. C. (14 de Septiembre de 2020). Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. *Revista Cubana de Farmacia*, 53(1). Obtenido de <https://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/385>
- Recalde Mello, L., Argüello Batista, V., Báez Morínigo, P. E., Benítez Florentín, C. D., Cubelli Alvarenga, M. J., Jara Cabrera, N. M., . . . Sánchez Rotela, P. S. (Marzo de 2023). Adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial, Asunción 2022. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 10(1). Obtenido de http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932023000100011
- Rodríguez, M., Pérez, E., García, E., Rodríguez, A., Martínez, A., & Faus, M. (05 de Abril de 2014). *Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico*. Obtenido de Pharmaceutical Care:
<https://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/download/176/156>



- Rojas, N., Del Rio, G., & Hernandez, A. (Enero de 2023). *Factores de riesgo tradicionales de enfermedad cardiovascular en el adulto mayor y su valor predictivo*. Obtenido de Revista cubana de medicina.: <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/2982>
- Ruiz Loscertales , H. (2017). *Los sistemas personalizados de dosificación y su aportación a la seguridad de los pacientes*. Obtenido de https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/404843/HRL_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Soler, R., Soler, M., Pérez, E., Rodríguez, R., & Castañeda, M. (Junio de 2021). Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de Manzanillo. *Revista Información Científica*, 100(3). Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000300007
- Soto, J. R. (Febrero de 2018). Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(1). Obtenido de Elsevier: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-tratamiento-no-farmacologico-de-la-S0716864018300051>
- Valle, A. (2022). *La raza como factor de riesgo cardiovascular*. Obtenido de Fundación española del corazón : <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/marcadores-de-riesgo/raza-etnia-linaje.html#:~:text=La%20raza%20como%20factor%20de,en%20este%20grupo%20de%20poblaci%C3%B3n>.
- Zambrano, D. (18 de Mayo de 2018). *Impacto de la dieta DASH según la presión arterial basal*. Obtenido de Sociedad española de cardiología.: <https://secardiologia.es/blog/9545-impacto-de-la-dieta-dash-segun-la-presion-arterial-basal>
- Zurera Delgado, I., Caballero Villaraso, M. T., & Ruíz García, M. (2014). Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica*, 17(4). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000400003



ANEXOS

Anexo 1. Tutorías presenciales.





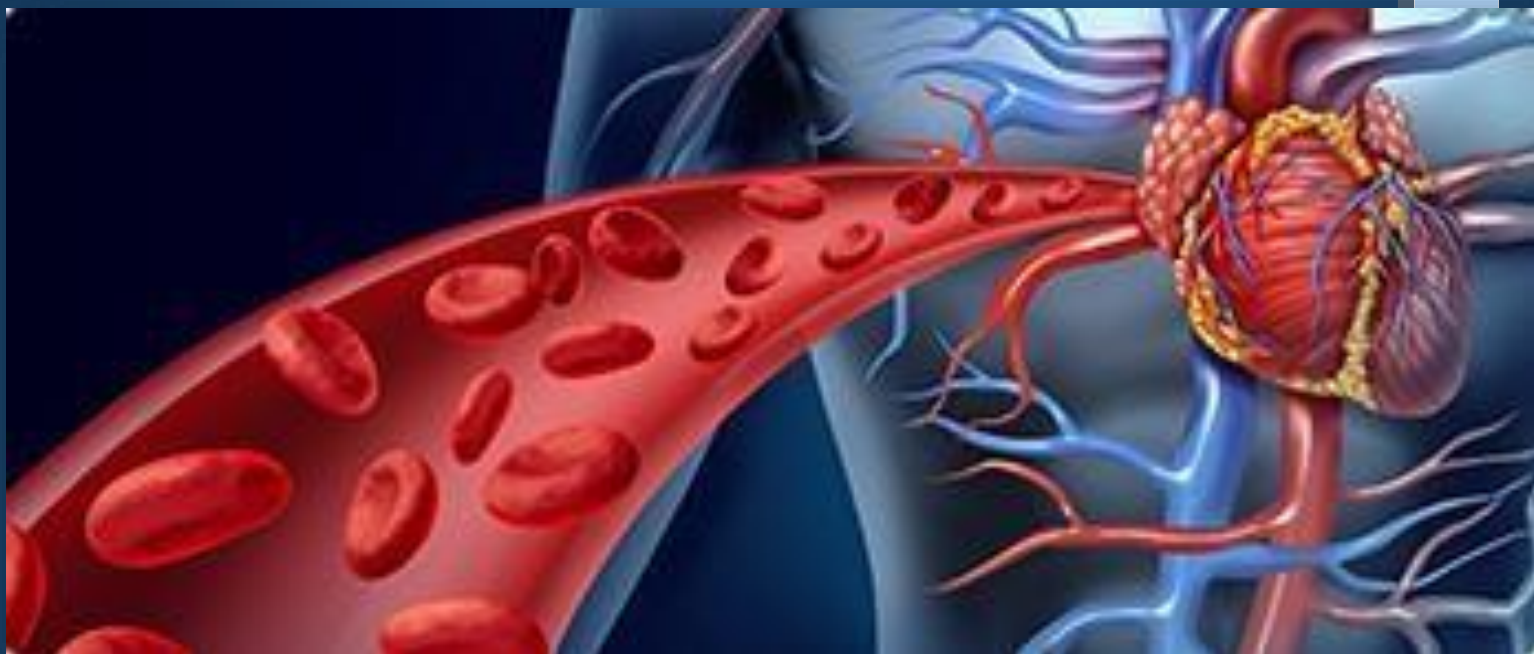
Anexo 2: Cronograma de actividades.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES														
AÑO	2023						2024							
SEMANAS – MES	AGT	AGT	SEP	SEP	NOV	DIC	EN	EN	FB	FB	MZ	MZ	AB	AB
DÍAS EN FECHA.	6-10	13-17	20-24	27-30	4-8	11-15	8-19	22-31	5-16	19-29	4-15	18-29	8-19	22-30
TAREA 1														
Actividad 1: Inicio de la revisión bibliográfica post obtención de tema.														
Actividad 2: Realización objetivo general y específicos.														
Actividad 3: Corrección de objetivos														
TAREA 2														
Actividad 1: Estructura, realización y corrección de introducción y justificación.														
Actividad 2: Estructura, realización y corrección de planteamiento del problema.														
TAREA 3:														
Actividad 1: Revisión criterios de exclusión e inclusión de los artículos científicos a utilizar.														
Actividad 2: Estructura, realización y corrección de marco teórico.														
Actividad 4: Estructura, realización y corrección de marco metodológico.														
Actividad 5: Estructura, realización y corrección de Análisis y resultados.														
TAREA 4														
Actividad 2: Estructura, realización y corrección del manual Educativo e interactivo de métodos preventivos para problemas cognitivos asociados con DM1.														
Actividad 3: Estructura, realización de conclusiones, recomendaciones.														

