



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**RESULTADOS DE INTERVENCIONES EN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
ANALIZADOS DESDE EL MODELO DE DOROTHEA OREM: UNA REVISIÓN  
INTEGRATIVA**

**Ginna Paola Herrera Olaya**

**Jorge Mario Silva Torres**

**Universidad Nacional de Colombia**

**Facultad de Enfermería**

**Bogotá, Colombia**

**2014**



**RESULTADOS DE INTERVENCIONES EN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
ANALIZADOS DESDE EL MODELO DE DOROTHEA OREM: UNA REVISIÓN  
INTEGRATIVA**

**Ginna Paola Herrera Olaya**

**Jorge Mario Silva Torres**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:**

**Especialistas en Enfermería Cardiorrespiratoria**

**Directora:**

**Fanny Rincón Osorio  
Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud  
Cardiovascular**

**Línea de Investigación:**

**Cuidado al paciente cardiorrespiratorio. Sublínea Adherencia a  
tratamientos farmacológicos y no farmacológicos**

**Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Enfermería  
Bogotá, Colombia  
2014**

## DEDICATORIA

A Dios, por darme la sabiduría y la paciencia para poder enfrentar los obstáculos que se presentaron a lo largo del camino.

A mi Papá, que me acompaña desde el cielo.

A mi Mamá, mis hermanos y a Claudia por su amor, por acompañarme en los momentos difíciles y por motivarme a seguir luchando por mis sueños.

**MARIO SILVA**

A Dios por brindarme la oportunidad de estar aquí día a día y vivir todas las experiencias que enriquecen mi vida.

A mi familia por el apoyo que me brindaron y a José quien con su paciencia y amor estuvo a mi lado en cada momento de crisis y quien me motivo a seguir haciendo lo que me gusta.

**GINNA HERRERA**

## **Agradecimientos**

Gracias a Dios por ser nuestra compañía y soporte en las diferentes situaciones de la vida.

Gracias a nuestros padres por el apoyo incondicional, por creer en nosotros

Gracias a nuestra Directora Fanny Rincón por su complicidad y profesionalismo para guiarnos durante este proceso.

Gracias a todos los docentes que dejaron huella en nuestro camino, en donde se ratificó su compromiso y su entrega total, con el fin de formar especialistas integrales y comprometidos con su vocación

## Resumen

La hipertensión arterial (HTA) sigue constituyendo un problema de salud pública tanto a nivel mundial como nacional. En Colombia, ocupó el séptimo lugar como causa de mortalidad general en 2013 y además aporta como factor de riesgo para un importante número de enfermedades de alta prevalencia. Para su control se han establecido diversas estrategias, sin embargo, la adherencia a estas se ha mantenido baja, determinando graves consecuencias para la calidad de vida de la población afectada.

Por esta razón se considera importante conocer las intervenciones que se han desarrollado para mejorar la adherencia a los tratamientos de HTA y sus resultados. El estudio fue de tipo documental mediante revisión integrativa de 16 artículos seleccionados, cuyos resultados se analizaron a la luz de la teoría de Autocuidado de Dorothea Orem. Se identificó que intervenciones guiadas con ayudas audiovisuales (Pictogramas) como el propuesto por Teixeira y Cols, demostraron mejorar los niveles de adherencia a los tratamientos farmacológicos. Se recomienda realizar intervenciones con seguimiento a largo plazo con individualización y caracterización de la población a intervenir, para así tener un mayor impacto en la aplicación de estas estrategias.

**Palabras Clave:** Adherence, pharmacological treatment, hypertension, efficacy interventions.

## Abstract

Hypertension is still a public health problem nationally and globally. In 2013 it was the seventh leading cause of overall mortality and also provides a risk factor for a number of highly prevalent diseases. To control it different strategies have been established, however adherence to these, has been low, determining serious consequences for the quality of life of the affected population.

For this reason it is considered important to know the interventions that have been developed to improve adherence to treatment of hypertension and its results. The study was documentary by integrative review of 16 articles selected, the results were discussed in the light of the theory of Dorothea Orem self-care. It was identified that guided visual aids (pictograms) as proposed by Teixeira and Cols, interventions showed improved levels of adherence to pharmacological treatments. It is recommended that interventions with long-term follow with identification and characterization of the population to intervene in order to have a greater impact on the implementation of these strategies.

**Keywords:** Adherence, pharmacological treatment, hypertension, efficacy intervention.

# Contenido

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b>	
▪ TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL	<b>20</b>
▪ TABLA 2. FACTORES DE RIESGO PARA HIPERTENSION ARTERIAL.	<b>21</b>
▪ TABLA 3. FICHA DE RESULTADOS	<b>45</b>
<b>1. MARCO REFERENCIAL</b>	<b>11</b>
1.1 AREA PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	<b>11</b>
1.2 RELEVANCIA SOCIAL Y DISCIPLINAR	<b>15</b>
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	<b>17</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>18</b>
2.1 OBJETIVO GENERAL	<b>18</b>
<b>3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS</b>	<b>19</b>
3.1 ADHERENCIA	<b>19</b>
3.2 ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<b>19</b>
3.3 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<b>19</b>
<b>4. MARCO TEORICO</b>	<b>22</b>
4.1 ADHERENCIA	<b>22</b>
4.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<b>24</b>
4.3 TEORIA DE ENFERMERIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.	<b>25</b>
4.4 TEORÍA DE AUTOEFICACIA BARBARA RESNICK	<b>30</b>
<b>5. INTERVENCIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ADHERENCIA</b>	<b>33</b>

---

<b>6. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>38</b>
6.1 TIPO DE ESTUDIO	38
6.2 CRITERIOS PARA LA INCLUSION DE LOS ARTICULOS	39
6.3 PROCEDIMIENTO PARA LA BUSQUEDA DE LA INFORMACION	39
6.4 PROCEDIMIENTO PARA LA LECTURA CRITICA DE LOS ARTÍCULOS.	40
<b>7. CONSIDERACIONES ÉTICAS: PROPIEDAD INTELECTUAL</b>	<b>41</b>
<b>8. PRESENTACION Y ANALISIS DE LA REVISION INTEGRATIVA</b>	<b>43</b>
8.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	43
8.2 FICHA DE RESULTADOS	44
8.3 ANALISIS DE LOS RESULTADOS	83
8.4 ANALISIS BAJO LA ESTRUCTURA CONCEPTUAL TEORICA EMPIRICA (CTE)	91
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>93</b>
<b>10. RECOMENDACIONES</b>	<b>95</b>
<b>11. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>97</b>

## Introducción

Las enfermedades cardiovasculares forman parte del grupo de patologías que causan más complicaciones y muertes a nivel mundial, lo cual, con el paso de los años ha venido generando un gran impacto en la calidad de vida de la población, así como elevados costos, tanto para el sistema de salud como para la sociedad, por estas razones, actualmente se considera un problema de salud pública.

Uno de los principales factores de riesgo para desarrollar alguna enfermedad cardiovascular es la hipertensión arterial (HTA), patología que afecta aproximadamente a cincuenta millones de personas en los Estados Unidos y a un billón a nivel mundial generando gran impacto en la carga de morbi- mortalidad para las naciones (1). Es importante destacar que se han establecido gran número de intervenciones o estrategias para tener un mejor control de la tensión arterial, sin embargo esto no se ve reflejado en el adecuado control de las cifras tensionales de las personas que la padecen, ni en la disminución de años de vida productivos que esto representa..

Por esta razón se hace de gran importancia conocer las intervenciones que se han desarrollado para mejorar la adherencia a los tratamientos de la hipertensión arterial y qué resultados se han evidenciado con la aplicación de dichas intervenciones y de esta forma analizar sus resultados luz de la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem, con el propósito de generar recomendaciones para el establecimiento de estrategias que lleven a un mejor control de las cifras tensionales y con ello la disminución de la morbimortalidad por esta causa.

Además de esto se busca brindarle al profesional de enfermería un enfoque para el desarrollo de su quehacer, bajo la mejor evidencia encontrada, abordada mediante los conceptos de un modelo de Enfermería.

Por esta razón el objetivo general de esta investigación es: Conocer las intervenciones en adherencia al tratamiento farmacológico en personas con hipertensión arterial, a partir de revisión integrativa de la literatura publicada entre

los años 2000 y 2014 en dos bases de datos disponibles de la Universidad Nacional de Colombia.

La muestra estuvo conformada por 16 artículos encontrados en las bases de datos de la Universidad Nacional, que cumplieran con los criterios de inclusión y a los cuales se les aplicó la guía de crítica investigativa y se organizaron los resultados mediante una matriz que recogió la más importante información para luego analizarla a la luz de teorías de Enfermería.

# 1. MARCO REFERENCIAL

## 1.1 AREA PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial afecta aproximadamente a un billón de personas a nivel mundial, se estima que 9 millones de fallecimientos y más de 75 millones de años de vida sana perdidos anualmente en el mundo, se deben a niveles altos de la tensión arterial, contribuyendo así con el incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad de la población mundial (1).

Según la OMS para el año 2008, en el mundo se había diagnosticado con hipertensión arterial aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas por esta patología aumentó de 600 millones en 1980 a 1.000 millones en 2008. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos, en donde alcanza tasas del 40%. (2).

En Colombia y en varios países del mundo, la hipertensión arterial (HTA), es entendida como enfermedad crónica asintomática, y se considera hoy en día como una de las principales problemáticas de salud pública (2). Actualmente 7,1 millones de personas mueren como resultado de la hipertensión arterial, reconociéndose como una de las tres primeras causas de morbimortalidad mundial y nacional, además de esto, ocupa uno de los primeros lugares de causas de incapacidad y uno de los principales motivos de consulta médica, por lo cual se convierte en una enfermedad con serias repercusiones a nivel económico y social (3).

La hipertensión arterial en Colombia es la séptima causa de mortalidad y la principal causa de morbilidad en consulta externa para todas las edades, tiene una prevalencia del 11,6% en población mayor de 15 años y asciende al 50% en

personas mayores de 49 años, constituyéndose en la primera causa de consulta en población mayor de 45 años (4).

El aumento en la incidencia de casos de pacientes con hipertensión arterial y su frecuente aparición en población de todas las condiciones sociales, económicas y culturales, han hecho evidente la necesidad de estudiar a fondo todos aquellos factores que predisponen su desarrollo. Una de las estrategias utilizadas a nivel mundial para prevenir y controlar los factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial, se basa en el fortalecimiento y el fomento de conductas que favorezcan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico instaurado (5).

Es preciso reconocer que una de las condiciones que permite dar manejo a la hipertensión arterial, se fundamenta en la adherencia a los tratamientos, entendiéndose esta última como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida), corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria” (1). Algunas investigaciones han demostrado que la adherencia o no adherencia al tratamiento depende de diferentes factores, siendo los más relevantes los socioeconómicos, los del proveedor: sistema equipo de salud, los de la terapia y los relacionados con el paciente. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, puede generar en ellos complicaciones en el aspecto físico, psicológico y económico (6).

A pesar de la disponibilidad de medicamentos efectivos y guías de manejo clínico, alrededor del 60% de los hipertensos en Colombia están mal controlados, el poco control de la presión arterial en hipertensos es uno de los principales factores asociados con el desarrollo de complicaciones como la falla renal, enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular (7). Entre las variables

asociadas al inadecuado manejo de la presión arterial en pacientes medicados se encuentra la no adherencia al tratamiento, la cual ha sido considerada como el mayor reto para alcanzar el control del paciente hipertenso (7). Según el Joint National Committee (JNC) VII, la principal causa del control inadecuado de la HTA es el incumplimiento del tratamiento a largo plazo, tanto farmacológico como no farmacológico (8).

Según estudios publicados por la OMS se ha demostrado que sólo entre el 40% y el 50% de los pacientes que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación a los 6 meses de haberlo hecho, de igual forma confirma que el 50% de los nuevos hipertensos abandona la medicación al año de iniciado el tratamiento (9). Además, el 50% de los pacientes que permanecen bajo tratamiento no toman correctamente la medicación, “las dificultades en la adherencia al tratamiento, se observan siempre que se requiere auto-administrar el tratamiento, independientemente del tipo, gravedad de la enfermedad y de la accesibilidad a los recursos de salud, pero son muchos los factores que contribuyen a causar los problemas de adherencia, aunque algunos de estos factores se relacionan con el paciente, también influyen notoriamente las características de la enfermedad, su tratamiento y la educación que se le brinda al paciente” (10).

De igual manera, Herrera plantea que los principales factores que limitan o interfieren en el adecuado cumplimiento de los tratamientos son la pobreza, la falta de conocimientos sobre la enfermedad, la falta de autocuidado y el difícil acceso a los servicios de salud (11), como consecuencia las tasas de mortalidad de la población relacionada con la no adherencia registran cifras preocupantes, manteniéndose en una misma proporción desde hace más de 15 años (12).

Además del impacto social causado por la falta de adherencia a los tratamientos, es posible observar los efectos económicos que esta problemática trae consigo.

Una investigación desarrollada en Argentina, muestra un aumento en los costos en salud derivados de la falta de cumplimiento o de los cambios en la medicación inicialmente prescrita, calculados en un 20% per cápita por año (13). Además de esto, se observa que existe una relación estrecha entre la no adherencia al tratamiento y el número de pacientes hospitalizados, pues la mayoría de personas que ingresan con enfermedad cardiovascular a hospitalización, presentan alteraciones debido a modificaciones hechas por ellos a las terapias instauradas por el personal de salud (14). Estos costos se incrementan de forma exponencial en el momento en que no se cumple el tratamiento, de hecho, “los costos de hospitalización por mala adherencia representan cerca de 13.350 millones de dólares en Estados Unidos, lo que constituye el 1,7% de su gasto sanitario”. (14)

Pero la no adherencia no sólo afecta al sistema sanitario, sino también al paciente, ya que “los enfermos incurren en una serie de gastos asociados a los costos de los desplazamientos a los centros de salud u hospitales, al tiempo perdido por ellos y sus familiares, al gasto de tener que contratar cuidadores para el paciente y también las modificaciones que se ven obligados a realizar en la casa para ajustarla a sus necesidades”. A estos se añaden los gastos perdidos en productividad por los días de baja laboral y los años de vida productivos perdidos a causa de una muerte prematura (15), con lo cual se puede ver que esta situación genera repercusiones económicas tanto para la población como para el sector salud.

El fenómeno de la adherencia es un reto para todos los profesionales de la salud, en especial para el profesional de enfermería, ya que la labor que desempeña en la identificación de los factores que influyen en la adherencia, constituye un elemento fundamental para la creación de estrategias que favorezcan la inclusión de comportamientos generadores de salud en la población. Según Bonilla (6), el papel de una profesión como la enfermería tiene que ver con ayudar a los individuos a que entiendan, adopten y mantengan prácticas en su estilo de vida

que les ayuden a disminuir los riesgos e incapacidades. “La labor de enfermería resulta útil en este tipo de situaciones, es evidente que actualmente existen dificultades para lograr que los pacientes con factores de riesgo cardiovascular sigan las recomendaciones del profesional de la salud y logren una adecuada adherencia a los tratamientos” (6).

Podemos ver entonces que las investigaciones desarrolladas en el tema de adherencia comúnmente se enfocan en abordar los factores que intervienen en la adherencia y en la aplicación de instrumentos con el fin identificar cual puede ser el factor que predispone la no adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos prescritos por el personal asistencial. De igual forma vemos que surgen menor cantidad de estudios relacionados con la ejecución de intervenciones en donde se logre reconocer si son o no favorables para mantener o mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial, así mismo, se evidencia que no existen estudios sobre esta temática analizados a la luz de teóricas de enfermería.

Es entonces, que conociendo el incremento de las enfermedades cardiovasculares, las complicaciones causadas por la hipertensión arterial, las repercusiones sociales y económicas de una inadecuada adherencia al tratamiento y el papel fundamental del profesional de enfermería ante esta problemática, se propone desarrollar una revisión integrativa enfocada en buscar intervenciones para la adherencia a tratamientos farmacológicos en personas con hipertensión arterial, para identificar estrategias que bajo evidencia obtuvieron resultados que permitan a la luz del modelo de Orem generar recomendaciones para investigadores de enfermería interesados en este tema.

## **1.2 RELEVANCIA SOCIAL Y DISCIPLINAR**

Después de realizar búsquedas exhaustivas y consientes de literatura que permitieran conocer intervenciones que fortalecieran la adherencia a los

tratamientos farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial, es posible determinar que este tema es relevante para nuestra profesión, pues nos permite conocer los factores que interfieren en la adherencia a los tratamientos, dándonos a entender que el fenómeno de la no adherencia es un problema de origen multifactorial; y desde esta perspectiva se espera que se identifiquen estrategias que beneficien a nuestros pacientes en las dimensiones física, mental, social, emocional y espiritual.

Por otra parte, podemos mencionar que por medio del estudio de este tema se pueden fortalecer las bases para la creación de estrategias que permitan lograr la consecución de objetivos terapéuticos concretos, mediante la aplicación de planes de cuidado ajustados a las características de cada paciente, con el fin de mantener una buena calidad de vida y todas sus funciones en el ámbito social, familiar, laboral y personal, por medio del análisis del fenómeno de la no adherencia a los tratamientos farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial visto a la luz teorías y modelos de Enfermería que den luz sobre la problemática mediante aportes conceptuales y explicativos, especialmente desde la perspectiva del paciente. De esta forma se aportará a la línea de investigación: Cuidado al paciente cardiorrespiratorio, sublínea Adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, como punto de partida para estudios de intervención.

### **1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Entonces, conociendo las complicaciones causadas por la hipertensión arterial, las repercusiones sociales y económicas de una inadecuada adherencia al tratamiento y el papel fundamental del profesional de enfermería ante esta problemática, se propone desarrollar una revisión integrativa enfocada en buscar evidencia que muestre:

**¿Qué intervenciones para la adherencia a tratamientos farmacológicos en personas con hipertensión arterial y resultados de estas se identifican a partir de revisión integrativa desarrollada en dos bases de datos disponibles en el SINAB de la Universidad Nacional de Colombia durante los meses de Mayo y septiembre del año 2014?**

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer las intervenciones para la adherencia al tratamiento farmacológico en personas con hipertensión arterial a partir de revisión integrativa de la literatura publicada entre los años 2000 y 2014 en dos bases de datos disponibles de la Universidad Nacional de Colombia y analizar sus resultados a la luz de la teoría de autocuidado de Dorotea Orem.

## **3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS**

En esta revisión se van a tener en cuenta los siguientes conceptos:

### **3.1 ADHERENCIA**

En el año 2004 la OMS define la adherencia terapéutica como “Grado en el que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen dietario y ejecutar cambios del modo de vida; se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria” (9).

### **3.2 ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN HIPERTENSION ARTERIAL**

El tratamiento farmacológico es aquel en el que una persona diagnosticada con HTA recibe un tratamiento, con el objetivo de controlar esta enfermedad y prevenir la afección de órganos blanco. Según las directrices de la Organización Mundial de la Salud y de la Sociedad Internacional de Hipertensión Arterial, existen seis clases principales de medicamentos utilizados en todo el mundo para el control de la HTA: los diuréticos, los bloqueadores beta adrenérgicos, los antagonistas del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los antagonistas de angiotensina II y los bloqueadores alfa adrenérgicos (2).

### **3.3 HIPERTENSION ARTERIAL**

En el Séptimo Informe del Comité Nacional (8), esta patología se define como un incremento asociado a una Presión Arterial Sistólica (PAS) mayor a 120 mm Hg, una Presión Arterial Diastólica (PAD) mayor a 80 mm Hg, o ambas. Se debe tener

en cuenta que los valores anteriormente mencionados se consideran el umbral para el diagnóstico de hipertensión arterial.

**TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

<b>CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL</b>		
	<b>Presión Arterial Sistólica (mm/Hg)</b>	<b>Presión Arterial Diastólica (mm/Hg)</b>
<b>Normal</b>	<120	<80
<b>Pre-hipertensión</b>	120-139	80-89
<b>Hipertensión Estadio 1</b>	140-159	90-99
<b>Hipertensión Estadio 2</b>	≥160	≥100

Fuente: Séptimo informe del comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. 2008[en línea] Disponible en: <http://variosmedicina.wordpress.com/2009/01/31/jnc-7/>. Consultado: Junio de 2014.

Estos valores se consideran sin tomar drogas antihipertensivas y sin enfermedad aguda. Cuando las presiones sistólicas y diastólicas califican en categorías diferentes, se debe elegir la más alta, basados en el promedio de dos o más lecturas obtenidas en dos o más visitas luego del examen inicial (8).

Es importante mencionar que existen factores predisponentes para el desarrollo de esta patología, estos son:

**TABLA 2. FACTORES DE RIESGO PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

<b>CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL</b>		
	<b>Presión Arterial Sistólica (mm/Hg)</b>	<b>Presión Arterial Diastólica (mm/Hg)</b>
<b>Normal</b>	<120	<80
<b>Pre-hipertensión</b>	120-139	80-89
<b>Hipertensión Estadio 1</b>	140-159	90-99
<b>Hipertensión Estadio 2</b>	≥160	≥100

Fuente: Séptimo informe del comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. 2008. [en línea] Disponible en: <http://variosmedicina.wordpress.com/2009/01/31/jnc-7/>. Consultado: Junio de 2014.

## 4. MARCO TEORICO

En este capítulo se dan a conocer las bases conceptuales y teóricas que fundamentan este estudio.

Se considera de gran importancia todo lo relacionado con adherencia a tratamientos farmacológicos en HTA, así como el abordaje desde dos teorías de Enfermería, ya que a lo largo del desarrollo del estudio se identificó relación entre los conceptos contemplados en las teorías correspondientes: AUTOCUIDADO - ADHERENCIA – AUTOEFICACIA.

### 4.1 ADHERENCIA

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por la interacción de múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado (16). Para Herrera, la adherencia se relaciona con la capacidad de coincidencia entre el comportamiento del paciente y el seguimiento de las indicaciones dadas por el profesional de salud en cuanto a la toma de medicamentos y modificación de los estilos de vida no saludables (11). Para Haynes y Sackett, esta se define como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coincide con las indicaciones dadas por su médico (17). Por su parte Bonilla, define la adherencia, como el grado en el cual los pacientes siguen las instrucciones que se les da para realizar un tratamiento (6), y propone algunas premisas que se deben tener en cuenta al abordar este tema:

1. La falta de adherencia a los tratamientos en las enfermedades crónicas, es un problema mundial de magnitud sorprendente.
2. El impacto de la falta de adherencia aumenta a medida que aumenta el peso de la enfermedad crónica en el mundo entero.
3. Al mejorar la adherencia se mejora la salud del paciente.
4. La adherencia es un indicador importante de la efectividad del sistema de salud.
5. Al aumentar la efectividad de las interacciones en adherencia se puede lograr un impacto mucho mayor en la salud de la población que mejorando otro tratamiento médico.
6. Se debe ayudar al paciente en lugar de culparlo.
7. La adherencia está afectada simultáneamente por diversos factores.
8. Se refuerzan interacciones deseadas para el paciente según sus necesidades.
9. La adherencia es un proceso dinámico que requiere seguimiento.
10. Los profesionales de la salud deben tener entendimiento respecto a la adherencia.
11. La familia, la comunidad y los pacientes son organizaciones claves para tener éxito en el incremento de la adherencia.

En síntesis la adherencia es la capacidad de cumplimiento con la que cuenta una persona para seguir adecuadamente el tratamiento farmacológico y no farmacológico instaurado por algún profesional de la salud, este fenómeno que durante los últimos años ha sido de gran importancia para la salud pública, se ha visto afectado por los diferentes factores que determinan la adherencia trayendo consigo graves consecuencias a nivel mundial (17).

La falta de adherencia a los tratamientos se presenta en todas las edades, se observa en casi todos los estadios de las enfermedades crónicas y tiende a

empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia (18). Actualmente, se considera como un desafío para los profesionales de la salud, en la literatura se encuentran estudios donde se plantea la pobre adherencia a las terapias, como es el caso del tratamiento antihipertensivo, en donde ésta situación se da en más de dos tercios de los pacientes con hipertensión arterial (6)

## **4.2 ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

La persona que ha iniciado farmacoterapia debe tener controles individualizados con el personal de salud hasta lograr adherencia al tratamiento, una vez se estabilice puede iniciar controles de enfermería cada mes, además es recomendable usar un solo medicamento -monoterapia- y una sola dosis – monodosis, esto da comodidad y permite mayor adherencia al tratamiento y menor costo (19). Es necesario que el profesional de enfermería tenga en cuenta que el tratamiento farmacológico debe ajustarse a las necesidades del paciente, a su vida diaria y tener un balance riesgo-beneficio adecuado, además de esto la enfermera(o) debe facilitar información sobre los posibles efectos adversos y la relevancia de los mismos, sobre las interacciones y proporcionar información verbal y escrita precisa respecto a la prescripción (dosis exacta, frecuencia de administración y duración de la terapia) (15)

La adherencia al tratamiento farmacológico puede ser compleja, los obstáculos que se pueden presentar se relacionan con la polifarmacia, las molestias por la vía de administración, los efectos adversos que interfieren con la calidad de vida del paciente, además de los problemas económicos que se presentan para poder solventar los costos de los medicamentos, las visitas médicas y los controles de laboratorio (20).

En cuanto a la polifarmacia, está comprobado que la cantidad de medicamentos que el paciente tiene que tomar es inversamente proporcional a la adherencia (21), de igual forma los efectos adversos son un condicionante para la que los pacientes incumplan el tratamiento farmacológico. El estudio Orozco y Colaboradores (21), reportó que 32 pacientes de 587 presentaron algún tipo de intolerancia que los obligó a abandonar el tratamiento y a tener una pobre adherencia. De igual manera, Ortiz y colaboradores en su investigación realizada en Argentina, mostraron que la proporción de abandono por efectos secundarios fue del 30% (22); según lo anterior los profesionales de enfermería deben realizar una valoración sobre el riesgo-beneficio de los medicamentos para cada paciente, además de facilitar información sobre los posibles efectos adversos, la relevancia de los mismos, sobre las interacciones y proporcionar información verbal y/o escrita precisa respecto a la prescripción (dosis exacta, frecuencia de administración y duración de la terapia) (15).

#### **4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM**

Como se mencionó anteriormente, según lo definido por Bonilla y otros autores se define como adherencia al grado en el cual los pacientes siguen las instrucciones que se les da para realizar un tratamiento; sin embargo es necesario tener en cuenta que esto se encuentra influenciado por diferentes factores tanto sociodemográficos, socioculturales, emocionales, cognitivo, socioeconómicos, factores del sistema de salud (diagnóstico- tratamiento), etc.

Teniendo en cuenta que para nuestra investigación el objeto de estudio se centra en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial y a su vez que la adherencia puede ser abordada como un indicador de autocuidado, siendo esta último el tópico central del Modelo de Enfermería de

Dorotea Orem se considera pertinente incluir las bases conceptuales de esta teoría en nuestra revisión.

La teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem está conformada por tres teorías las cuales están relacionadas entre sí y una lleva a la otra a un desarrollo más claro, estas son (23):

- Teoría del auto cuidado.
- Teoría del déficit del auto cuidado
- Teoría de sistemas de enfermería.

**La teoría de autocuidado:** Describe cómo y porqué las personas cuidan de sí mismas, Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

Siendo en conclusión el autocuidado las actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Para desarrollar estas actividades y perpetuar el autocuidado, Orem expone que existen unos requisitos de autocuidado, estos son: requisitos universales, requisitos de desarrollo y los de alteraciones o desviaciones de la salud (23).

**Los requisitos universales** son las demandas que todo individuo tiene para mantenerse vivo entre estos están: aporte suficiente de agua, aire, alimentos, equilibrio entre la actividad física y el reposo, entre la interacción social y la soledad, proveer cuidados en relación a los procesos de eliminación, la prevención de los peligros de la vida, el funcionamiento y el bienestar y promoción del funcionamiento humano.

**Los requisitos de desarrollo** están relacionados con la creación y mantenimiento de condiciones que favorezcan el desarrollo durante las diferentes

etapas de la vida y procesos vitales en las que involucra además la promoción de condiciones y experiencias para facilitar el desarrollo de prácticas intelectuales, interaccionales y sociales, esenciales para vivir en sociedad. Y tener la capacidad de proveer cuidados en dos tipos de situaciones: la primera prevenir los efectos negativos de las condiciones negativas que rodean al individuo; segundo proveer cuidados para disminuir los efectos negativos existentes y que podrían representar una demanda creciente para la capacidad del individuo de confrontar las propias necesidades de autocuidado.

Los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud son expresados en el momento en que la persona está expuesta a cambios en su funcionamiento fisiológico normal, la demanda de cuidado aumenta y sobrepasa su capacidad de autocuidado, es en este momento en el cual el individuo tiene que ir en busca de ayuda de otras personas para cumplir con los requisitos pues no es capaz de cumplirlos a cabalidad por la situación de salud que atraviesa.

La capacidad del individuo para satisfacer estas necesidades requiere de tres tipos de capacidades. Las primeras son capacidades fundamentales y de disposición como la sensación, percepción, memoria y orientación. Las segundas son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado; éstas son: máxima atención y vigilancia, uso controlado de la energía y del cuerpo, adquisición de conocimiento, razonamiento, motivación y toma de decisiones. Por último, capacidades que le permitan operacionalizar las decisiones, donde el individuo investiga condiciones y factores de sí mismo y del medio ambiente que son significativas para su autocuidado, toma juicios y decisiones -auto reflexionadas- de autocuidado y construye medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado por sí mismo (23).

**Teoría de déficit de autocuidado:** Es la relación que existe entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones existentes, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico; entendiéndose este último como la relación entre los requisitos de autocuidado que se sabe que existen para determinada situación y lo que debería hacerse para satisfacerlos.

**Teoría de sistemas de enfermería:** Describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero (23), el o los contextos en los que se desenvuelven estos dos actores (Paciente – Enfermera), que son fundamentales y determinan la capacidad de autocuidado del individuo, ya que dicha capacidad se puede ver afectada en algún grado por el personal de salud, siendo estos sistemas series y secuencias de las acciones de las enfermeras que actúan de acuerdo a las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes (24).

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte-educación, donde la función principal del personal de salud para la recuperación y mantenimiento de la salud son de vital importancia (24).

**Sistema Totalmente compensatorio:** En el que la enfermera tiene que hacerse cargo de satisfacer los requisitos universales por incapacidad o limitación del paciente para satisfacerlos por cuenta propia. Debe cumplir este papel hasta que el individuo recupere la capacidad de satisfacerlos por cuenta propia o haya aprendido a adaptarse a cualquier limitación y satisfacerlos por sí mismo.

**Sistema Parcialmente Compensatorio:** En el que la enfermera sigue cumpliendo su papel de compensatoria, pero en la que el individuo cumple un papel más participativo en toma de decisiones y acciones, es decir otorga mayores responsabilidades al individuo.

**Sistema de Apoyo-Educativo:** En el que la enfermera cumple un papel fundamental y al que mayor énfasis se debería otorgar, pues se encarga de regular y apoyar los procesos de toma de decisiones por parte del individuo para el desarrollo de las capacidades de autocuidado.

La adherencia comprende acciones de autocuidado complejas que resultan de recibir orientación acerca de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que implica cambios en el estilo de vida. Para su éxito requiere de procesos cognitivos de razonamiento y toma de decisiones reflexionadas (24).

La falta de adherencia se da por una interrelación de factores entre los cuales se encuentran algunos derivados de la persona y su entorno económico, cultural y social; otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como los derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.

Esto nos lleva a concluir que la capacidad o agencia de autocuidado mencionada por Orem, está determinada por la forma en que el individuo realiza maniobras, ve su salud y así mismo pone en práctica acciones para mantenerla equilibrada, y que tiene en cuenta unos requisitos tanto intrínsecos como extrínsecos que pueden alterar la demanda y oferta de autocuidado. Y que también puede verse afectada por las acciones tanto positivas como negativas desarrolladas por el personal de salud en especial el área de enfermería, por ser el ente que mantiene mayor contacto con el individuo y por lo tanto puede ejercer mayor impacto en las acciones a realizar por este en pro de su salud.

Según Rivera, es necesario reconocer que el autocuidado como valor inherente a cada ser humano y percibido esté como un deber y un derecho para consigo mismo y con la sociedad, es una estrategia que responde a las metas y prioridades de enfermería, que toma la tendencia hacia el autoconocimiento y empoderamiento del individuo y de la sociedad de su propia salud y que a la vez reconoce la presencia de factores culturales, de índole educativo y socioeconómico que condicionan e influyen en el autocuidado.

Con lo anterior podemos analizar entonces, que la falta de adherencia se da por una interrelación de factores entre los cuales se encuentran algunos derivados de la persona y su entorno económico, cultural y social; otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como los derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente. Así mismo, la adherencia comprende acciones de autocuidado complejas que resultan de recibir orientación acerca de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que implica cambios en el estilo de vida, pero es necesario recalcar que para su éxito requiere de procesos cognitivos de razonamiento y toma de decisiones reflexionadas (24).

Vemos entonces que la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem es una herramienta ideal y un complemento apropiado para el análisis de esta problemática a la luz de la teoría con el fin de tomar la adherencia como un comportamiento de autocuidado.