Anexo3: protocolo de estrategias de enfermería para lograr disminuir factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial.



Protocolo de Estrategias para la disminución de factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial



Protocolo de Estrategias para la disminución de factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial

Autora: Mildred Gisley Vera Cedeño

Revisado por: PhD. Patricia Loor Vega.

Manta – Manabí – Ecuador

Julio, 2024

La autora y la revisora declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo.

Índice

1. Introducción	6
2. Objetivos	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos.....	7
3. Alcance	8
4. Glosario de términos.....	8
5. Tratamiento	8
5.1. Tratamiento farmacológico	9
5.2. Tratamiento no farmacológico: modificación del estilo de vida	12
6. Control	13
6.2. Medidas para mejorar la metodología habitual en la medicación de la Presión Arterial en la consulta 13	
6.3. Errores comunes en la valoración de la Presión Arterial	14
6.4. Medidas para mejorar el cumplimiento terapéutico por el paciente.....	15
6.5. Medidas para optimizar el tratamiento y control de la Hipertensión Arterial.....	16
6.6. Formación continua	16
7. Falta de adherencia al tratamiento.....	17
7.1. Medir la adherencia al tratamiento	17
7.2. Métodos para medir la adherencia al tratamiento	17
8. Estrategias para promover el cumplimiento al tratamiento	21
8.1. Estrategias educativas	21
8.2. Estrategias conductuales	22
8.3. Tratamiento de Observación Directa (TOD)	25

8.4. Estrategias de apoyo social/familiar.....25

8.5. Estrategias dirigidas al equipo sanitario25

Bibliografía27

ANEXOS29

 Anexo 1.....29

 Anexo 2.....30

 Anexo 3.....31

 Anexo 4.....32

 Anexo 5.....33

1. Introducción

La hipertensión arterial es un problema de salud pública importante, y además es el factor de riesgo cardiovascular modificable más común; adicionalmente, es la tercera causa de muerte en el mundo a la que se le atribuye una de cada ocho muertes globales y en diferentes regiones del mundo, ya sea en países de ingresos altos o medios-bajos. Gómez J. et al (2019)

Por lo anterior, resaltando que la hipertensión arterial es la tercera causa de muerte en el mundo, además considerando que una hipertensión arterial mal controlada disminuye la calidad de vida del paciente, incluso llevar a la persona que la padezca a la muerte; resulta de vital importancia abordar este tema, ya que aplicando estrategias podremos maximizar el efecto del manejo de la hipertensión y evitar complicaciones de alto riesgo para el paciente.

El presente documento es un protocolo que brinda lineamientos para estrategias aplicables en la promoción de salud y control en pacientes con hipertensión arterial, según las necesidades de cada uno de ellos.

2. Objetivos.

Objetivo general:

Optimizar el control del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial con el fin de evitar complicaciones que pongan en peligro la vida de estas.

Objetivos específicos:

- Aportar soluciones estratégicas prácticas de que contribuyan a mantener controlado el tratamiento de la hipertensión arterial.
- Destacar la importancia de la adherencia del tratamiento de la hipertensión arterial.
- Evitar las complicaciones de alto riesgo en los pacientes hipertensos.

3. Alcance.

Dirigida a profesionales de la salud, implicados en los tres niveles de atención involucrados en la promoción de la salud, diagnóstico, manejo y seguimiento de pacientes con hipertensión arterial, especialmente a aquellos hipertensos propensos a abandonar totalmente el tratamiento.

4. Glosario de términos.

DASH: la abreviatura de Dietary Approaches to Stop Hypertension, que en español lo traducimos como enfoques dietéticos para detener la hipertensión.

Bata blanca: se produce cuando las lecturas de la presión arterial en el consultorio del proveedor de atención médica son más altas que en otros entornos, como en casa.