#### **4.4 TEORÍA DE AUTOEFICACIA BARBARA RESNICK**

El núcleo de la teoría de la autoeficacia, es la suposición de que las personas pueden tener influencia sobre lo que hacen, a través del pensamiento reflexivo, el

uso generativo de conocimientos y habilidades para llevar a cabo un comportamiento específico, es decir que una persona puede decidir cómo comportarse (Bandura, 1997). Para determinar la autoeficacia un individuo debe tener la oportunidad de desarrollar una autoevaluación y la capacidad de comparar sus resultados con algún tipo de criterio evaluativo. Es este proceso comparativo lo que permite a un individuo juzgar su capacidad de rendimiento y así mismo establecer las expectativas de autoeficacia (25).

### **Propósito de la Teoría y Forma en la que se Desarrollo**

La teoría se basa en la teoría cognitiva social y conceptualiza la interacción persona-conducta-ambiente como reciprocidad triádica (Bandura, 1977, 1986). Reciprocidad triádica es la interrelación entre la persona, el comportamiento y ambiente, determinismo recíproco es la creencia de que la conducta, el conocimiento y otros factores personales, así como las influencias ambientales operan de forma interactiva como determinantes uno del otro. Reciprocidad no quiere decir que las influencias del comportamiento, los factores personales y ambientales son iguales pues dependiendo de la situación, la influencia de un factor puede ser más fuerte que otros y estas influencias pueden variar con el tiempo (25).

El pensamiento cognitivo, es una dimensión crítica de la interacción entre la persona -comportamiento - ambiente, no debe ser planteado en el vacío. Resnick sugiere que los individuos desarrollan pensamientos sobre sí mismos y se verifican a través de cuatro procesos diferentes; 1: la experiencia directa de los efectos producidos por sus acciones, 2: la experiencia vicaria, 3: los juicios con la voz de otros, y 4: la derivación de un mayor conocimiento. El funcionamiento humano es visto como una interacción dinámica de la persona, del comportamiento, y de las influencias ambientales (25).

## **Conceptos de la Teoría**

Consta de dos componentes de la teoría de la autoeficacia: expectativas de autoeficacia y expectativas de resultados. Estos dos componentes son las principales ideas de la teoría. Expectativas de autoeficacia son juicios acerca de la capacidad personal para realizar una tarea determinada. Expectativas de resultados son los juicios sobre lo que sucederá si se lleva a cabo con éxito una tarea determinada.

## **Fuentes de juicio de la Autoeficacia**

El juicio sobre una autoeficacia se basa en cuatro fuentes de información: 1: la capacidad de identificar el rendimiento real de una conducta; 2: experiencia vicaria, que es la visualización de otras personas similares al realizar un comportamiento, 3: la persuasión verbal o exhortación, y 4: el estado fisiológico o retroalimentación fisiológica durante un comportamiento, como el dolor o la fatiga. La evaluación cognitiva de estos factores da lugar a una percepción de un nivel de confianza en la capacidad de los individuos para realizar un determinado comportamiento. La evolución positiva de este comportamiento refuerza las expectativas de autoeficacia (25).

## 5. INTERVENCIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ADHERENCIA

Diferentes autores han propuesto diversas estrategias para contribuir con el mejoramiento de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de los pacientes que poseen diversas patologías las cuales pueden integrarse con la estrategia de esta investigación y dar resultados satisfactorios.

Entre las intervenciones encontradas en la literatura revisada y analizada se encontraron:

**La comunicación y la motivación** son estrategias importantes para que los pacientes se puedan apropiar de su cuidado y su tratamiento de tal manera que cumplan y entiendan las diversas explicaciones que se les da en sus citas y controles. Silva y colaboradores (18), proponen que los miembros del equipo de atención en salud (médico, enfermera, terapeuta, farmaceuta, etc.), deben estar entrenados para brindar las instrucciones claras, suficientes y pertinentes para el nivel mental y socio-cultural del paciente. Por tal motivo es importante, evitar al máximo el lenguaje técnico, pero si se presenta la situación deberá dedicarse el tiempo necesario para documentar al paciente sobre el significado general y específico del término. El encuentro médico-paciente es una situación en la cual el paciente debe:

- Entender el propósito de la medicación.
- Identificar el medicamento que debe tomar.
- Conocer la duración del tratamiento.
- Comprender el esquema de dosificación por seguir (18).

El escuchar en el momento de asistir a la cita médica y de enfermería debe ser de manera recíproca pues es importante que el personal de salud tenga en cuenta los temores de los pacientes a la hora de cumplir el tratamiento, en el artículo “Adherencia a los tratamientos en largo plazo, pruebas de acción”, se propone un marco sencillo de necesidad-temores para ayudar al personal de salud a abordar algunas de las creencias claves que influyen en la adherencia de los pacientes a la medicación. Las creencias sobre la necesidad y los temores constituyen una sumatoria evaluativa de lo que para el individuo representa lo fundamental de los posibles inconvenientes y beneficios o los pros y contras del tratamiento (9).

**La presentación de los medicamentos** puede ser otra de las estrategias que mejoren la adhesión a tratamientos farmacológicos pues se deben tener en cuenta las capacidades y necesidades de los pacientes, Silva y colaboradores afirman que tanto el personal de salud como el fabricante deben verificar que el envase de los medicamentos tenga en cuenta las limitaciones físicas de los pacientes y que los insertos estén escritos en letra de tamaño adecuado y en lo posible, en el idioma del paciente (18).

**Pictogramas**, según Teixeira y cols (26), los pacientes precisan informaciones, instrucciones y recomendaciones para que puedan tener el conocimiento necesario para aceptar y seguir el tratamiento y para adquirir las habilidades necesarias para tomar los medicamentos apropiadamente. Por medio de los pictogramas los pacientes consiguieron relacionar los colores con los medicamentos sin dificultades, y entendieron los pictogramas utilizados para designación de los períodos, mañana, comida, tarde y noche y que no ocurrió nunca, confusión en relación a los horarios de administración de los medicamentos. Lo que demuestra que con herramientas o estrategias que sean de fácil comprensión para los pacientes la adherencia será mayor.

**Educación mejorada con la inducción en efectos positivos y la autoafirmación**, este tipo de estrategia motivacional según Gbenga O. Ogedegbe y cols (27), busca inducir en el paciente afectos positivos sobre situaciones adversas en su vida que pueden llegar a afectar la toma de los medicamentos; además busca conseguir en el paciente la autoafirmación como la motivación para definir una imagen positiva y de integridad que le permite superar situaciones negativas basándose en situaciones positivas, reforzando afirmaciones positivas o sucesos exitosos reforzando la autoconfianza. También menciona en este tipo de intervención que el brindar algún tipo de reconocimiento materia, potencia los sentimientos positivos y llega a generar estrategias de afrontamiento a situaciones que les limiten tener una adecuada adherencia a los medicamentos.

**Acompañamiento por parte de personal de área de la salud ( farmacéutas entrenadores en salud )** brindando educación individualizada , información sobre los medicamentos, uso, efectos adversos e indicaciones, además de indicaciones sobre la toma de la presión arterial registro de la información y la farmacoterapia, haciendo seguimiento, en caso de encontrar algún déficit se informa al médico de cabecera quien hará la intervención necesaria para realizar ajuste a la medicación y evitar la suspensión o no adherencia al tratamiento farmacológico, además de ser un modelo que le permite al paciente entender activamente su tratamiento , planificar las metas y responsabilidades para el cumplimiento, según los mostrado por Jinping (28). Otro estudio realizado por Lucinda B. Leung y cols (29), enseña una intervención dirigida por estudiantes de enfermería y áreas afines de la salud los cuales son asignados como entrenador de salud a cada paciente, brindando educación en salud, instrucciones sobre medicamentos, instauración de estilos de vida saludable, con seguimiento y acompañamiento telefónico para el logro de los objetivos planteados.

**Educación culturalmente adaptada** esta intervención muestra la importancia de realizar educación pero siempre teniendo en cuenta la condición cultural del

paciente o comunidad a intervenir, para así tener un adecuado impacto utilizando como base de la intervención los conocimientos, creencias, lenguaje y cultura del sujeto a intervenir, tal como lo muestra Erik J. A. J. Beune y cols, en su ensayo aleatorizado (30). De igual forma esto se ve reflejado en la investigación realizada por Casas María Cristina y cols (31), donde informa que en igualdad de condiciones sociodemográficas, socioeconómicas y relacionadas con la atención en salud, solo los conocimientos sobre la enfermedad se constituyen en factor de riesgo o factor protector para la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos.

La anterior intervención también está altamente ligada con la intervención propuesta por Achury Diana y cols (32), quienes en su estudio muestran **Intervenciones educativas** estructuradas a partir de la identificación de las necesidades individuales de cada persona para generar un cambio de comportamiento que permita alcanzar objetivos terapéuticos, mejorar y mantener la calidad de vida, impedir las complicaciones y muertes conservando la autonomía y el empoderamiento del paciente.

Otras intervenciones en las que se está haciendo enfoque en la actualidad son las que involucran los **dispositivos de tecnología** como lo muestran varios autores en sus investigaciones (Zeller, Andreas y cols) (33), como los fortines electrónicos, recordatorios de citas (por ejemplo, basado en el teléfono, basado en computadora), Sistema automatizado de mensajes de texto que proporcionan cita en la clínica, recordatorios de medicamentos, apoyo adherencia a la medicación y la educación relacionada con la hipertensión entregados de forma remota a través de SMS o mensajes de texto, (Sistema de Monitorización de Acontecimientos Médico) MEMS, Educación y apoyo conductual (teléfono, correo electrónico, y / o vídeo) a través de los cuales por el relativo fácil acceso favorece la recepción de la información que se quiere entregar.

Las intervenciones anteriormente descritas muestran que se ha investigado y desarrollado nuevas alternativas para mejorar adherencia a los medicamentos en pacientes tanto con hipertensión arterial como otras enfermedades crónicas.

## 6. DISEÑO METODOLOGICO

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se desarrolló una Revisión Integrativa en dos bases de datos disponibles en el SINAB de la Universidad Nacional de Colombia durante los meses de Mayo a septiembre del año 2014, con el fin de conocer las intervenciones utilizadas en adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial y sus resultados.

La revisión integrativa se refiere a una investigación más amplia de un tema, por lo que su enfoque, propósito y alcance son probablemente diferentes a los de la revisión sistemática. Razón por la cual se eligió este modelo de investigación ya que provee un resumen basado en cuanto al tema investigado, saca conclusiones generales, pone de relieve los problemas no resueltos y proporcionan una dirección para futuras investigaciones, además que este tipo de revisión se enfoca en los resultados de las búsquedas para integrar los hallazgos de estudios individuales, (Webb, Christine y cols); y así dar rigurosidad y comprensión de la revisión y definir los límites de enfoque.

Todo esto se logra a partir de proceso riguroso que requiere llevar a cabo un protocolo el cual se basa en los siguientes pasos (Webb, Christine y cols):

- Identificación del problema.
- Criterios de selección.
- Ubicación y localización de los estudios.
- Evaluación de los estudios.
- Recolección de la información de los estudios de manera individual.
- Análisis de datos.

Estos pasos serán detallados más adelante en este documento.

## **6.2 CRITERIOS PARA LA INCLUSION DE LOS ARTICULOS**

Para la búsqueda y elección de los artículos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Artículos en Full Text en PDF, encontrados en las bases de datos EBSCO Host y REDALYC del Sinab de la Universidad Nacional de Colombia, publicados durante el año 2000 y 2014 y que realizaran evaluación de las intervenciones estudiadas.

Las palabras clave utilizadas fueron:

Adherence, pharmacological treatment, hypertension, efficacy interventions.

## **6.3 PROCEDIMIENTO PARA LA BUSQUEDA DE LA INFORMACIÓN**

1. Definición del tema de estudio basado en una problemática detectada en la práctica relacionada con el área cardiorrespiratoria.
2. Se propuso como tema inicialmente identificar cuáles eran los factores que determinan la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial pero se concluyó que este es un tema con evidencia de ser ampliamente investigado y cuyos factores determinantes ya están descritos y son de utilidad disciplinar.
3. Basados en lo expuesto en el punto anterior se plantea como tema de estudio: Impacto de intervenciones en adherencia en tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial.

4. Se determinó el uso de las siguientes palabras clave: adherence, pharmacological treatment, hypertension arterial, efficacy interventions.
5. Posteriormente se analizó la necesidad de retirar la palabra impacto, teniendo en cuenta la variabilidad metodológica y de muestreo de los estudios y que según el tipo de análisis a realizar de cada uno, no se llegaba hasta la estratificación cuantitativa de los estudios analizados de forma tal que se pudiera verificar cual fue la mejor intervención, por lo que se dejó solo la palabra conocer intervenciones, para posteriormente ser analizadas a la luz de la teórica de enfermería.
6. Con estos términos se inició la revisión integrativa por medio de búsquedas de artículos de texto completo en PDF (Full Text PDF) en las bases de datos de la Universidad Nacional de Colombia (EBSCO Host – REDALYC).
7. Con esos criterios de búsqueda se encontró como resultado un total de 11.799 artículos, por lo cual se decidió tener en cuenta solo los publicados durante el periodo de tiempo incluido en los años 2000 al 2014, así obtuvimos un total de 740 artículos en los cuales de observo que algunos se referían a otras patologías o no realizaban evaluación de las intervenciones y su titulo no relacionado con la búsqueda.
8. Se tomaron entonces 16 artículos que cumplían los criterios para hacer parte de la revisión y que además cumplían con los aspectos éticos, a los cuales se les hizo ordenamiento y crítica de la información, a su vez se comprobó su validez y relevancia con el fin de lograr que su aporte para la revisión se viera reflejado en el logro del objetivo propuesto.

## **6.4 PROCEDIMIENTO PARA LA LECTURA CRÍTICA DE LOS ARTICULOS.**

Después de determinar que los 16 los artículos contaban con los criterios de inclusión, se les aplico la guía de crítica investigativa con el fin de identificar la

coherencia metodológica seguida y por lo tanto la validez de sus resultados y se resumieron en fichas bibliográficas

Posteriormente se realizó una matriz de resultados en donde se contemplaron los resultados del estudio propiamente dicho y los resultados pertinentes o de interés de cada uno de ellos, en el sentido de que lanzaban información de importancia aun fuera de sus objetivos, pero de utilidad para explicar el asunto a estudio (Ver anexo 1)

Se inició una fase de análisis de resultados en donde se agruparon las intervenciones según tipo o estrategia utilizada, los resultados generales y pertinentes y posteriormente se analiza basado en la teoría de Dorthea Orem de auto cuidado.

## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS: PROPIEDAD INTELECTUAL**

Teniendo en cuenta la importancia de respetar la propiedad intelectual de los artículos analizados en la revisión integrativa se utiliza como herramienta para este fin la aplicación del acuerdo 035 de 2003 de la Universidad Nacional de Colombia, en su acta 8 del 3 de Diciembre de 2003, en donde se busca asegurar la no transgresión de la Propiedad Intelectual, entendiéndose este último como el *“Derecho complejo de dominio especial sobre las creaciones del talento humano que se concede a los autores e inventores y que a la vez permite a la sociedad hacer uso de esas creaciones”*

Así mismo en este acuerdo se estipula el Respeto y reconocimiento de los Derechos de Autor *“Estableciendo una relación de equilibrio entre los derechos de explotación de la obra y el interés de la sociedad en disfrutar de la cultura, el arte y el avance científico y compartir sus beneficios”*

De igual forma se tiene en cuenta la Ley 266 de 1996 en su capítulo I Artículo II, y se tienen en cuenta los principios de la práctica profesional (*integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad, continuidad*), además de los principios fundamentales de la Bioética Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

## **8. PRESENTACION Y ANALISIS DE LA REVISION INTEGRATIVA**

Después de definir las palabras clave (Adherence pharmacological treatment and hypertension and efficacy interventions), se inició la revisión integrativa por medio de búsquedas de artículos de texto completo en PDF (Full Text PDF) en las bases de datos de la Universidad Nacional de Colombia (EBSCO Host – REDALYC). Con esos criterios de búsqueda se encontró como resultado un total de 11.799 artículos, por lo cual se decidió tener en cuenta solo los publicados durante el periodo de tiempo incluido en los años 2000 al 2014, así obtuvimos un total de 740 artículos en los cuales de observo que algunos se referían a otras patologías, no realizaban evaluación de las intervenciones, su titulo no relacionado con la búsqueda y otros no tenían en cuenta aspectos éticos. Se tomaron entonces 16 artículos que cumplían los criterios para hacer parte de la revisión a los cuales se les hizo ordenamiento y critica de la información, a su vez se comprobó su validez y relevancia con el fin de lograr que su aporte se viera reflejado en el logro del objetivo propuesto.

Los resultados se presentarán en el siguiente orden:

### **8.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

#### **País en el cual se desarrollaron**

En este aspecto se encontró que de los artículos analizados en cuanto a región de investigación 6 estudios fueron desarrollados en estados unidos, 3 en Europa , 3 en Asia , 4 en América latina de los cuales 2 fueron desarrollados en Colombia.

## **Población**

En cuanto a la población a la que se aplican en su gran mayoría estas intervenciones, se encuentra que es apersonas de raza negra (afroamericanos), seguido por población latina y luego por población de otras partes del mundo, la población afroamericana representa gran cantidad de la población de Estados Unidos lo que lleva a reforzar la percepción de que se encuentra mayor investigación en esta área, en el continente americano.

Por otra parte, en cuanto a bases de datos e idioma, la mayoría de artículos se encontraban en bases de datos que manejaban el idioma inglés y escasa producción en el idioma español.

## **8.2 FICHA DE RESULTADOS**

A continuación se presenta la matriz de resultados las cual cuenta con los datos de los autores, años de publicación, muestra, tipo de estudio, población, intervención, tiempo de intervención, y resultados estos subdivididos en resultados generales y resultados pertinentes, los cuales posteriormente serán analizados a la luz de la teoría de Dorothea Orem del déficit de autocuidado.

**TABLA 3. FICHA DE RESULTADOS**

<p><b>Datos: 1. Autor. 2. Título del estudio. 3. Referencia</b></p>	<p>1. Migneault, Jeffrey; Dedier, Julien; Wright, Julie; Heeren, Timothy; Campbell, Marci; Morisky, Donald; Rudd, Peter; Friedman, Robert.</p> <p>2. A Culturally Adapted Telecommunication System to Improve Physical Activity, Diet Quality, and Medication Adherence Among Hypertensive African–Americans: A Randomized Controlled Trial</p> <p>3. EBSCO HOST , Annals of Behavioral Medicine, (2012) 43:62–73</p>
<p><b>1. Objetivo</b> <b>2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra.</b></p>	<p>1. Evaluar el uso de un sistema telefónico culturalmente adaptado para ayudar a adultos Afroamericanos Estadounidenses a mejorar la adhesión a su tratamiento antihipertensivo y brindar las directrices basadas en la evidencia para mejorar el comportamiento alimentario y la actividad física.</p> <p>2. Ensayo controlado aleatorizado con grupo intervención y grupo control Afroamericanos, diagnostico de HTA al momento de revisión de la historia clínica, prescripción de por lo menos un medicamento antihipertensivo, ≥1 visitas al consultorio de atención primaria en los 2 meses anteriores; dos lecturas elevadas PA clínica en los 6 meses anteriores (≥140mmHg presión arterial sistólica y / o diastólica ≥90 mmHg) en los pacientes no diabéticos, y ≥130 / 80 entre los pacientes diabéticos); edad &gt; a 35 años.</p> <p>Muestra: 337 Afroamericanos 167 grupo control 169 grupo intervención.</p>
<p><b>Intervención:</b></p>	<p>Se trata de un sistema de orientación telefónica interactiva llamada: <b>Teléfono Vinculado al Cuidado</b>. Fue diseñado para monitorear, educar y aconsejar a adultos afroamericanos con hipertensión y para proporcionar un resumen de los datos obtenidos al médico de cabecera del paciente.</p> <p>Es un sistema de asesoramiento telefónico diseñado para promover tres aspectos relacionados con las conductas de salud que afectan el control de la presión arterial: (a)</p>

Adherencia al régimen de medicación antihipertensiva, (b) Seguimiento dietario para disminuir la HTA con la dieta tipo DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) (c) La realización de actividad física regular.

La intervención incorpora la teoría cognitiva social del cambio de comportamiento y la entrevista motivacional y fue adaptado a los rasgos culturales del usuario. El contenido también se ha adaptado a características culturales de los adultos afroamericanos. Esta adaptación cultural a nivel de grupo fue guiada por un marco conceptual y esquema de objetivos de "superficie" y dominios estructurales "profundos" y por la cartografía étnica, enfocado al grupo usuario potencial.

Los objetivos de superficie incluyen información sobre familiares o personas preferidas, lugares idioma música, comida, y ropa, en esta etapa de adaptación de superficie se incluyo el uso de discurso pre-grabado de profesionales con un lenguaje comprensible para los usuarios para entregar mensajes de asesoramiento telefónicos automatizados.

La intervención telefónica automatizada entregó una llamada por semana durante 32 semanas. Las tres primeras llamadas introdujeron a tres comportamientos específicos y su papel en el control de la presión arterial, cada llamada consistió en: (a) una introducción, (b) una sección para notificación de información sanitaria recogida en casa emitida por dispositivos de medición (podómetros, esfigmomanómetros, escalas de peso), y (c) la enseñanza interactiva basada en la teoría y el asesoramiento sobre la conducta a tratar. Las llamadas posteriores se organizaron por módulos sobre adherencia a la medicación, la actividad física y la dieta, y se entregaron en el orden elegido por el participante.

El módulo de actividad física consistió en 12 llamadas encaminadas a aumentar los niveles de intensidad moderada o mayor actividad física. El módulo dieta consistía en nueve llamadas y dos revisiones de cada uno de los cuatro temas: Frutas y verduras, fibra, sodio y grasa. El contenido de estas llamadas fue diseñado para promover la dieta DASH. El módulo de cumplimiento de la medicación consistía en ocho llamadas y fue adaptado de un prototipo exitoso del grupo que realizo la investigación. El personal del

	<p>estudio monitorizo a los participantes del sistema, los que no llamaban para volver a comprometerlos, adicionalmente el participante y su proveedor principal de salud recibieron los avances en cada modulo. Duración intervención: 8 meses.</p>
<b>Resultados</b>	<p>En cuanto a las características del grupo se encontró que 70 % eran mujeres, 35% convivían con una pareja y 37 % reportaban diagnostico de DM2. Del 99 % que informó de un seguro de salud, el 79 % tenían Medicare, la cobertura subsidiada por el estado. El estado socioeconómico en la muestra fue bajo, el 84% tenía un ingreso anual &lt;\$ 30.000, el 27 % trabajaba tiempo completo y la duración promedio de la educación fue 12,2 años.</p> <p>Hubo una mejora significativa de 3,5 puntos (o 0,25 SD, p &lt;0,03) en la puntuación global de calidad de la dieta en el grupo de intervención frente a los controles, la ingesta de fibra mejoró significativamente en el grupo de intervención (mejora relativa de 2,29 g / día, &lt;0,02). También se observaron cambios favorables para los otros componentes de la dieta, pero ninguna de ellas alcanzó significación estadística.</p> <p>En cuanto a actividad física al inicio de la intervención se observo la realización de 160min/semana de actividad física, la cual descendió paulatinamente hasta 140 min /semana a los 12 meses de seguimiento.</p> <p>En general el uso del sistema telefónico automatizado fue modesto, el 8% de los participantes del grupo de intervención completaron al menos 80 % de las 32 llamadas planificadas; los pacientes con una comorbilidad asociada (DM2), completaron 24 % más de llamadas que pacientes sin otra patología.</p> <p>Las razones más frecuentes reportadas por faltar o saltarse llamadas automatizadas eran relacionadas con: No estar en casa cuando el sistema llamaba (77 %), estar demasiado ocupado (56 %), o tener interrupciones importantes de la vida (36 %)</p> <p>.</p>

	<p>La edad y la percepción de bienestar financiero esta correlacionado positivamente con el uso del sistema.</p> <p>Los participantes completaron una media de de 5,03 de 9 llamadas de dieta (56%), 5,85 de 12 llamadas de actividad física (49%), y el 5.05 de las llamadas de adherencia a la medicación (63%).</p> <p>La adherencia no tuvo un cambio significativo posterior al seguimiento de 8 meses basado en la aplicación de la escala MMAS7; grupo intervención puntuación 0.45 grupo control puntuación 0.25 los puntajes mejoraron 0.19 puntos, lo cual no es un cambio significativo (p=0.25)</p>
<p><b>Datos: 1. Autor. 2. Titulo del estudio. 3. Referencia</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Daniel Hu Pharm, Deborah Taira Juarez S; Michelle Yeboah; and Theresa P. Castillo MA</li> <li>2. Interventions to Increase Medication Adherence in African-American and Latino Populations: A Literature Review.</li> <li>3. US National Library of Medicine National Institutes of Health, Hawaii Journal of Medicine and Public Health</li> </ol>
<p><b>1. Objetivo. 2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El objetivo de esta revisión sistemática fue investigar la eficacia de intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación en poblaciones de minorías étnicas.</li> <li>2. Revisión sistemática de literatura Se seleccionaron los artículos para su inclusión sí evaluaban el impacto de al menos una intervención en cumplimiento de la medicación, artículos escritos en Inglés, estudios realizados en estados unidos, población de la muestra compuesta por algún sub-grupo étnico (por ejemplo, afroamericanos, hispanos o asiáticos) que evalúen las disparidades étnicas.</li> </ol>

	Muestra: 36 artículos cumplieron criterios de inclusión.
<b>Intervención.</b>	<p>En la revisión de la literatura las de intervenciones utilizadas incluyen educación, consejería, entrevistas motivacionales (MI), orientación cognitivo-conductual, administración de farmacoterapia (MTM), Por sesiones de orientación individuales y grupales, apoyo y asesoramiento, las visitas a domicilio, los folletos, las llamadas telefónicas, y los dispositivos de aviso.</p> <p>Las intervenciones fueron administradas por los trabajadores comunitarios de salud (ACS), farmacéuticos, enfermeras y consejeros de pares en una variedad de entornos.</p> <p>En varios de los estudios utilizan métodos para hacer llegar las intervenciones, al igual que los investigadores utilizan varios tipos de intervenciones.</p> <p>Los métodos de medición de la adherencia utilizada en los estudios de la revisión incluyen pastilleros electrónicos, observación directa, auto-informe y los informes de farmacia, recuento de pastillas.</p> <p>Siendo específicamente los utilizados en hipertensión arterial los mensajes espirituales y relacionadas con la hipertensión a través de llamadas telefónicas programadas, material impreso sobre la hipertensión, visitas a domicilio de un educador de salud, durante 6 semanas (Walker, et al). Seis citas mensuales con visita de farmaceuta clínico, durante 6 meses (Vivian, et al). Educación con inducción en efecto positivo y la autoafirmación con un libro de trabajo culturalmente adaptado, seguimiento con llamadas telefónicas bimestrales (Ogedegbe, et al, 2008). Entrevistas motivacionales a los 3.6.9.12 meses (Ogedegbe, et al, 2012). Llamadas automatizadas basadas en computadoras interactivas culturalmente adaptado, durante 12 meses (Migneault, et al.). Consulta sobre el estilo de vida y terapia entregada por los farmacéuticos hispanos y las intervenciones del equipo de salud, durante 9 meses (Lai, et al). Seis sesiones de consejería de comportamiento de grupo, con dos sesiones mensuales de mantenimiento durante 14 semanas(Fernández, et al)</p> <p>Duración intervención: 1 mes hasta 24 meses, con una media de 6 meses.</p>

<b>Resultados</b>	<p>La mayoría de los estudios incluidos en la revisión se enfocan en afroamericanos y población latina. 25 estudios tenían población estudio &gt; 75% afroamericanos de esos estudios, 13 encontraron significancia post intervención en cuanto a la adherencia a la medicación.</p> <p>8 estudios tenían como población de estudio personas latinas en más del 75%; cinco de esos estudios encontraron mejoras posteriores importantes a la intervención en adherencia a la medicación. Cinco estudios subgrupo realizaron análisis por raza para determinar el efecto de las intervenciones en la adherencia a la medicación. No existe una sola intervención que haya demostrado ser universalmente exitosa.</p> <p>24 estudios dentro de los que se encuentran Lai, et, al, utilizan el <b>autoreporte</b> (ya sea por parte del paciente o cuidador), como método de evaluación de la adherencia sea solo o acompañado de otra estrategia.</p> <p>12 estudios dentro de los que se encuentra el de Ogedegbe, et al, 2008 y 2012 en los que se utilizan <b>dispositivos electrónicos de monitoreo</b> para medir la adherencia de forma única o en combinación con otros métodos de medida.</p> <p>En cuanto al tiempo de duración de las intervenciones para hipertensión arterial varía entre 6 semanas a 12 meses.</p> <p>La <b>entrevista motivacional</b> parece ser una intervención eficaz para algunas poblaciones afroamericanas. Siete estudios utilizaron la entrevista motivacional, entre estos el estudio de Ogedegbe, et al, 2008, que lo aplicaba en paciente con hipertensión arterial.</p> <p>Dos de los estudios realizados con pacientes VIH positivos, encontraron con la entrevista motivacional mayor adhesión, al igual que los estudios realizados con pacientes hipertensos y pacientes con asma.</p>
-------------------	---

Dos estudios se centraron en el **uso de los farmacéutas para ofrecer gestión de la educación en el caso de los pacientes con hipertensión**. Lai, et al (2007), encontró que la población latina en su estudio mejoró en la capacidad para volver a recargar medicamentos a tiempo después de la intervención; a los 9 meses, el porcentaje de los pacientes que recargaban sus medicamentos a tiempo se incrementó significativamente (96% vs 71%).

Por el contrario, Vivian, et al (2002), no demostró diferencias entre los grupos de intervención y control al olvidarse de tomar las dosis por lo menos una vez a la semana o en la recarga medicamentos dentro de las dos semanas de la fecha prevista con una población afroamericana; después de 6 meses el porcentaje de los pacientes que olvidan tomar sus medicamentos por lo menos una vez a la semana y el porcentaje de los pacientes que recibieron medicamentos recargados dentro de dos semanas de la fecha prevista no fueron significativamente diferentes en la intervención frente a los grupos de control, lo cual fue medido por auto informe y número de recargas de farmacia.

Según Walker, et al 2000, después de 6 semanas, la media de adherencia no mejoró significativamente respecto al valor basal en el grupo de intervención o en el grupo de control basado en visitas a domicilio para llevar a cabo el recuento de pastillas.

Según Ogedegbe, et al, 2012, a los 12 meses la adherencia medida por el monitor píldora electrónica (Medic e-Cap) fue significativamente mayor en el grupo intervención versus grupo control (42% vs 36%).

De igual forma Ogedegbe, et al, 2008, a los 12 meses se observó un aumento no significativo 1,1% dentro de los grupos en las tasas de adherencia para el grupo de intervención en la línea de base frente a una disminución significativa -12,9% en el grupo de control con la entrevista motivacional.