Adherencia al tratamiento: el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario

Sistema Personalizado de Dosificación: Son sistemas de postdispensación que están especialmente diseñados para facilitar la toma correcta de los medicamentos y en el cual se reacondiciona toda la medicación sólida que toma el paciente, según la pauta prescrita, y siguiendo unos protocolos normalizados de trabajo.

Efecto placebo: Es una mejoría en los síntomas de una enfermedad o una afección cuando se trata a una persona con un fármaco u otro tratamiento que esta espera que funcione, aun cuando el tratamiento no haya demostrado ser eficaz.

5. Tratamiento

Al tratarse la hipertensión arterial una enfermedad multifactorial, es importante tratar a cada paciente en función de los factores de riesgo a los que esté expuesto y sus características personales. Por un lado, tenemos el tratamiento no farmacológico y por otro, las principales líneas de actuación farmacológica en el tratamiento de paciente hipertensos.

5.1. Tratamiento farmacológico.

➤ Diuréticos.

Fármaco	Rango/dosis	Importante
Hidroclortiazida o clortalidona	12.5-50 mg/día en una dosis.	Vigilar: electrolitos
Furosemida	20-80 mg/día en una o dos dosis al día.	
Espironolactona	25-100 mg/día en una dosis.	
Efectos secundarios		
Hiperuricemia, hipopotasemia, alcalosis metabólica, impotencia, intolerancia a la glucosa, dislipemia.		

➤ IECA: Inhibidores de la enzima convertidores de la angiotensina.

Fármaco	Rango/dosis	Alerta
Captopril	12.5-150 mg/día en dos o tres veces al día.	Están contraindicados en el embarazo. Utilizar con precaución en mujeres en edad fértil, no deben ser prescritos nunca en asociación con antagonistas de los receptores de la angiotensina.
Enalapril	5-40 mg/día en una o dos dosis al día	
Ramipril	2.5-10 mg/día en una o dos al día	
Lisinopril	5-20 mg/día en una o dos dosis al día.	
Acción		
Hace bajar la presión arterial bloqueando la conversión de la angiotensina I en angiotensina II, evitando la vasoconstricción; reduce la producción de aldosterona y la retención de líquidos, bajando el volumen de líquidos que circula.		
Efectos secundarios		
Tos, hiperpotasemia, deterior de función renal, hipotensión, edema angioneurótico		

➤ BRA: Bloqueador del receptor de angiotensina.

Protocolo de estrategias para la disminución de factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial

Fármaco	Rango/dosis	Importante
Irbesartán	150-300 mg/día una vez al día	Están contraindicados en el embarazo. Utilizar con precaución en mujeres en edad fértil, no deben ser utilizados nunca en asociación con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.
Candesartán	8-32 mg/día una vez al día.	
Valsartán	80-320 mg/día una vez al día.	
Losartán	50-200 mg/día de una o dos dosis al día	
Acción		
Hace bajar la presión arterial reduciendo la reabsorción de sodio y agua por los riñones, disminuyendo así el volumen de fluido circulatorio		
Efectos secundarios		
Mareos. Demasiado potasio en la sangre. Hinchazón de la piel debido al exceso de líquidos		

➤ BCC: Bloqueadores de los canales de calcio.

Fármaco	Rango/dosis	Importante
Nifedipina Retard	30-120 mg/día en una o dos dosis al día	Vigilar un posible edema de miembros inferiores Evitar en insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida.
Verapamil	80-240 mg/día en una o dos dosis al día	Vigilar la frecuencia cardíaca. No administre este medicamento en caso de: Pacientes con bloqueo auriculoventricular.

		Evitar en insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida.
Acción		
Reduce la resistencia vascular periférica por vasodilatación sistémica		
Efectos secundarios		
Cefaleas, palpitaciones, sofocos, nicturia, hinchazón de los pies y de la parte inferior de las piernas.		

➤ **Bloqueadores de los receptores betaadrenérgicos.**

Fármaco	Rango/dosis	Importante
Atenolol	25-50 mg/día de una o dos dosis al día.	Evite la suspensión abrupta, ya que puede provocar rebote. Utilizar con precaución en pacientes con asma bronquial, bradicardia y bloqueo auriculoventricular.
Bisoprolol	5 -10 mg/día.	
Metoprolol	50-400 mg/día de una o dos dosis al día	
Propranolol	160-480 mg/día de una o dos dosis al día.	
Carvedilol	12.5-50 mg/día de una o dos dosis al día.	
Acción		
Se combina con los receptores betaadrenérgicos del corazón, arterias y arteriolas para bloquear la respuesta a los impulsos del nervio simpático; reduce la frecuencia cardíaca y por ello el gasto cardíaco		
Efectos secundarios		
Astenia, broncoconstricción, estreñimiento, dislipemias, bradicardia		

- **Importante:** La elección del tipo de fármaco será individualizada para cada paciente.

5.2. Tratamiento no farmacológico: modificación del estilo de vida.

Los cuidados, como tratamiento no farmacológico, relacionados con el estilo de vida, susceptibles de modificar por el paciente y de corresponsabilidad con el equipo sanitario, se describen a continuación:

Reducción de la ingesta de sal.