	<p>Según Migneault, et al, a los 12 meses no se encuentra diferencia significativa en el puntaje de entre el grupo intervención y control medido a partir del auto-reporte (0.45 vs 0.26) con la intervención de llamadas automatizadas basada en computadoras interactivas culturalmente adaptadas.</p> <p>Según Fernández, et al, a las 14 semanas se registraron aumentos significativos en el cumplimiento de la toma de medicamentos en el grupo intervención (52% vs 24%), pero no en el grupo control (58% vs 59%), basado en la auto-informe, con la estrategia de sesiones de consejería de comportamiento de grupo, con dos sesiones mensuales de mantenimiento.</p>
<p><b>Datos: 1. Autor. 2. Titulo del estudio. 3. Referencia</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gbenga O. Ogedegbe, Carla Boutin-Foster, Martin T. Wells, John P. Allegrante, Alice M. Isen, Jared B. Jobe, Mary E. Charlson</li> <li>2. A Randomized Controlled Trial of Positive-Affect Intervention and Medication Adherence in Hypertensive African Americans</li> <li>3. JAMA Internal Medicine , ARCHIVE INTERNAL MEDICINE /VOL 172 (NO. 4), FEB 27,</li> </ol>
<p><b>1. Objetivo</b> <b>2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Examinar dos tipos de educación, la PE o educación al paciente y la PA educación al paciente mejorada con la inducción en efectos positivos y la autoafirmación.</li> <li>2. Ensayo controlado aleatorio con grupo intervención y grupo control. Pacientes adultos que acuden a un centro de atención primaria dentro de la red de atención ambulatoria del New York Presbyterian. Afroamericanos o de raza negra, manejo del inglés fluido, con diagnostico de hipertensión, consumo al menos un medicamento antihipertensivo y que firmaran el consentimiento informado.</li> </ol> <p>Muestra de 256 pacientes, 125 en grupo en el grupo intervención PA(Educación al</p>

	paciente mejorada con la inducción en afectos positivos y la autoafirmación) y 131 en el grupo control intervención PE(Educación al Paciente)
<b>Intervención.</b>	<p>Se examinaron dos tipos de educación, la PE o educación al paciente y la PA educación al paciente mejorada con la <b>inducción en efectos positivos y la autoafirmación</b>. El afecto positivo es un estado de compromiso placentero con el medio ambiente y refleja los sentimientos cotidianos de felicidad, alegría, satisfacción y entusiasmo. Puede ser inducida de varias maneras, incluyendo la recepción felicitaciones y regalos inesperados, enfocándose en pensamientos positivos y la finalización con el éxito de pequeños logros. La combinación de la inducción en afectos positivos y la autoafirmación se define como la motivación para preservar una imagen positiva y auto- integridad cuando uno se autodefine, lo que mejora la capacidad de superar expectativas negativas basándose en las experiencias anteriores de sucesos. Se produce a través del uso de afirmaciones positivas o memorias sobre los logros de uno o éxitos para construir confianza en sí mismo.</p> <p>El grupo control recibió una educación al paciente basado en un libro educativo diseñado y culturalmente adaptado, para mejorar el conocimiento de los paciente sobre la hipertensión mejorar las conductas de auto cuidado. Personal entrenado reviso cada capítulo con los pacientes, luego le pidieron firmar un compromiso de toma de sus medicamentos según las indicaciones. Posteriormente a esta reunión, cada paciente recibió una llamada telefónica bimestral, durante el cual se evaluó los comportamientos y la confianza para tomar sus medicamentos según las indicaciones. Estas evaluaciones sirvieron de base para revisar y aconsejar al paciente sobre las barreras percibidas en la adherencia a la medicación.</p> <p>El grupo intervención se les entrego el mismo libro que al grupo control, pero adicional se les entrego un capitulo que aborda los beneficios de momentos positivos en la superación de los obstáculos a la adherencia a la medicación.</p>

	<p>Además, estos pacientes recibieron 2 llamadas telefónicas de PA cada dos meses, se les pidió que identificaran las cosas pequeñas en sus vidas que invocan sentimientos positivos en ellos y eran entonces instruidos para incorporar estos pensamientos positivos en su diario vivir. Los pensamientos positivos se reforzaron aún más durante llamadas telefónicas bimestrales posteriores. En segundo lugar, los pacientes recibieron pequeños regalos inesperados enviados por correo a ellos antes de cada llamada telefónica; esta estrategia se basó en el potencial de recibir un regalo inesperado y que esto pueda inducir a sentimientos positivos. Y para la auto-afirmación se les pidió a los pacientes a recordar su valores y momentos de orgullo en sus vidas cada vez que se encuentre con situaciones que hacen que sea difícil para ellos para tomar su medicamentos.</p> <p>Duración intervención 12 meses</p>
<b>Resultados</b>	<p>Los pacientes en ambos grupos eran comparables en cuanto a características demográficas y clínicas. La mayor parte de los pacientes eran mujeres y tenían un nivel educativo menor al de secundaria. Edad promedio 58 años.</p> <p>La línea de base para la presión arterial fue de 137/82 mmHg, teniendo 2/3 de la población la presión no controlada. Y de igual manera reportando en el grupo control y en el grupo intervención 2/3 de número de personas adherentes.</p> <p>Más del 75% de los pacientes de ambos grupos recibieron al menos 4 de las 6 llamadas telefónicas cada dos meses. Con respecto a la entrega de los componentes de la intervención PA, el 96% de los pacientes informó que utilizaron las técnicas para la inducción de afecto positivo, el 74% uso las técnicas de inducción autoafirmación semanalmente, y más del 80% recibieron sus regalos enviados por correo.</p> <p>El cumplimiento de la medicación a los 12 meses fue mayor en el grupo de PA (educación al paciente mejorada con la inducción en efectos positivos y la</p>

	<p>autoafirmación) que en el grupo PE (educación al paciente) (42 % vs 36 %, respectivamente; P = 0,049). La reducción dentro de los grupos en la presión sistólica (2,14 mm Hg vs 2,18 mm Hg , p = 0,98 ) y diastólica ( -1,59 mm Hg vs -0,78 mm Hg , p = 0,45) para el PA grupo y PE grupo, respectivamente, no fue significativa. Esto significa que aproximadamente 1 de cada 16 pacientes se beneficiaron del tratamiento. Por lo tanto, la intervención PA tuvo un impacto significativo en la adherencia a la medicación, pero no en la reducción de la presión arterial.</p>
<p><b>Datos: 1. Autor. 2. Titulo del estudio. 3. Referencia</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jinping Wang, Jianlong Wu, Junfen Yang, Yihao Zhuang, Jialin Chen, Wenjing Qian, Jie Tian, Xiaoyan Chen, Dingping She, and Fei Peng.</li> <li>2. Effects of pharmaceutical care interventions on blood pressure and medication adherence of patients with primary hypertension in China.</li> <li>3. EBSCO HOST, Clinical Research and Regulatory Affairs marzo, 1–6</li> </ol>
<p><b>1. Objetivo. 2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar los efectos de las intervenciones de atención farmacéutica en la presión arterial (PA) y la adherencia a la medicación de los pacientes con hipertensión primaria en China.</li> <li>2. Ensayo controlado aleatorizado con grupo control y grupo intervención. Pacientes que asistían a la consulta externa clínica del departamento de cardiología en Shenzhen Second People's Hospital en la provincia de Guangdong China, diagnóstico de hipertensión primaria de por lo menos 1 año, hipertensión arterial no controlada con cifras de presión arterial &gt; 140/90 mm Hg a pesar de tomar los medicamentos antihipertensivos. Muestra 59 pacientes, 29 en el grupo intervención y 30 en el grupo control.</li> </ol>
<p><b>Intervención. .</b></p>	<p>Reuniones periódicas cada dos meses <b>con los farmacéutas</b>. En estos encuentros el farmacéuta brinda al participante los nombres de medicamentos, indicaciones, fortalezas, efectos adversos, y las instrucciones de uso. Los farmacéutas también introdujeron instrucciones precisas sobre la toma de la presión arterial, cumplimiento de la medicación, estilo y comportamientos de vida saludable. Durante el periodo de seguimiento el farmacéuta realizó el acompañamiento en tomas de presión arterial, también registraban el efecto real de de tratamiento y de la</p>

	<p>farmacoterapia identificando problemas. Si encontraba problemas relacionados con los medicamentos, los farmacéutas informaban a los médicos de inmediato, por lo que los pacientes podrían recibir un tratamiento adecuado. Ayudando a la mejoría en la comunicación entre paciente, farmacéuta y médico, esto le brindaba al médico la oportunidad de ofrecer programas de tratamiento individualizado.</p> <p>Así mismo el modelo le permite al paciente entender activamente su tratamiento, planificar las metas y responsabilidades para el cumplimiento.</p> <p>Los pacientes en el grupo de control fueron seguidos regularmente sin ninguna formación específica o intervenciones de adherencia.</p> <p>La adherencia a la medicación fue medida en dos oportunidades, en la visita inicial y a los 12 meses de la intervención; por medio de la escala MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) la cual cuenta con 8 ítems los cuales miden cada uno un comportamiento para la adherencia a los medicamentos, pero no determina la razón de ese comportamiento. Se clasificaron en tres niveles de adherencia para facilitar su uso en la práctica clínica: alta adherencia (puntuación, 8), adherencia media (puntuación, de 6 a &lt;8), y la baja adherencia (puntuación, &lt;6)</p> <p>Duración intervención: 12 meses.</p>
<b>Resultados</b>	<p>No existen diferencias significativas respecto a las características sociodemográficas; el antihipertensivo más comúnmente formulado en la primera consulta: bloqueador de canales de calcio, seguido por bloqueadores de receptores de angiotensina, IECA y beta bloqueadores.</p> <p>Al principio del estudio la presión arterial de 26.6% de los pacientes en el grupo control estaba manejado con monoterapia, 53.3% con terapia dual y 20 % con triple terapia farmacológica; en el grupo intervención 23.3% con mono terapia, 60 % con terapia dual y 16.6% con terapia triple. En comparación con la línea base, la incidencia de reacciones adversas a los medicamentos se incrementó ligeramente en el grupo control, pero disminuyó significativamente en el grupo de intervención después de 12 meses de seguimiento.</p> <p>En el grupo de intervención a los 12 meses de seguimiento, el porcentaje de pacientes con alta adherencia (72,41%) fue significativamente mayor, en comparación con el</p>

	<p>grupo control.</p> <p>En el grupo control el nivel bajo de adherencia correspondía a 13 (43.33%) en comparación a los 12 meses de seguimiento con 11 (36.67%), en el nivel medio de adherencia la línea de base fue 12 (40%) en comparación a los 12 meses de seguimiento con 15 (50%)y en el nivel alto de adherencia la línea base fue de 5 (16.67%) en comparación al seguimiento con 4 (13.33%).</p> <p>Para el grupo intervención se observaron mejorías en todos los niveles de adherencia pasando el grupo de baja adherencia de 14 (48.28%) a 4 (13.79%)a los 12 meses de seguimiento, en el grupo de adherencia media de 11 (37.93%) a 4 (13.79%), y en el grupo de alta adherencia paso de 4 (13.79%) a 21 (72.41%) al seguimiento de 12 meses , evidenciando una mejora importante en la adherencia en el grupo intervención.</p> <p>En el grupo de intervención, se les dio una estrategia de educación, para iniciar el tratamiento y titulación de los medicamentos antihipertensivos. Esta gestión condujo a un marcado incremento en la adherencia a la medicación de 13,79% a 72,41%, que se asoció con reducciones clínicamente significativas en la presión arterial. En contraste, todavía había 86,67% de los pacientes con problemas de adherencia a la medicación a los 12 meses en comparación con el valor inicial en el grupo de control.</p>
<p><b>Datos: 1. Autor. 2. Título del estudio. 3. Referencia 4. Muestra (No.)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lucinda B. Leung, Andrew M. Busch, Sarah L. Nottage, Naira Arellano, Eva Gliberman, Nicholas J. Busch, Stephen R. Smith</li> <li>2. Approach to Antihypertensive Adherence: A Feasibility Study on the Use of Student Health Coaches for Uninsured Hypertensive Adults</li> <li>3. EBSCO HOST, Behavioral Medicine, 38: 19–27.</li> <li>4. 25 pacientes de los cuales 12 terminaron la intervención completa.</li> </ol>
<p><b>1. Objetivo 2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. (1) recoger datos piloto en el entrenamiento de la salud y adherencia a la medicación en pacientes hipertensos, (2) para demostrar la viabilidad y aceptabilidad de esta intervención para los pacientes y los entrenadores, (3) proporcionar el primer ejemplo de la incorporación de estudiantes asesores de salud en un equipo de atención primaria para los pacientes hipertensos.</li> </ol>

	<p>2. Estudio piloto, ensayo no controlado abierto</p> <p>Pacientes que asistían al Rhode Island Free Clinic (RIFC), adultos que hablaran inglés o español entre 19-64 años con diagnóstico de hipertensión esencial y que fueron identificados con baja adherencia a la medicación por parte del personal de salud del RIFC.</p>
<b>Intervención.</b>	<p>La intervención consistía en <b>asignar un entrenador de salud a cada paciente</b>, durante la entrevista inicial o presentación los entrenadores revisaron los medicamentos actuales, analizaron las barreras percibidas para la adherencia, explicaron el uso adecuado de medicamentos, dieron instrucciones para realizar monitoria de presión arterial en el hogar alentaron a los pacientes a adquirir por lo menos un objetivo de estilo de vida (por ejemplo, ejercicio). Posterior los pacientes recibieron una serie de seis llamadas telefónicas de 20 minutos cada con una frecuencia de cada dos semanas por parte de sus entrenadores, las llamadas fueron con el objetivo de documentar las mediciones de PA de los pacientes, preocupaciones acerca de los medicamentos, y el progreso en su estilo de vida para proporcionar a los pacientes el apoyo adecuado.</p> <p>Los entrenadores utilizan diferentes métodos para enseñar sobre hipertensión, tales como juegos de rol con los pacientes o el dibujo de imágenes de las tuberías / mangueras para simular la transmisión de la Presión Arterial.</p> <p>Para determinar el nivel de adherencia aplicaron la prueba de MMAS (Morisky Medication Adherence Scale), al inicio de la intervención, para definir la mejoría en la adherencia aplicaron, posterior para la monitorización de la adherencia aplicaron el cuestionario Brief Medication Questionnaire (BMQ), esta escala es sensible, con su validez evaluó a través de la Sistema de Monitoreo de Eventos a medicamentos (MEMS), el "estándar de oro" de la medición de la adherencia.</p> <p>La intervención duró aproximadamente de tres a seis meses, dependiendo de la accesibilidad de los pacientes por teléfono. Los entrenadores se reunieron con sus pacientes durante un tiempo final para revisar el progreso y concluir la intervención</p> <p>Duración intervención: 14 meses.</p>
<b>Resultados</b>	<p>En cuanto a datos demográficos 6 paciente son latinos (50 %), raza negra 3( 25% ) , raza blanca 3 ( 25%); en cuanto a sexo 9 son hombres(75%) y 3 son mujeres (25%), en cuanto a nivel educativo 8 son graduados de la secundaria (67%), 3 son graduados de la universidad (25%) y 1 tiene grado escolar (8%). El estado civil predominante con 5 es el</p>

	<p>casado (42%). Y el idioma predominante fue equitativo con 50 % para cada idioma inglés y español.</p> <p>En cuanto a medicamentos los pacientes tomaban entre 1.5 a 12 medicamento por día con una media de 1 a 5 antihipertensivos.</p> <p>En cuanto a adherencia el nivel evaluado con el MMAS fue de medio con un rango de valor de, sin embargo esto está relacionado con el nivel de Presión arterial, cuando se tiene este indicador controlado hay un mayor nivel de adherencia y cuando no se está controlada da un menor nivel de adherencia, esto en la medición al inicio de la intervención.</p> <p>En cuanto a la escala BMQ esta mostro al inicio de la intervención una adherencia y las barreras que este estudia (régimen, creencia, recuerdo, y ventanas de acceso) en 2.33(0.78), y post intervención 1.25(0.87) los cuales muestran que el 25% muestran una menor barrera en comparación con el 92% del inicio del estudio.</p> <p>El 90 % de los participantes reporta, una influencia positiva por parte de los entrenadores de salud en los tres dominios que tiene como objetivo la intervención de los entrenadores 1)La Autoeficacia, sentirse capaz de hacer cambios para mejorar la hipertensión, (2) El conocimiento, averiguar las opciones saludables para mejorar la hipertensión, (3) Sensibilización, sintiéndose motivados a prestar más atención a la hipertensión.</p>
<p><b>Datos: 1. Autor. 2. Titulo del estudio. 3. Referencia</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manuel P. Morgado, Sandra R. Morgado, Liliana C. Mendes, Luísa J. Pereira, and Miguel Castelo-Branco</li> <li>2. Pharmacist interventions to enhance blood pressure control and adherence to antihypertensive therapy: Review and meta-analysis</li> <li>3. Am J Health Syst Pharm. 2011 Feb 1; 68(3):241-53.</li> </ol>
<p><b>1. Objetivo</b> <b>2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar el efecto de las intervenciones del farmacéutico en cumplimiento de la medicación antihipertensiva y cuantificar las reducciones en PAS y PAD resultado de la aplicación de la intervención.</li> <li>2. Revisión sistemática</li> </ol> <p>Se seleccionaron los artículos según los criterios de inclusión: población adulta con hipertensión arterial esencial, con toma de medicamentos para bajar la presión; clara</p>

	<p>descripción y evaluación de la intervención entregada por un farmacéuta para mejorar la adherencia a los medicamentos antihipertensivos, que incluyera ambos aspectos: mejoría de presión arterial y resultados en control de las cifras de presión arterial. El idioma de escritura español, inglés, portugués, italiano, alemán o francés.</p> <p>Muestra: 15 artículos que cumplen con criterios de inclusión</p>
<b>Intervención.</b>	<p>En los artículos revisados se encontraron varios tipos de intervenciones</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estrategia administración de medicamentos que incluye: monitorización de la terapia de drogas y ajustes; la simplificación de los regímenes antihipertensivos; optimización del régimen de medicamentos con el fin de resolver las reacciones adversas a los medicamentos, interacciones medicamentosas y las interacciones entre alimentos y medicamentos; la sustitución por genéricos</li> <li>2. Intervenciones educativas dirigidas al paciente: educación sobre hipertensión, la recomendación de autocontrol de la presión arterial, la educación y el asesoramiento de estilo de vida, educación y asesoramiento en medicación.</li> <li>3. Auto-control y registro de presión arterial, incluyendo la educación, el estímulo, y validación de monitor de presión arterial.</li> <li>4. Recordatorios de medicamentos, incluidos los consejos de educación y asesoramiento incluye: teléfono y /o computadora.</li> <li>5. Sistemas de administración mejorados (MEMS Medication Event Monitoring System).</li> <li>6. Seguimiento y contacto más frecuente.</li> <li>7. Intervenciones educativas y alertas suministradas por profesional de la salud cara a cara vía telefónica o computarizada</li> <li>8. visitas del farmacéutico clínico en universidad, hospital y clínicas comunitarias</li> </ol> <p>Tiempo de intervención: 2 semanas a 12 meses siendo el más frecuente 6.7 a 10.6 meses.</p>
<b>Resultados</b>	<p>La administración de medicamentos, intervenciones educativas dirigidas al paciente, y citas de seguimiento más frecuentes o contacto, fueron las intervenciones farmacéuticas utilizadas con mayor frecuencia. El número de intervenciones del farmacéutico por estudio varió de dos a cinco. Después de los valores de presión arterial y resultados de cumplimiento de medicamentos, las cuales fueron evaluadas en todos los estudios, la calidad de vida del</p>

paciente era el resultado más evaluado, presente en 6 de los 15 estudios incluidos

Administración de medicamentos, intervenciones educativas dirigidas al paciente, y citas de seguimiento más frecuentes o contactos fueron las intervenciones farmacéuticas utilizadas con mayor frecuencia.