- Informar al paciente sobre la importancia de reducir o incluso llegar a eliminar el consumo de sal; mediante educación sanitaria en la consulta sobre la cantidad mínima aceptable de sal en la preparación de las comidas.
- Un bajo consumo de sal, además, favorece la efectividad de la mayoría de los fármacos antihipertensivos y previene la hipopotasemia inducida por los diuréticos
- La OMS recomienda que la ingesta diaria sea de 2g en los niños y 5g en adultos.

Fomentar la actividad física.

- Informar al paciente sobre las consecuencias que puede traer el sedentarismo y la obesidad, recalcar la importancia de adquirir nuevos hábitos que traigan efectos positivos para su propia salud.
- Recomendar al paciente que realice ejercicio físico al menos 30 minutos diarios con una intensidad moderada.
- Una bajada de tan solo 3 kg produce una caída de 4 a 7 mmHg de la presión arterial, mientras que la reducción de 12 kg produce caídas de 13 a 21 mmHg en la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD).

Modificaciones dietéticas.

- Recomendar al paciente llevar una dieta DASH debido a que esta limita los alimentos con alto contenido de grasas saturadas y azúcares añadidos

- Resulta útil como un plan de alimentación diseñado para ayudar a controlar los niveles de la presión arterial alta.

Tabaquismo.

- Se informará al paciente sobre la importancia de reducir o incluso llegar a eliminar hábito del tabaco ya que está comprobado su riesgo para la salud ya que favorece el cáncer de pulmón y otras enfermedades cardiovasculares.
- Abandonar el tabaco una de las medidas aisladas más eficaz en la prevención de enfermedades cardiovasculares y no cardiovasculares en pacientes hipertensos.
- Concienciar sobre todos los riesgos que lleva asociados el hábito de fumar

Eliminación/ reducción de alcohol.

- El consumo de más de 30 gramos de alcohol diaria aumenta la presión arterial.
- Será aún más elevado en aquellas personas o fumadoras o con colesterol elevado.

6. Control

6.2. Medidas para mejorar la metodología habitual en la medicación de la Presión Arterial en la consulta.

- Se debe estimular la creación de gabinetes de medida de la PA a cargo de profesionales de enfermería entrenados, siguiendo el mismo modelo que existe en las Unidades de Hipertensión hospitalarias.
- La medida de la PA debe normalizarse en todos los lugares donde se practica la atención sanitaria siguiendo el método consensuado y recomendado por todas las guías nacionales e internacionales.

- Sí es posible aumentar el tiempo dedicado por el profesional sanitario a dicha atención al paciente, el cual ha de estar basado en satisfacer las necesidades del paciente.
- Estimular el uso de equipos automáticos validados, tanto para la medida en la consulta y la auto medida domiciliaria por el propio paciente; para obtener resultados validos acerca del estado del paciente. **Ver anexo 1.**

Auto medida domiciliaria.

- Se debe estimular la automedida domiciliaria de la presión arterial (AMPA) para todos los pacientes en los que se ha detectado "reacción de alerta" en la medida en la consulta (HTA clínica aislada o "HTA de bata blanca").
- Se deben utilizar únicamente equipos automáticos validados. **Ver anexo 2.**
- En la mayoría de los casos los pacientes deben adquirir el equipo, aunque en situaciones excepcionales se podrán suministrar para uso temporal desde los Centros de Salud.

6.3. Errores comunes en la valoración de la Presión Arterial.

Error	Efecto
• Cámara o manguito demasiado ancho. • Cámara o manguito demasiado estrecho o corto. • Manguito enrollado demasiado suelto o desigualmente. • Desinflar el manguito demasiado lento. • Desinflar el manguito demasiado rápido. • Brazo por debajo del nivel del corazón. • Brazo por encima del nivel del corazón • Brazo no apoyado • Estetoscopio que se ajusta mal o deterioro auditivo del examinador, que causa sonidos amortiguados.	• Lectura baja falsa • Lectura alta falsa. • Lectura alta falsa. • Lectura diastólica alta falsa. • Lectura sistólica baja falsa y diastólica alta falsa. • Lectura alta falsa • Lectura baja falsa • Lectura alta falsa • Lectura sistólica baja falsa y diastólica alta falsa

• Estetoscopio aplicado demasiado apretado contra la fosa antecubital. • Inflado demasiado lento. • Repetir las valoraciones demasiado rápido • Nivel de inflado inadecuado	• Lectura diastólica baja falsa • Lectura diastólica alta falsa • Lectura sistólica alta falsa • Lectura sistólica baja falsa
---	---

Fuente: *Fundamentos de Enfermería 8va edición.*

6.4. Medidas para mejorar el cumplimiento terapéutico por el paciente.

- Es absolutamente necesario mejorar la relación médica/paciente para optimizar el cumplimiento. Ello supone disponer de más tiempo en la consulta, no sólo en la médica, sino particularmente en la consulta de enfermería. Los tiempos de dedicación deben ajustarse a las necesidades del paciente y a su capacidad de comprensión.
- La mejor forma de mejorar el cumplimiento es concienciar al paciente, implicándolo a él y a su familia en el control de su enfermedad, por lo que sería ideal es entregar un escrito al paciente sobre su situación, objetivos a alcanzar y las recomendaciones terapéuticas.
- La optimización y adaptación individualizado del tratamiento deberá ser una prioridad absoluta.
- No se debe cambiar los esquemas terapéuticos prescritos por uno u otro profesional sin el mutuo conocimiento.
- Se deberá explicar al paciente cómo se van modificando sus cifras de PA con el tratamiento prescrito por el médico e involucrar al paciente en el éxito de este.
- En la consulta médica y de enfermería deben instaurarse de manera rutinaria dos preguntas muy relevantes: 1. ¿toma usted la medicación que le han prescrito?, 2. ¿qué está tomando? Aunque la respuesta a la primera de las preguntas sea positiva, al realizar la segunda se puede detectar si el paciente no realiza el tratamiento indicado en forma

correcta. La evaluación del grado de cumplimiento en la consulta médica debe formar parte de la rutina asistencial.

6.5. Medidas para optimizar el tratamiento y control de la Hipertensión Arterial.

- Debe estimularse la recomendación de los cambios del estilo de vida en todos los pacientes hipertensos. El cambio del estilo de vida no sólo ejerce su acción beneficiosa sobre la hipertensión, sino que ayuda a corregir otros factores de riesgo y aumenta la efectividad del tratamiento farmacológico
- Los cambios del estilo de vida y sus objetivos deben definirse claramente y comunicarlos al paciente; en lo posible deben ser entregados en forma escrita y vigilados en cada consulta a fin de alcanzar los objetivos deseados en un plazo adecuado.
- Los profesionales deberían actuar conforme a guías terapéuticas o algoritmos que obliguen a modificar la conducta en los casos en que los objetivos pautados para cada paciente no hayan sido alcanzados.

6.6. Formación continua.

- Se debe estimular la formación profesional continuada divulgando los contenidos de las Guías Clínicas.
- Es necesario promover la creación de Guías más sencillas consensuadas por Sociedades Científicas implicadas.
- La formación continuada de todos los estamentos profesionales implicados en el cuidado del hipertenso debe ser pieza fundamental en el proceso de optimización de una práctica sanitaria.

7. Falta de adherencia al tratamiento

La consecuencia de la falta de adherencia al tratamiento de forma correcta se debe a que no existe un control de la enfermedad dando lugar a complicaciones, incrementando el número de visitas al médico, mayor cantidad de hospitalizaciones, requiriendo exámenes complementarios, ocasionado un gasto adicional al sistema de salud público afectando la calidad y expectativa de vida de los pacientes.

7.1. Medir la adherencia al tratamiento.

- Conocer el grado de adherencia terapéutica del paciente es de gran importancia a la hora de evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos prescritos.
- Al ser la adherencia terapéutica un comportamiento que puede variar a lo largo del tiempo, es necesario medirla y reevaluarla periódicamente.
- La adherencia al tratamiento generalmente se expresa como una variable dicotómica (adherente vs no adherente).

7.2. Métodos para medir la adherencia al tratamiento.

Los métodos para medir la adherencia al tratamiento farmacológico pueden clasificarse en dos grandes grupos:

7.2.1. Métodos directos.

- Consisten en la determinación de la concentración en alguna muestra biológica del fármaco, sus metabolitos o de algún marcador biológico. Estas técnicas no están disponibles para todos los medicamentos.
- Se incluye la terapia directamente observada (TDO) que puede ser llevada a cabo por el equipo sanitario, asistentes sociales, familiares o incluso entre los mismos pacientes.

- Los métodos directos son bastante objetivos, aunque son caros y no siempre aplicables a la práctica clínica habitual. Además, dan una respuesta simplista de sí o no sin revelar el patrón de no adherencia y sus posibles causas.

7.2.2. Métodos indirectos.

- Se incluyen la evaluación de la información proporcionada por el paciente o su cuidador a partir de la entrevista clínica o un cuestionario validado.
- tienen como ventajas la sencillez, la facilidad de aplicación en la práctica clínica diaria y un menor coste que los métodos directos.

Métodos basados en la entrevista clínica.

- Consisten en preguntar directamente al paciente sobre la estimación de su adherencia al tratamiento farmacológico.
- Se recomienda la utilización de cuestionarios para conocer la adherencia auto comunicada por parte del propio paciente.
- Estos test, generalmente, han sido validados frente a otras medidas y pueden tener varias versiones tanto para distintas poblaciones como en distintos idiomas.
- Resulta importante aplicarlos ya que estos cuestionarios pueden analizar la adherencia terapéutica en etapas diferentes: en la iniciación, en la implementación y/o en la discontinuación del tratamiento.

Principales cuestionarios utilizados:

- **Hill-Bone Compliance Scale**
 - El test analiza las barreras para la adherencia y el comportamiento de los pacientes relativos a tres aspectos del tratamiento antihipertensivo: la ingesta de sodio, el seguimiento de las visitas médicas y la toma de medicación.
 - En total, consta de 14 ítems que deben ser respondidos mediante una escala Likert de cuatro puntos (nunca, a veces, muchas veces, siempre).

- ¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación antihipertensiva?
- ¿Con qué frecuencia decide no tomar su medicación antihipertensiva?
- ¿Con qué frecuencia ingiere comida salada?
- ¿Con qué frecuencia añade sal o hierbas aromáticas a su comida antes de ingerirla?
- ¿Con qué frecuencia come comida rápida?
- ¿Con qué frecuencia coge la siguiente visita antes de salir del centro médico?
- ¿Con qué frecuencia no acude a las citas programadas?
- ¿Con qué frecuencia sale del dispensario sin obtener su medicación prescrita?
- ¿Con qué frecuencia se queda sin medicación?
- ¿Con qué frecuencia se salta su medicación antihipertensiva durante 1 o 3 días antes de acudir a la visita?
- ¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se encuentra bien?
- ¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se encuentra mal?
- ¿Con qué frecuencia toma la medicación antihipertensiva de otra persona?
- ¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se preocupa menos de ello?