Con la aplicación de la estrategia del MMAS Questionnaires, la adherencia aumento del 63% al 67 % en el grupo intervención y el método de medición es el autoreporte. Con la aplicación de la escala Horne's Medication Adherence Report Scale y por medio del autoreporte la adherencia paso de 53.2% a 62.9%. Con el cuestionario de Adherencia y el autoreporte se observa un cambio de 35% a 93%. En general todas las intervenciones tienen cambios en el % de mejoría de la adherencia.

La adherencia a la medicación de línea de base a los fármacos antihipertensivos varió del 35% al 88,6%, y la adherencia a la medicación al final del estudio varió de 50% a 95,8%, lo que apunta a un aumento de la adherencia a la **medicación debido a las intervenciones del farmacéutico**.

5 estudios revelaron que las intervenciones farmacéuticas tuvieron un efecto negativo en la adherencia al tratamiento de los pacientes en comparación con el grupo control, que oscilaba entre -1% y -8%, estos resultados negativos no fueron significativas. Un estudio encontró un aumento anormalmente alto en la tasa de adherencia al tratamiento (aumento del 58% respecto al valor inicial); sin embargo, ningún grupo de comparación se utilizó en este estudio, y el período de seguimiento fue de dos semanas solamente.

Seis estudios también adoptaron un seguimiento más frecuente sin un aumento significativo en la adherencia a la medicación. En 5 de estos 6 estudios, la tasa de adhesión de punto final fue alta (> 80%) en el grupo de control, posiblemente lo que hace difícil lograr un aumento adicional en el grupo de intervención. De hecho, todos los 7 estudios con una alta tasa de adherencia en el punto final del estudio (> 80%) fue en el grupo de control.

Casi todas las intervenciones que aumentan la adherencia a la medicación, incluyen combinación de varias estrategias

<b>Datos: 1. Autor. 2. Título del estudio. 3. Referencia</b>	<p>1. Yeon-Hwan Park, HeeKyung Chang, JinShil Kim and Jin Sang Kwak</p> <p>2. Patient-tailored self-management intervention for older adults with hypertension in a nursing home</p> <p>3. Journal of Clinical Nursing, 22, 710–722,</p>
<b>1. Objetivo 2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b>	<p>1. Evaluar los efectos de una intervención de autogestión adaptada al paciente con dos puntos de trabajo (1) control de la presión arterial y (2) comportamientos de auto-cuidado, ejercicios de auto-eficacia y adherencia a la medicación en los pacientes hipertensos mayores coreanos en un hogar de ancianos.</p> <p>2. Grupo intervención y grupo control.</p> <p>Los pacientes incluidos en el estudio cumplen los siguientes criterios de inclusión: Mayor de 60 años con diagnóstico de hipertensión arterial mayor a un año, sin déficit cognitivo severo medido con el Mini-Mental State Examination in the Korean version (MMSE-K), toma de medicamentos antihipertensivos óptimos como los diuréticos tipo tiazida y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina con ningún cambio en la medicación en los tres meses anteriores al estudio.</p> <p>Muestra 47 hogares de ancianos (nursing home), 23 hogares de anciano en el grupo intervención y 24 hogares de ancianos en el grupo control.</p>
<b>Intervención.</b>	<p>La intervención fue diseñada para aumentar la adherencia a estrategias de autocuidado, incluyendo los regímenes terapéuticos de la medicación, la dieta y la actividad física y manejo del estrés, en pacientes hipertensos de edad avanzada en un hogar de ancianos.</p> <p>El investigador principal ofreció educación sanitaria estructurada a los residentes de hogares de ancianos con hipertensión en el grupo de intervención. Las sesiones de asesoramiento adaptadas eran seguidas y dirigidas por los especialistas en enfermería geriátrica.</p> <p>Cada sesión tuvo duración de 90 minutos, de los cuales un aproximado de 30 minutos fueron utilizados para la sesión de orientación a la medida de los pacientes. La educación sanitaria y la asesoría consistieron en una sesión por semana durante ocho</p>

	<p>semanas.</p> <p>La educación en salud mostraba temas de cada sesión que a menudo fueron promovidos para el auto-manejo de la hipertensión incluyen diagnóstico, síntomas y complicaciones de la hipertensión, la medicación, control de la presión arterial, la dieta, la actividad física y estrategias para el manejo del estrés. Cada sesión fue interactiva con una breve introducción al tema, la discusión en grupo y experiencias personales relacionadas con el tema para esa sesión.</p> <p>La orientación o asesoría a la medida de los pacientes, en este espacio los especialistas en enfermería geriátrica ofrecen asesoramiento individualizado a los pacientes en el grupo de intervención, después de cada sesión de educación para la salud. El enfoque del asesoramiento adaptado el paciente era que los pacientes desarrollen planes estratégicos para los cambios de estilo de vida que eran motivo de preocupación</p> <p>Duración de la intervención: 8 semanas</p>
<b>Resultados</b>	<p>La mayor parte de los participantes son mujeres (72%) y un tercio son casado (32%), la media para la edad fue de 74.4 año con un rango entre 61 y 93 años. Menos del 50 % de los participantes tenían experiencia previa con educación en hipertensión. Los paciente llevaban un aproximado de 11.8 años tomando medicamentos antihipertensivos. La base para las cifras de la presión arterial fue 129 mmHg (<math>\pm 13.1</math>) sobre 73 mmHg (<math>\pm 9.9</math>).</p> <p>En los pacientes en el grupo intervención se identifico una mejor autoeficacia, que en el grupo control en comparación del inicio a las 8 semanas.</p> <p>Los niveles de presión arterial (PAS y PAD) se redujeron en ambos grupos, pero de manera más significativa en el grupo intervención.</p> <p>La intervención de la autogestión adaptada al paciente mejoró significativamente los resultados secundarios de autocuidado y autoeficacia.</p>

	<p>Posterior a la intervención el grupo intervención tiene mayores niveles de autocuidado y comportamientos de autoeficacia.</p> <p>No se observo diferencia significativa en cuanto a adherencia a los medicamentos en el grupo control, pero si se observo una mejoría en el grupo intervención a las 8 semanas de iniciada la intervención (al inicio 9 (39.1) a las 8 semanas 23 (100)) llegando al 100 % del grupo intervención.</p>
<p><b>Datos: 1. Autor. 2. Titulo del estudio. 3. Referencia</b></p>	<p>1. Meera Viswanathan, PhD; Carol E. Golin, MD; Christine D. Jones, MD, MS; MahimaAshok, PhD; Susan J. Blalock, MPH, PhD;Roberta C.M. Wines, MPH; Emmanuel J.L. Coker-Schwimmer, MPH; David L. Rosen, MD, PhD; PriyankaSista, BA; and Kathleen N. Lohr, PhD</p> <p>2. Interventions to Improve Adherence to Self-administered Medications for Chronic Diseases in the United States</p> <p>3. Annals of Internal Medicine Volume 157 • Number 11, 4 December 2012.</p>
<p><b>1. Objetivo</b> <b>2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b></p>	<p>1. Evaluar la eficacia comparativa de paciente, proveedor, sistemas y políticas de intervención que apuntan a mejorar la adherencia a medicamentos para condiciones crónicas de salud en los Estados Unidos.</p> <p>2. Revisión sistemática</p> <p>Los artículos elegidos contaron con los siguientes criterios de inclusión: estar escritos en ingles, estudios desarrollados en estados unidos, contar con adultos con prescripción de medicamentos y que estos sean auto administrados para la prevención secundaria o terciaria de las enfermedades crónicas.</p> <p>De los 64 estudios incluidos en esta revisión 18 correspondían a estudios de intervenciones variadas (ensayos sistematizados y aleatorizados) dirigidos a personas con la hipertensión arterial.</p>
<p><b>Intervención.</b></p>	<p>Ampollas de embalaje o pastilleros, La gestión de casos precedidos de evaluación interdisciplinaria intensiva, Atención de colaboración (teléfono y en persona), Atención</p>

	<p>de colaboración solo por teléfono, ayuda en toma de decisiones, educación cara a cara con el farmacéuta. Educación y apoyo conductual (teléfono, correo, y / o video), Educación y soporte social, Entrenadores de salud, intervenciones multicomponentes, el Farmacéutico o médico con el acceso a los datos de la adherencia del paciente, Recordatorios, comunicación de riesgos, autogestión, El asesoramiento telefónico, gestión de la atención y el seguimiento</p> <p>. Duración de la intervención: Semanas a meses.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Para adherencia a la medicación en hipertensión se encontró evidencia que soporta múltiples intervenciones eficaces como blíster, manejo de casos, educación con apoyo conductual (109 –112, 116, 117, 122–124). Para la hipertensión, tanto la gestión de casos (96, 111, 112) y la educación cara a cara por los farmacéuticos (109, 116, 117) dieron lugar a una mayor adherencia que la disminución de presión arterial sistólica y diastólica.</p> <p>De los 18 enfoques de intervención, 7 habían sido probado en diferentes condiciones clínicas: la educación; manejo de casos; recordatorios; con múltiples componentes, dirigidas por farmacéutas; atención de colaboración; basado en asesoramiento telefónico, la gestión de la atención, y recordatorios; y ayuda en la decisión. De éstas, las intervenciones educativas con apoyo conductual a través de contacto continuo con el paciente durante varias semanas o meses son eficaces para la hipertensión. Ciertos tipos de intervención pueden proporcionar el mayor beneficio para los pacientes con una condición clínica específica.</p> <p>Atención de colaboración con las visitas de pacientes en persona para la educación y el asesoramiento parecía ser eficaz sobre todo para los pacientes con depresión y la diabetes; para otras condiciones clínicas (hiperlipidemia e hipertensión), la evidencia era insuficiente.</p> <p>Los trabajadores de la salud, farmacéutico, médico o enfermera son los encargados de entregar o desarrollar las estrategias en aproximadamente el 50% de las intervenciones. Alrededor de la mitad de las intervenciones presentan un encuentro cara a cara para la entrega de las intervenciones.</p>

<b>Datos: 1. Autor. 2. Título del estudio. 3. Referencia.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erik J. A. J. Beune, Eric P. Moll van Charante, Leo Beem, Jacob Mohrs, Charles O. Agyemang, GbengaOgedegbe, Joke A. Haafkens</li> <li>2. Culturally Adapted Hypertension Education (CAHE) to Improve Blood Pressure Control and Treatment Adherence in Patients of African Origin with Uncontrolled Hypertension: Cluster-Randomized Trial</li> <li>3. PLOS ONE, www.plosone.org ; March 2014 ; Volume 9; Issue 3</li> </ol>
<b>1. Objetivo 2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar el efecto de una práctica basada en la evidencia, culturalmente adecuada consistente en una intervención educativa para pacientes con hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en los pacientes de origen africano con hipertensión no controlada.</li> <li>2. Ensayo controlado aleatorizado con grupo intervención y grupo control La muestra estuvo conformada por africanos que asistían a cuatro centros holandeses de atención primaria y 146 pacientes (n = 75 intervenciones, control n = 71), que reunieron los siguientes criterios de inclusión: Nativos de Surinam o de Ghana; edad mayor o igual a 20 años, que reciban tratamiento para hipertensión; PAS mayor o igual a 140 mmHg. Todos los pacientes recibieron la atención habitual para el manejo de la hipertensión. El grupo de intervención también recibió tres sesiones de educación para la hipertensión culturalmente apropiadas dirigidas por enfermeras. La Presión Sanguínea se evaluó con Omron 705-IT y el cumplimiento del tratamiento se evaluó con las escalas de adherencia a estilos de vida y medicamentos.  Muestra 146 pacientes</li> </ol>
<b>Intervención.</b>	<p>Los pacientes en los lugares de intervención recibieron la atención que habitualmente recibían más tres asesorías culturalmente apropiadas de 30 minutos en sesiones cada 2 semanas, 8 semanas y, a las 20 semanas después del inicio se les realizaba una evaluación con el uso de los materiales educativos escritos culturalmente apropiados; posterior a esto se procedía a la revisión de las instalaciones del vecindario, tales como clubes de caminatas y tiendas de alimentos saludables, que permiten a los pacientes la adopción de estilos de vida más saludables y que fueran culturalmente apropiados para la población de Suriname y Ghana. Una Enfermera Profesional entrenada realizó todas</p>

	<p>las sesiones. Se asignó la tarea de educador de pacientes a una Enfermera Profesional porque el sistema de atención primaria en Holanda por lo general se reporte por Enfermeras Profesionales que trabajan bajo la supervisión de médicos de familia.</p> <p>La educación del paciente culturalmente apropiada combina el principio de la atención centrada en el paciente con el cuidado culturalmente competente, el efecto de la practica basada en evidencia , culturalmente adaptada en el control de la presión arterial y la adherencia al tratamiento.</p> <p>Duración: 12 Meses.</p>
<b>Resultados</b>	<p>139 pacientes (95%) completaron el estudio (intervención n = 71, control n = 68). Las características basales fueron en gran medida similares para ambos grupos. A los seis meses, se observó una reducción de la PAS de 10 mmHg – resultado primario, en el 48% de la población del grupo de intervención y 43 % del grupo de control. Las características socio demografías no son significativamente diferentes entre los dos grupos. A los seis meses, la media de la PAS / PAD había caído un 10/5.7 mmHg en el grupo de intervención y por 6.3/1.7 mm Hg en el grupo control. Después del ajuste, las diferencias entre grupos en PAS y la PAD fueron 21,69 mmHg y 23,01 mmHg en favor del grupo de intervención.</p> <p>Las características socio demográficas son similares en ambos grupos a excepción por la prescripción médica y el estado del seguro médico. El auto reporte de adherencia a estilos de vida saludables aumento 0.31 % en el grupo intervención, mientras que en el grupo control disminuyo 0.13 %, un pequeño aumento en el auto reporte de la adherencia a los medicamentos ocurrió en ambos grupos 0.51%. Se estudió la adherencia a la medicación con l escala MMA8, sin embargo los resultados no son los esperados y esto puede estar relacionado con que la escala MMA8 no está valida en poblaciones étnicas menores.</p> <p>Las puntuaciones medias de adherencia a las recomendaciones de estilo de vida se incrementaron en el grupo intervención, pero disminuyó en el grupo de control. Las</p>

	puntuaciones medias de cumplimiento medicamentoso mejoro ligeramente en los dos grupos. Después del ajuste, la diferencia entre los grupos para la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida fue 0,34 ( 0,12-0,55 , p = 0,003 ) y para la adherencia a la medicación fue 20,09 ( 20,65 a 0,46 , p = 0,74)
<b>Datos: 1. Autor. 2. Título del estudio. 3. Referencias 4. Muestra (No.)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diana Marcela Achury-Saldaña, Sandra Mónica Rodríguez, Luisa Fernanda Achury-Beltrán, Et, al.</li> <li>2. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel.</li> <li>3. AQUICHAN - ISSN 1657-5997 - AÑO 13 - VOL. 13 N° 3 - CHÍA, COLOMBIA - DICIEMBRE 2013   363-372</li> </ol>
<b>1. Objetivo 2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar el efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente hipertenso en una institución de segundo nivel.</li> <li>2. Estudio de intervención pre y post test con único grupo de intervención</li> </ol> <p>Se realizó un estudio de intervención pre y post test con un único grupo de 83 pacientes hipertensos, siendo estos el mismo control. Los pacientes asistieron a consulta ambulatoria en una institución de segundo nivel durante el periodo comprendido 2010-2011, en el cual se evaluó el efecto de un plan educativo para establecer la capacidad de agencia de autocuidado al inicio y transcurridos tres meses de la implementación del plan educativo. Se utilizó un muestreo no probabilístico para la obtención de la muestra.</p> <p>Muestra 83 pacientes.</p>
<b>Intervención.</b>	Para la recolección de datos se utilizó el instrumento “Evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso”, el cual fue aplicado durante la consulta de enfermería. La duración de la aplicación del instrumento a cada uno de los participantes fue de aproximadamente 15-20 minutos y, posteriormente, el software determinaba de inmediato los niveles de capacidad de agencia de autocuidado en que se encontraba el paciente y permitía al profesional de enfermería identificar las necesidades educativas específicas de cada uno de los individuos.