- **Test de Morisky Green.**

- Consiste en realizar al paciente preguntas de respuesta dicotómica sí o no sobre sus actitudes ante la medicación de forma entremezclada durante la entrevista clínica.
- Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento
- Tiene una alta concordancia con los datos obtenidos a partir de dispositivos electrónicos o los registros de dispensación de la medicación
- Es el más recomendado para su aplicación durante la práctica clínica diaria.

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	Si	No
---	----	----

Protocolo de estrategias para la disminución de factores que inciden en el abandono del tratamiento de la hipertensión arterial

2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	Si	No
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Si	No
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Si	No
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	Si	No
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Si	No
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Si	No
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?	Nunca/Raramente... De vez en cuando... A veces... Normalmente... Siempre...	

Test de Morisky-Green

- **Otros:**
 - Cuestionario ARMS. **Ver Anexo 3.**
 - The Beliefs about Medicines Questionnaire. **Ver Anexo 4.**
 - Brief Medication Questionnaire **Ver Anexo 5.**

8. Estrategias para promover el cumplimiento al tratamiento

8.1. Estrategias educativas.

Cuando se aplican los conocimientos de educación para la salud como componente fundamental para su promoción, se pueden mantener logros en cuanto a conductas saludables en determinada población.

8.1.1. Información médica en la consulta.

- Junto con la receta debe proporcionar la información necesaria que permita al paciente una correcta adherencia al tratamiento prescrito.

8.1.2. Educación sanitaria.

- La educación sanitaria ya sea de forma individualizada o en grupos, dirigida a los pacientes constituye uno de los ejes fundamentales para conseguir un adecuado uso de los medicamentos.
- Implica una responsabilidad compartida entre profesional y paciente, para buscar un uso racional de los medicamentos, con eficacia y que permita alcanzar un adecuado cumplimiento de los tratamientos farmacológicos.
- La información aportada deberá ser adaptada a las capacidades de los pacientes, utilizando un lenguaje claro y fácil de entender.
- Los conocimientos proporcionados deben versar sobre las enfermedades de los pacientes, e incidir en los problemas que se originan cuando se produce el incumplimiento de la dosis, de la pauta o de las recomendaciones específicas de uso.
- En pacientes crónicos, la educación sanitaria debe ser continuada en el tiempo, para evitar que la monotonía conlleve a un abandono del tratamiento o al incumplimiento del mismo.

<i>Medios para proporcionar la información.</i>
- Carteles informativos sobre la adherencia a la medicación, que pueden estar expuestos en lugares visibles de los centros sanitarios.

- Dípticos, trípticos o folletos sobre la necesidad de un buen cumplimiento del tratamiento farmacológico.
- Etiquetas adhesivas con pictogramas educativos sobre precauciones de uso, efectos secundarios, condiciones de conservación, etc.
- Información en revistas de salud.
- Educación individual motivadora.
- Charlas educativas sobre cumplimiento, que se deben adaptar a las características de la población a la que van dirigidas.
- Aparición del profesional sanitario en los distintos medios de comunicación y tratar este tema.
- Uso de material audiovisual.

8.2. Estrategias conductuales.

8.2.1. Sistema Personalizado de Dosificación. (SPD)

Se clasifican de la siguiente manera:

- Según el número de días de tratamiento (uno a siete días).
- Según el número de dosis que cada dispositivo puede contener por día (una, tres, cuatro, hasta seis dosis diarias).
- Dispositivos reutilizables
- Dispositivos desechables que pueden ser termo-sellables o de sellado en frío.

Constituye una gran ayuda para aquellos pacientes que, debido a sus características o a las del tratamiento farmacológico, el médico lo considere necesario.

La decisión puede ser tomada bajo criterio profesional, hay diversos parámetros que ayudan a la decisión:

- Pacientes con problemas cognitivos.
- Pacientes de edad avanzada.

- Tratamientos con 3 o más fármacos (polimedicados).
- Pacientes sin familiar o cuidador de referencia.
- Toma de dosis irregulares.
- Pacientes de edad avanzada y olvidadizos.
- Pacientes invidentes
- El beneficio que aporta el SPD se debe a que al tener toda la medicación en este tipo de dispositivos se evitarán los olvidos, las dosificaciones defectuosas y las duplicaciones posológicas.
- Indispensable enseñar al paciente el uso del SPD, mediante un dispositivo que contenga efecto placebo y comprobar que sabe manipularlo y ha entendido las órdenes.
- **Importante:** No se debe comenzar a utilizar el SPD si el paciente no maneja y no conoce perfectamente el dispositivo. Si no fuese posible, se requeriría de un familiar o cuidador para que ayudase en la atención del paciente. El SPD facilita la labor de los cuidadores de enfermos polimedicados, siendo además este sistema demandado por los médicos de familia para mejorar el cumplimiento.

8.2.2. Sistemas de recuerdo de horarios. (SRH)

Los olvidos son más frecuentes al aumentar la complejidad del régimen terapéutico, al aumentar el número de fármacos prescritos, cuando se asocian a modificaciones del estilo de vida o cuando coincide el horario de la toma con ciertas ocupaciones. Los SRH los podemos clasificar en dos grupos principales:

1. Sistema de recuerdo de horario de la toma.
 - Alarmas horarias.
 - Llamadas telefónicas realizadas por sistemas automáticos, familiar o por sanitarios
 - Mensajes SMS a teléfonos móviles
 - Asociación de la toma de la medicación con alguna actividad cotidiana.

- Involucrar a algún miembro de la familia.
 - Mensajes de correo electrónico.
2. Sistema de recuerdo de la pauta y de instrucciones básicas.
- **Hoja de medicación o tarjetas de tratamiento.** Consisten en una ficha informativa personalizada que se entrega al paciente, que incluye el listado de fármacos prescritos, ordenados cronológicamente, así como la posología y características específicas en cuanto a su administración.
 - **Etiquetas adhesivas con pictogramas de posología.** Son instrumentos que se pegan en la caja de medicamentos, y que informan al paciente de la posología de su tratamiento.
 - **Anotación de posología y consejos de uso en la caja.** Consiste en anotar en las cajas de los medicamentos de forma breve las instrucciones básicas sobre la pauta posológica del tratamiento prescrito o indicado.
 - **Blíster calendario.** Que facilita la toma diaria de la medicación y evita duplicidades.
 - **Fichas calendario de cumplimiento para anotación de que se ha tomado la medicación.** En ellas se anotará las tomas que el paciente vaya realizando, de esta forma se evitan errores como las duplicidades y el paciente puede controlar su régimen terapéutico con más facilidad.
 - **Apps para móviles o tablets.** Una App es una aplicación de software que se instala en dispositivos móviles o tablets para ayudar al usuario en una labor concreta, ya sea de carácter profesional o de ocio y entretenimiento, en este caso para facilitar el cumplimiento.

8.3. Tratamiento de Observación Directa (TOD)

- Consiste en asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico mediante la intervención de una tercera persona que observa directamente la toma de la medicación por parte del paciente en una pauta terapéutica intermitente de dos o tres veces por semana
- Las características de la población diana del método TOD son las siguientes:
 - ✓ Pacientes con mal cumplimiento previo.
 - ✓ Pacientes que tienen dificultad en seguir otros tratamientos.
 - ✓ Usuarios de sustancias psicoactivas: alcohol, benzodiazepinas, heroína, etc.
 - ✓ Personas con trastornos mentales o psíquicos.
 - ✓ Personas que avisan desde el principio, “que son incapaces de llevar un régimen terapéutico de forma continuada”.

8.4. Estrategias de apoyo social/familiar.

- Este tipo de apoyo se entiende como un concepto de muchos componentes, incluye información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros, ya sea la comunidad, familia o amigos que tiene efectos conductuales positivos en la adherencia del paciente.
- Se puede incluir:
 - Visitas domiciliarias.
 - Terapia familiar.
 - Grupos de apoyo.

8.5. Estrategias dirigidas al equipo sanitario.

- Información a los profesionales sanitarios.
- Cursos a los profesionales sanitarios

- Recordatorios a los profesionales sanitarios
- El propio control y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios favorece el cumplimiento

Bibliografía

Dabl. (2022). *Dabl Educational Trust* . Obtenido de Classification of Sphygmomanometers:

<http://www.dableducational.org/sphygmomanometers.html>

Dabl. (2022). *Dabl Educational Trust* . Obtenido de Sphygmomanometers for Clinical Use:

http://www.dableducational.org/sphygmomanometers/devices_1_clinical.html#ManualTable

Dabl. (2022). *Dabl Educational Trust* . Obtenido de Sphygmomanometers for Self-measurement of Blood Pressure (SBPM):

http://www.dableducational.org/sphygmomanometers/devices_2_sbpm.html#ArmTable

Elsevier. (Agosto de 2006). Obtenido de Estrategias para un control eficaz de la hipertensión arterial en España. Documento de Consenso: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-estrategias-un-control-eficaz-hipertension-13090732>

Garcés Ortega, J. P., Quillupangui Ramón , S. M., Delgado Astudillo, E. P., Sarmiento Ávila, S. A., Samaniego Vásquez, X. S., García Solórzano, G. A., . . . Pañi Panamá, J. C. (11 de Noviembre de 2020). *Revista Latinoamericana de hipertensión*. Obtenido de Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores:

https://www.revhipertension.com/rlh_5_2020/4_adherencia_tratamiento_hipertension.pdf

Gómez, J. F., Camacho, P. A., López, J., & López, P. (28 de Marzo de 2019). Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. *Revista Colombiana de Cardiología*.

doi:10.1016/j.rccar.2018.06.008

Martínez Uceda, J. L., Llovet Romero , L. E., & Ariza Riera , T. (2018). *European Journal of Health Research*<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7039096>. Obtenido de

Enfermería y educación: Adherencia al tratamiento en la:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7039096>

Ministerio de Salud Publica . (Marzo de 2019). *Ministerio de Salud Publica*. Obtenido de Protocolo de atención para el manejo de hipertensión arterial del adulto en el ámbito hospitalario:

<https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1525/Protocolo%20Hipertension%20Arterial..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pagés Puigdemont, N., & Valverde Merino, I. (19 de Octubre de 2020). *Scielo*. Obtenido de Métodos para medir la adherencia terapéutica:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163

Potter, P., & Perry, A. (2015). *Fundamentos de Enfermería*. España: ELSEVIER.