	<p>La aplicación del plan educativo requirió de la elaboración de una cartilla denominada Cuida tu vida, que contenía las recomendaciones de autocuidado para el manejo de la enfermedad, la cual permitió entregar educación de forma verbal y escrita al paciente, promoviendo el autoestudio con el propósito de lograr su empoderamiento.</p> <p>Tres meses después de la intervención se realizó seguimiento al paciente y se aplicó nuevamente el instrumento. La información recolectada fue analizada, con el fin de determinar la diferencia de puntajes entre el pre test y el post test.</p> <p>Los mecanismos de control de la calidad de la información que se tuvieron en cuenta fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Capacitación de las enfermeras que participaron en la aplicación del instrumento y el plan educativo</li><li>b) Prueba piloto.</li></ul> <p>Duración intervención: 3 meses.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Los resultados del estudio mostraron que predominó entre los participantes el sexo femenino con un 74,7 %, la ocupación de jubilación con un 51,8 %, seguido del hogar con un 33,8 %, la formación de bachillerato con un 62,6 %, seguido de la primaria con un 24,1 % y la red de apoyo familiar con un 52 %.</p> <p>Los resultados encontrados indican que el plan educativo mejoró la capacidad de agencia de autocuidado encontrando significancia estadística ya que el valor de probabilidad fue menor de 0,002. Este resultado comprueba la importancia de utilizar la educación orientada a satisfacer las necesidades individuales, así como a desarrollar habilidades y actitudes que produzcan un cambio de comportamiento suficiente para alcanzar los objetivos terapéuticos. Adicionalmente, el seguimiento se convierte en una herramienta complementaria a la intervención educativa, la cual debe realizarse de forma continua y no solo a corto sino a mediano y largo plazo para fomentar el mantenimiento en los cambios de la capacidad de agencia de autocuidado.</p>

	<p>El plan educativo generó un cambio significativo en los rangos de capacidad de agencia de autocuidado, puesto que en los resultados pre intervención se observó que 59 pacientes tenían un autocuidado medio y 24 un autocuidado alto; posterior a la intervención educativa de los 59 pacientes que se encontraban en rango medio 15 pasaron a rango alto y 44 continuaron en el mismo rango, de la misma forma que se mantuvieron los 24 pacientes que se encontraban inicialmente en rango alto.</p>
<p><b>Datos: 1. Autor. 2. Título del estudio. 3. Referencias</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. María Cristina Casas Piedrahíta, Liliana María Chavarro Olarte, Dora Cardona Rivas.</li> <li>2. ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN DOS MUNICIPIOS DE COLOMBIA. 2010-2011</li> <li>3. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 18, No.1, enero - junio 2013, págs. 81 - 96 ISSN 0121-7577</li> </ol>
<p><b>1. Objetivo</b> <b>2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar el efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente hipertenso en una institución de segundo nivel.</li> <li>2. Estudio de prevalencia analítico</li> </ol> <p>Pacientes con diagnóstico de hipertensión, inscritos en el Programa de Hipertensión Arterial, con edades iguales o superiores a 45 años, de procedencia urbana, pertenecientes al régimen subsidiado, que asistieron mínimo a dos y máximo a los seis controles establecidos por el programa entre el 1 de junio de 2010 hasta el 1 de junio de 2011.</p> <p>La población de los usuarios fue de 1205 de los cuales 677 fueron del municipio de Viterbo (Caldas) y 528 del municipio de La Dorada (Caldas). Para el cálculo del tamaño de muestra, se promediaron las proporciones de adherencia a tratamiento de HTA resultantes de diversos estudios en Colombia. El promedio resultante fue de 85,2%, el cual se aproximó por defecto a 85% para ajustar posibles errores de estimación. La muestra resultante fue seleccionada por método aleatorio simple sin reposición.</p>

	<p>Muestra de 152 usuarios de Viterbo y 143 de La Dorada.</p>
<p><b>Intervención.</b></p>	<p>Se desarrolló de un programa de control de la hipertensión arterial y la exposición a los factores relacionados con la adherencia por medio de un estudio de prevalencia analítico, en este tipo de estudio se indaga simultáneamente la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento una vez conformada la población de estudio. En este caso, el evento es la adherencia a los programas de control de la hipertensión arterial y la exposición a los factores relacionados con dicha adherencia: demográficos, socioeconómicos, factores de riesgo, satisfacción con el acceso a los servicios de salud, percepción de la calidad de la atención brindada por el personal médico.</p> <p>Las características demográficas y socioeconómicas se determinaron a través de una encuesta que indagó por los datos del usuario, nivel académico, actividad económica e ingresos, percepción del acceso a los servicios de salud y calidad de la atención brindada por el personal de salud la cual el usuario expresó su valoración, subjetiva, del acceso a los servicios de salud y la atención brindada por el personal de salud como: Excelente, Buena, Aceptable, Deficiente y Mala. Conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento: se incluyeron cinco preguntas de respuestas falsas o verdaderas sobre la enfermedad y el tratamiento. Exámenes paraclínicos de control y Factores de riesgo: se diseñó una hoja de registro para la información obtenida de la historia clínica de cada paciente.</p> <p>Duración de la intervención: Un año</p>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>De los 152 usuarios, en Viterbo, el 79% fueron mujeres, el 84% refieren no haber estudiado, el 84% carecen de ocupación y el 76% reportan ingresos entre 0 y 199.000 pesos colombianos. En la Dorada de 143 usuarios el 73% fueron mujeres, el 29% refieren no haber estudiado, el 76% carecen de ocupación y el 79% reportan ingresos entre 0 y 199.000 pesos colombianos. La adherencia al Programa de HTA, de estos pacientes, asciende al 46,7% de los encuestados en Viterbo y al 43,4% en La Dorada.</p> <p>La adherencia promedio fue de 45% en los dos municipios. Se observaron diferencias estadísticamente significativas, entre usuarios adherentes y no adherentes en los</p>

	<p>conocimientos sobre la enfermedad. Considerar que los tratamientos se realizan si las cifras de tensión son elevadas es un factor protector, en los adherentes en Viterbo. La relevancia que se otorga al tratamiento medicamentoso es un factor de riesgo para los no adherentes. En La Dorada son riesgo para no adherir al programa el que la hipertensión pueda controlarse con dieta, ejercicios y medicación y que los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas.</p> <p>Respecto a los conocimientos sobre la enfermedad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de usuarios en Viterbo y en la Dorada. En Viterbo, se observaron diferencias entre adherentes y no adherentes respecto a creer que en la hipertensión los tratamientos sólo se realizan si las cifras de tensión son elevadas (<math>P \leq 0,02</math>). Igualmente creer que en la hipertensión, solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso (<math>P \leq 0,01</math>). En igualdad de condiciones socio demográficas, socioeconómicas y relacionadas con la atención en salud, solo los conocimientos sobre la enfermedad se constituyen en factor de riesgo o factor protector.</p>
<p><b>Datos: 1. Autor. 2. Título del estudio. 3. Referencia.</b></p>	<p>1. Yarmeín Rodríguez García, Juan Ariel Oliva Díaz, Arletty Gil Hernández, Rodolfo Hernández Riera</p> <p>2. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos</p> <p>3. Archivo Médico de Camagüey, vol. 12, núm. 4, julio-agosto, 2008, Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey Cuba</p>
<p><b>1. Objetivo</b> <b>2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b></p>	<p>1. Elevar el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial en un grupo de pacientes geriátricos.</p> <p>2. Estudio de intervención educativa con diseño cuantitativo Inicialmente 70 adultos mayores, la muestra quedó formada por 55 de ellos, a los que se les aplicó una encuesta inicial para identificar las necesidades de aprendizaje sobre hipertensión arterial. La selección de la muestra se realizó teniendo en cuenta los pacientes hipertensos y la disposición de participar en la investigación, ésta quedó conformada por 55 adultos mayores lo que representó el 78,57%. Antes de la aplicación</p>

	<p>de la encuesta se diseñó el consentimiento informado a los pacientes que participarían en el estudio que fue leído y explicado una vez que aceptaron participar de forma absolutamente voluntaria</p> <p>Muestra de 75 pacientes.</p>
<b>Intervención.</b>	<p>Se realizó un estudio de intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de los pacientes geriátricos sobre hipertensión arterial a través de un programa educativo a partir de una identificación de necesidades de aprendizaje en los adultos mayores del consultorio # 40 del Policlínico Joaquín de Agüero y Agüero del municipio Camagüey en el período comprendido entre noviembre del 2005 y mayo del 2007.</p> <p>Se aplicó una encuesta inicial para identificar las necesidades de aprendizaje sobre hipertensión arterial; diseñada según revisión bibliográfica con un total de ocho preguntas realizadas de manera comprensible para este grupo de pacientes geriátricos.</p> <p>Durante la etapa de intervención la muestra fue dividida en cuatro subgrupos, tres de ellos con 14 integrantes y uno con 13, para de esta forma lograr mayor efectividad de las técnicas empleadas. Se realizaron cuatro discusiones grupales con el objetivo de profundizar en algunos temas de interés y familiarizarse con el lenguaje empleado por los adultos mayores. Posteriormente se llevó a cabo un programa educativo, en el que se impartieron cuatro encuentros a cada uno de los grupos dirigidos por el autor de la investigación, la promotora de salud del área y la enfermera responsable de la consulta. Se realizaron en la propia institución con una duración de 2 horas cada uno y una frecuencia semanal por un periodo de cuatro semanas.</p> <p>Al concluir el programa se aplicó nuevamente la encuesta para determinar los conocimientos adquiridos y de este modo hacer una comparación con los resultados iniciales y evaluar la efectividad de las técnicas empleadas. Los datos se procesaron de</p>

	<p>forma computadorizada, los resultados se expresaron en textos y tablas, como medida estadística se empleó la frecuencia y el por ciento.</p> <p>Duración de la intervención 2 años</p>
<b>Resultados</b>	<p>En cuanto a la composición de la muestra según grupos de edades el grupo etáreo que predominó fue el de 70 a 74 años de edad con un 28,4 % para el sexo masculino, se evidenció la prevalencia del mismo con un 58,1 %. El sexo femenino estuvo representado por el 41,8 % y el grupo de edad que predominó fue el de 65 a 69 años.</p> <p>Antes de la intervención las mayores dificultades fueron con relación a la disminución del peso, el incremento de la actividad física y las situaciones de gran tensión, los cuales eran conocidos solamente por 35 adultos mayores que representan 63,6 % del total. Después de aplicado el programa educativo, se logró un aumento significativo del nivel de conocimientos.</p> <p>En cuanto al conocimiento del tratamiento farmacológico se apreció que antes de aplicada la estrategia el mismo era poco conocido, es decir, menos de la mitad del grupo (40 %) conocía sobre el tema, hecho que se modificó de forma significativa después y se logró que el 96,3 % conociera a que se refiere este término.</p>
<b>Datos: 1. Autor. 2. Título del estudio. 3. Referencia.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teixeira J. Pacheco GS. Toreti IR.</li> <li>2. Evaluación del uso de pictogramas como ayuda a la adherencia al tratamiento farmacológico.</li> <li>3. Seguin Farmacoter 2003; 1(3): 127-135</li> </ol>
<b>1. Objetivo 2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar el grado de entendimiento del instrumento aplicado y su eficacia en la adherencia al tratamiento.</li> <li>2. Ensayo aleatorizado con grupo control e intervención.</li> </ol> <p>La muestra está constituida por 10 pacientes inscritos en la Unidad de Salud de la Familia del barrio de Sao Simão, localizado en el municipio de Cruciúma, Santa</p>

	<p>Catarina (Brasil). Los pacientes fueron seleccionados con ayuda del equipo de salud de la unidad. Todos eran hipertensos y hacían uso de medicamentos por lo menos desde hacía un año. Además eran usuarios conocidos por los problemas de adherencia al tratamiento y mantenían un contacto frecuente con la unidad. Los pacientes seleccionados fueron repartidos aleatoriamente en dos grupos de cinco pacientes: grupo control y grupo intervención.</p>
<b>Intervención.</b>	<p>Tanto los pacientes del grupo control como los pacientes del grupo intervención recibieron las mismas informaciones sobre sus tratamientos farmacológicos (aspectos relacionados con la posología, duración del tratamiento e importancia del cumplimiento terapéutico) y no farmacológico (hábitos de vida). Si bien, las informaciones suministradas al grupo intervención eran reforzadas de manera escrita, a través de un instrumento de adherencia al tratamiento, mientras que era exclusivamente oral para el grupo control.</p> <p>Este instrumento consiste en un material impreso, donde los periodos del día (mañana, mediodía, tarde y noche) son representados por pictogramas. Los medicamentos son dispensados acondicionados en bolsitas plásticas de acuerdo con un modelo de colores.</p> <p>El seguimiento de los pacientes pertenecientes a los grupos control e intervención se realizó a través de visitas domiciliarias semanales, durante 30 días, de acuerdo con la disponibilidad de los pacientes y del investigador. Durante todas las visitas se realizaba medición de la presión arterial, actividades de educación sanitaria y, en algunas de ellas, el recuento del número de comprimidos.</p> <p>Duración de la intervención 30 días.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Cerca del 60% de la muestra se trataba de pacientes del sexo femenino. La franja etaria de los pacientes varió entre 40 y 76 años, comprendiendo un 10% entre 40 y 50 años; 20% entre 51 y 60 años; 50% entre 61 y 70 años; y 20% entre 71 y 80 años. Se observa que la mayor parte de los pacientes presentan una edad superior a 61 años lo cual</p>

	<p>genera una mayor necesidad de seguimiento del tratamiento, para garantizar el uso correcto de los medicamentos, lo anterior debido a que en este rango de edad el paciente puede presentar dificultades auditivas, visuales e incluso de memoria.</p> <p>Los pacientes del grupo control utilizan un total de 14 medicamentos, donde el 58% eran antihipertensivos, 21% hipoglucemiantes orales, y el 21% se trataba de otros medicamentos que no se incluían en las clases anteriores. Mientras que los pacientes del grupo intervención utilizan 17 medicamentos, siendo el 70% antihipertensivos, 6% hipoglucemiantes orales y el 24% otros.</p> <p>La clase de medicamentos más utilizada se trata de antihipertensivos, lo cual muestra la necesidad de prestar mayor atención al paciente hipertenso, pues estos pacientes presentan una mayor dificultad cumplir el tratamiento farmacológico por tratarse de una patología crónica y asintomática. Para esto se empleó como estrategia el uso de informaciones escritas que ayudan al paciente a recordar el régimen posológico</p> <p>Por otra parte, basado en el recuento de comprimidos, los pacientes fueron clasificados como adherentes y no adherentes al tratamiento farmacológico. En el grupo control el 100% de los pacientes no adhirieron al tratamiento, mientras que en el grupo intervención el 80% de los pacientes adhirieron al tratamiento, siendo solo el 20% de no adherentes.</p>
<b>Datos: 1. Autor. 2. Título del estudio. 3. Referencia.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ramanath KV, Balaji DBSS, Nagakishore CH, Mahesh Kumar S, Bhanuprakash M</li> <li>2. A Study on Impact of Clinical Pharmacist Interventions on Medication Adherence and Quality of Life in Rural Hypertensive Patients</li> <li>3. Journal of Young Pharmacists Vol 4 / No 2</li> </ol>
<b>1. Objetivo 2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conocer el impacto de las intervenciones del clínico farmacéutico en el cumplimiento de la toma de la medicación</li> <li>2. Estudio aleatorizado y prospectivo de intervención</li> </ol> <p>Un total de 118 pacientes fueron abordados y explicó sobre el procedimiento y el</p>