Rodríguez Chamorro, M. Á., García Jiménez, E., Rodríguez Chamorro, A., Martínez Martínez, F., Faus Dáder, M. J., & Pérez Merino, E. (05 de Abril de 2014). *Dialnet*. Obtenido de Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6529113>

Sánchez Cueto, M., & Vega Suárez, L. P. (18 de Marzo de 2017). *Fundación de la enfermería de Cantabria*. Obtenido de Rol del profesional enfermero en el control de la hipertensión arterial en atención primaria: <https://www.index-f.com/nuberos/2017pdf/2265.pdf>

ANEXOS

Anexo 1.

Esfigmomanómetros para uso clínico. Dispositivos manuales.

Dispositivo	Ref. Recomendación.
A&D UM-102	Recomendado
Maxi Stabil 3 de Welch-Allyn	Recomendado
Rossmax Mandaus II	Recomendado
PyMaH Mercurio	Recomendado
Plusmed PM-NT 01	Recomendado
Nissei DM-3000	Recomendado
Mandatos del PMS	Cuestionable
Microlife WatchBP Office AFIB	Recomendado
Microlife WatchBP Office	Recomendado
Microlife BP 3AS1-2	Recomendado
Heine Gamma XXL-LF	Recomendado

Fuente: adaptado y modificado de dabl Educational Trust

Anexo 2.

Esfigmomanómetros para la auto medición de la presión arterial.

Dispositivo	Ref. Recomendación.
A&D UA-611Plus	Recomendado
A&D UA-631 (Fuente de vida UA-779)	Recomendado
A&D UA-651	Recomendado
A&D UA-651Plus	Recomendado
A&D UA-651SLPlus	Recomendado
A&D UA-654MR	Recomendado
A&D UA-704	Cuestionable
A&D UA-705	Recomendado
A&D UA-767	Recomendado
A&D UA-778	Recomendado
A&D UA-787	Recomendado
A&D UA-853	Recomendado
A&D UA-1020	Recomendado
A&D UA-1200BLE	Recomendado
Andón KD-575	No recomendado
Andón KD-5031	Recomendado
Salud y Vida (Salud y Vida) HL-888HA	Cuestionable
Microvida BP 3AC1-1	Cuestionable
Omron HEM-780REL	Cuestionable
Microvida BP 3AC1-2	Recomendado
Microvida BP 3AG1	Recomendado
BPW810 de Oregon Scientific	Cuestionable
Monitor doméstico transtelefónico Welch- Allyn	Cuestionable

Fuente: adaptado y modificado de dabl Educational Trust

Anexo 3.

Cuestionario ARMS-e.

Responda a las preguntas con una de las siguientes respuestas: Nunca, algunas veces, casi siempre o siempre.

1. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas?
2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas?
3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?
4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?
5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?
6. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?
7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal?
8. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?
9. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?
10. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?
11. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?
12. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?

Anexo 4.

The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)

BMQ-GENERAL
Abuso
Los médicos utilizan demasiados medicamentos.
Los médicos confían demasiado en los medicamentos.
Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos.
Daño
La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando.
La mayoría de los medicamentos crean adicción.
Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos.
Los medicamentos hacen más mal que bien.
Todos los medicamentos son venenos (tóxicos).
BMQ-ESPECÍFICO
Necesidad
Actualmente mi salud depende de [medicación].
Mi vida sería imposible sin [medicación].
Sin [medicación] estaría muy enfermo/a.
En el futuro mi salud dependerá de [medicación].
[medicación] impide que mi [enfermedad] empeore
Preocupación
Me preocupa tener que tomar [medicación].
A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de [medicación].
[medicación] es/son un misterio para mí.
[medicación] trastorna/n mi vida.
A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de [medicación].

Anexo 5.

Brief Medication Questionnaire (Cuestionario Breve de la Medicación).

1. Por favor, cite todos los medicamentos que tomó la SEMANA PASADA. Para cada medicamento, responda a las siguientes preguntas:						
A	B	C	D	E	F	G
Nombre del medicamento y dosis	¿Cuántos días lo tomó?	¿Cuántas veces al día lo tomó?	¿Cuántas pastillas tomó cada vez?	¿Cuántas veces dejó de tomar la pastilla?	¿Por qué razón la tomaba?	¿Cómo le funciona el medicamento (1=bien 2=normal 3=mal)

2. ¿Le molesta de alguna forma alguno de sus medicamentos? Sí/No. Si responde afirmativamente, por favor, indique el nombre del medicamento, cuánto le molesta y de qué forma:					
Nombre del medicamento	¿Cuánto le molesta?				¿De qué forma le molesta?
	Mucho	Algo	Poco	Nada	

3. A continuación, hay una lista de problemas que las personas pueden tener a veces con sus medicamentos. Por favor, indique cómo le afecta cada uno de los problemas y qué medicamento es el responsable:				
	Mucho	Algo	Nada	Medicamento
a. Abrir o cerrar el bote de medicamento				
b. Leer la letra impresa en el bote				
c. Recordar tomar todas las pastillas				
d. Conseguir sus medicamentos a tiempo				
e. Tomar tantas pastillas al mismo tiempo				