	<p>objetivo del estudio brevemente, de los cuales sólo 56 pacientes aceptaron participar. Cuatro pacientes se retiraron debido a la negligencia, dejaron el lugar, el analfabetismo y el factor de la edad.</p> <p>El número total de pacientes que completaron el estudio fueron 52.</p>
<b>Intervención.</b>	<p>Consistía en proporcionar orientación sobre los medicamentos, estilos de vida, la enfermedad y las PILS (patient information leaflets) o folletos de información al paciente y recordatorios telefónicos frecuentes.</p> <p>Los pacientes fueron aleatorizados en el grupo de intervención y control por medio de una técnica de aleatorización sencilla, los números impares se ubicaron en el grupo control y los números pares en el grupo de intervención.</p> <p>Con el fin de conocer el comportamiento de adherencia a la medicación (MAB) de ambos grupos de intervención y control, era entregada una tarjeta que se recogió al final del estudio.</p> <p>El grupo de intervención recibió asesoramiento sobre aspectos como los medicamentos, cambios en los estilos de vida y el manejo de la enfermedad.</p> <p>Duración de la intervención 7 meses.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Las variables demográficas básicas de los pacientes mostraron, en el grupo de edad de 51 a 60 años (34,6%), 61 a 70 años (38,5%) fue la edad más común tanto en el grupo control como en el grupo intervención.</p> <p>Los resultados de la presión arterial (PAS y PAD) muestran una muy buena mejora de la base de línea después de realizado el segundo seguimiento.</p> <p>El grupo de control, mostró poca mejoría en la adherencia a la medicación debido repetidos seguimientos que les hizo pensar en la vida mantenimiento. Sin embargo, había una muy buena mejora en el grupo intervención en comparación con el grupo de control debido a que los pacientes del grupo de intervención se les proporcionaron</p>

	<p>asesoramientos, PILS y frecuentes llamadas telefónicas recordándoles la importancia de pensar en el manejo de las enfermedades.</p> <p>La distribución de las puntuaciones de adherencia de la medicación MMAS y MARS estadísticamente mostraron un fuerte valor de p significativo, tanto en la línea de base y el segundo seguimiento, es decir, 0.007 ** y &lt;0,001 ** para MMAS y MARS para los valores de p son 0,000, 0,082, 0,003, 0,164 y 0.000 de las preguntas 1-5 en el segundo seguimiento. El total general de MARS valor de la puntuación P en el segundo de seguimiento fue de 0,000.</p>
<b>Datos: 1. Autor. 2. Título del estudio. 3. Referencia.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sheila A. Doggrell</li> <li>2. Adherence to Medicines in the Older-Aged with Chronic Conditions - Does Intervention by an Allied Health Professional Help?</li> <li>3. Adis Data Information BV. Ali rights reserved. Drugs Aging 2010; 27 (3)</li> </ol>
<b>1. Objetivo 2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar las intervenciones más apropiadas utilizadas por profesionales de la salud, considerando el estado de enfermedad, la demografía y la situación socioeconómica del sujeto de edad mayor así como la intensidad y la duración de la intervención requerida.</li> <li>2. Revisión sistemática de la literatura.</li> </ol> <p>La información se obtuvo por la búsqueda en PubMed, PsycINFO® y EBSCO, para artículos escritos en Inglés desde 1990 hasta diciembre de 2009, utilizando los siguientes términos: 'adhesión'; "cumplimiento"; o "persistencia "con" mayores de edad "; o "ancianos".</p> <p>Muestra: Artículos escritos en ingles desde 1990 a Diciembre de 2008</p>
<b>Intervención.</b>	<p>Asesoramiento telefónico, consejería cara a cara (en la farmacia, durante una visita al hogar); programas de educación (consejería en curso , revisión de la medicina)</p> <p>El asesoramiento telefónico, después de una combinación de educación y revisión de la medicina, por la enfermera de la clínica demostró ser una intervención que mejoraba la adherencia. Este estudio se llevó a cabo durante 4 a 6 semanas en 70 sujetos en una</p>

	<p>clínica de medicina general (edad media 72 años). Las intervenciones constaron de sesiones de enseñanza de 20 minutos con una revisión de los medicamentos con o sin una llamada telefónica de seguimiento. En los sujetos que no recibió la llamada telefónica, el aumento de la adherencia no fue significativamente diferente del grupo de control (sin intervención).</p>
<b>Resultados</b>	<p>Los farmacéuticos y enfermeras de la comunidad tienen un importante papel que desempeñar en la adherencia a los tratamientos: la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente adulto de suma importancia en la mejora de adherencia y por lo tanto la salud del sujeto. Aunque se han realizado varios estudios de intervenciones para mejorar la adherencia que han supuesto alianzas entre diferentes disciplinas de la salud, sólo una minoría de ellos tienen incluidos los adultos mayores en su población a intervenir.</p> <p>La intervención telefónica mejora la adherencia según lo evidenciado en varios estudios, en los que se incluía un seguimiento vía telefónica por parte de la enfermera o del farmacéutico posterior a la consulta médica, lo que ha demostrado que el asesoramiento telefónico puede mejorar a largo plazo la adherencia y por ende reducir la mortalidad.</p> <p>En cuanto a la consejería cara a cara con el farmacéutico por medio de explicación de uso de los medicamentos, potenciales efectos, y un seguimiento por etapas usualmente vía telefónica mostro un aumento de la adherencia hasta del 95% a los tres meses en el grupo intervención y control, concluyendo de varios estudios que se requiere una intervención intensiva para lograr una buena adherencia a lo largo del tiempo.</p> <p>Las visitas de asesoramiento cara a cara han demostrado que mejora la adherencia en paciente de edad mayor &gt;65 años en algunas situaciones, pero no en todos los casos.</p> <p>En cuanto a programas de educación sencillos, la educación haciendo hincapié en la adhesión ha demostrado ser eficaz en el corto plazo cuando se dirige específicamente a la hipertensión. Con consejería por parte de la enfermera y un psicólogo donde crean una atmosfera de responsabilidad hacia el autocuidado.</p>

	La combinación de la revisión de los medicamentos y varios programas de educación puede mejorar la adherencia a los medicamentos de personas mayores (> 65 años) que toman al menos tres medicamentos a corto plazo.
<b>Datos: 1. Autor. 2. Título del estudio. 3. Referencia.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lyda Holguín, Diego Correa, Marcela Arrivillaga, Delcy Cáceres, María Varela</li> <li>2. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial.</li> <li>3. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 535-547, octubre-diciembre de 2006 ISSN 1657-9267</li> </ol>
<b>1. Objetivo 2. Metodología: *Tipo de estudio. *Población y Muestra</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la eficacia de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con hipertensión</li> <li>2. Método cuasi-experimental, con diseño transversal, análisis intragrupo y medidas repetidas (pre y post intervención). La muestra estuvo conformada por 44 participantes, con ausencia de otra enfermedad crónica y/o de trastorno psiquiátrico diagnosticado, atendidos en una Institución de Salud de la ciudad de Cali, Colombia, seleccionadas por medio de un muestreo aleatorio simple. El 79,5% eran mujeres y el 20,5% hombres, con rangos de edad entre 28-82 años. Todos los participantes cumplían las condiciones para el diagnóstico de hipertensión arterial según el JNCVII, NIH, 2003; asistían a un control médico mensual de la presión arterial al menos seis meses antes del momento del inicio del programa; consumían al menos uno de los siguientes medicamentos: Diuréticos, Tiazídicos, IECAs, Calcio Antagonistas, Beta bloqueadores, ARA 2; su edad estaba entre los 25 y los 82 años; con ausencia de otra enfermedad crónica diagnosticada o ausencia de compromiso de órganos blanco (cerebro, riñón y corazón); sin tratamiento psicológico previo y ausencia de trastorno psiquiátrico diagnosticado.</li> </ol>
<b>Intervención.</b>	Los participantes fueron hallados a través de las bases de datos de la institución de salud, Se conformaron cuatro grupos de intervención con aproximadamente 10-18

	<p>personas por grupo, que asistieron a 18 sesiones semanales de dos horas y media cada una. El programa de intervención biopsicosocial estuvo compuesto por cuatro fases: preliminar, pre evaluación, intervención y post-evaluación para los niveles de presión arterial. La intervención abarcó educación sobre la hipertensión arterial, Autoeficacia, percepción de control sobre la enfermedad -autocontrol-, nutrición saludable, actividad física, cumplimiento del tratamiento farmacológico, consumo de alcohol y cigarrillo y manejo del estrés en lo referente a identificación de eventos estresores; control fisiológico del estrés a través de respiración profunda; relajación muscular no tensional y visualización; control cognitivo del estrés por medio de reestructuración cognitiva; desarrollo de habilidades de afrontamiento por medio del entrenamiento en solución de problemas y comunicación asertiva.</p> <p>Se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para determinar las características de la muestra. La simetría de los valores encontrados en presión arterial permitió determinar la eficacia diferencial pre-post intervención en las PAS y PAD. A su vez, se realizó un análisis categórico utilizando tablas de contingencia, clasificando a los pacientes en dos niveles de presión: controlada y no-controlada, tanto para la PAS como para la PAD; variable que se cruzó con el sexo.</p>
<b>Resultados</b>	<p>En lo referente a los resultados de <i>Presión arterial</i>, se encontró que en la medida pre-intervención, los participantes iniciaron en un nivel promedio de PAS de 129,03 mmHg, una desviación estándar de 12,793 y un rango entre 110-160 mmHg. En la post-intervención, la PAS presentó una disminución del promedio en 4,93mmHg., mayor homogeneidad en las medidas; menor desviación estándar (disminución de 3,207), y disminución del rango de 50 a 36 puntos; mientras que las medianas permanecieron iguales. Respecto a la PAD, en la pre-intervención, el grupo presentó un nivel promedio de 79,15 mmHg, estando en el rango de niveles normales de presión arterial. La desviación estándar fue de 8,034 y el rango estuvo entre 60-100 mmHg. En la post-intervención, la PAD presentó una disminución del promedio en 0,65 mmHg., mayor homogeneidad en las medidas; menor desviación estándar (disminución de 1,182), y disminución del rango de 40 a 20 puntos; mientras que las medianas permanecieron iguales.</p>

También se encontró que la PAS disminuyó significativamente después de la aplicación del programa de intervención biopsicosocial. Por su parte, la PAD no presentó diferencias significativas al comparar las medidas pre y post intervención, manteniéndose en niveles normales.

Con el objetivo de profundizar en el análisis de la PAS y PAD en la pre-post intervención, se establecieron los siguientes niveles de presión arterial: Niveles de PAS controlados (PAS < 139); niveles de PAS no-controlados (PAS > 140), y Niveles de PAD controlados (PAD < 89); niveles de PAD no-controlados (PAD > 90). Posterior a la intervención biopsicosocial, el 90,9% terminó con niveles controlados de PAS; se destaca que el 87,5% que inició con niveles no controlados de PAS en la pre-intervención, la proporción se redujo al 17,5% post-intervención. Para la PAD los cambios también fueron similares, el 86,8% finalizaron con niveles controlados de PAD posterior al programa. A su vez, sobresale que el 66,7% que inició la pre-intervención con niveles no controlados de PAD, se redujo al 17,5% post-intervención.

En cuanto a la variable *Adherencia al tratamiento*, se puede apreciar que el promedio pre-intervención fue de 110,66 (en una escala entre 0-148) con una desviación estándar de 12,868, mientras que en la post-intervención el promedio aumentó en 14,39 puntos y la desviación estándar disminuyó en 2,787 puntos. Respecto a los niveles totales de adherencia al tratamiento, se observa que antes de la intervención ninguna de las personas del grupo se ubicaba en el nivel bajo, el 43,2% del grupo estaba en niveles medios y el 56,8% en niveles altos. Esta situación mejoró después de la intervención biopsicosocial, en donde se observó que de los 19 participantes que al principio de la intervención estaban en el nivel medio, el 73,7 % subió al nivel alto; y los 25 participantes que estaban.

## **8.3 ANALISIS DE LOS RESULTADOS.**

A partir de los datos obtenidos con la matriz de resultados se agruparon las intervenciones de acuerdo a la metodología utilizada en cada una de ellas sus resultados y análisis a la luz de la teoría de autocuidado de Dorothea Orem.

### **▪ INTERVENCIONES BASADAS EN TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN (TIC´s)**

En la actualidad el uso de las tecnologías de comunicación cumple un papel fundamental en el proceso de educación y seguimiento del aprendizaje que se brinda a todos los individuos en diferentes etapas de la vida, ya que están disponibles en la mayoría de ámbitos (trabajo, hogar centros educativos) y son de fácil acceso.

Por esta razón cada día, está tomando mayor fuerza el uso de estas herramientas como estrategias de intervención educativa, con el fin de identificar si estas brindan un escenario propicio para generar una adecuada adherencia a los tratamientos farmacológicos instaurados para el control de la hipertensión arterial. Ejemplo de esto son los sistemas de orientación telefónica interactiva planteados por Migneault, et, al, en su estudio llamado Teléfono Vinculado al Cuidado, diseñado para monitorear, educar y aconsejar a adultos afroamericanos con hipertensión arterial. Así mismo otra intervención planteada por Zeller, Andreas, et, al, (33) propone investigar la relación entre la presión arterial y la medicación tomada por población Inglesa con hipertensión arterial, por medio del uso de MEMS (Medical Event Monitoring System), el cual es un monitor electrónico que consiste en un contenedor similar al tradicional pastillero que contiene un microchip que indica el record exacto de cada secuencia de apertura y se asocia con la toma del medicamento.

Al analizar los resultados de las intervenciones mencionadas anteriormente, se puede observar que no reportan cambios significativos en la adherencia a los tratamientos instaurados. En el caso de las llamadas automatizadas no se tuvo en cuenta el limitante que genera la ausencia del lugar de residencia al momento de ser realizado el llamado y la deserción de la población durante el desarrollo de los estudio, en cuanto al uso de los MEMS se puede determinar que el hecho de obtener el record de apertura del dispositivo no asegura que se realice una adecuada toma del medicamento, pudiendo relacionarse este punto con los imaginarios sociales relacionados con los efectos secundarios de la toma de algunos medicamentos, en donde percepciones como "si me tomo ese medicamento se me quitan las fuerzas" ó "siempre que me tomo esa pastilla me da tos", determinan la toma o no del medicamento prescrito, lo cual se ve reflejado en la no disminución significativa de las cifras tensionales de la población involucrada en esta estrategia.

Haciendo un abordaje desde la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem de la situación planteada anteriormente, se puede determinar que en este tipo de intervenciones no se tienen en cuenta aspectos fundamentales como lo son los requisitos de autocuidado, específicamente los requisitos de desarrollo, los cuales se relacionan con el proveer cuidados para disminuir los efectos negativos existentes que pueden representar una demanda creciente para la capacidad del individuo de confrontar sus propias necesidades de autocuidado. De igual forma se observa que no se tienen en cuenta las capacidades de autocuidado fundamentales, específicas y de operacionalización que son las que finalmente le permitirán al individuo la toma de juicios y decisiones autoreflexionadas que le permitan la construcción de medidas para satisfacer sus requisitos de autocuidado por sí mismo.

Podemos ver entonces que este tipo de intervenciones tienen el riesgo de generar comportamientos conductistas que no aseguran que al llevar al cabo la estrategia de educación propuesta mejoren los niveles de adherencia a los

tratamientos farmacológicos. Esto se puede explicar al analizar que este tipo de intervenciones se basan en acciones automatizadas que no permiten una adecuada interacción cara a cara entre el usuario y el Profesional de Enfermería que permitan utilizar las asesorías y la educación acompañada de la entrevista motivacional con la finalidad de generar comportamientos saludables que mejoren la adherencia a los tratamientos instaurados. De allí la importancia de utilizar las bases teóricas propuestas por Orem y Resnick en donde se ilustran de forma clara todas aquellas capacidades y comportamientos (requisitos y capacidades de autocuidado – experiencia vicaria), que se deben tener en cuenta para lograr efectos positivos y cambios conductuales que generen mejores niveles de adherencia.

## ▪ **INTERVENCIONES BASADAS EN EDUCACION**

Como profesionales de la salud, una de las herramientas que más se utiliza para buscar la generación de conductas saludables en los individuos es la educación, entendiendo esta última como factor esencial del desarrollo de los sujetos y como determinante de comportamientos y pensamientos basados en la capacidad de afrontar sus propias necesidades. La educación como proceso de perfeccionamiento implica acción por parte del educador (agente educativo) y del educando. Este primero trata de organizar el contexto en el que se produce la enseñanza con el fin de favorecer el proceso de aprendizaje del educando, lo cual se transformara en aprendizaje y será lo que queda inherente al individuo y le ayudara en la toma correcta de decisiones, favoreciendo así los procesos que intervienen con el mantenimiento de su estado de salud, en este caso específico la adherencia a los tratamientos farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial.

Durante el desarrollo de la revisión integrativa se encontraron intervenciones educativas con diferentes tipos de estrategias: Educación guiada con ayudas audiovisuales y Educación basada en la identificación de necesidades.

## ▪ EDUCACION GUIADA CON AYUDAS AUDIOVISUALES

Dentro de las intervenciones encontradas en este campo se encuentran: Uso de cartillas con clasificación de los medicamentos por colores (pictogramas), uso de cartillas con identificación previa de necesidades y las Patient Information Leaflets (PILS) o folletos de información.

Con relación al uso de pictogramas como estrategia para la adherencia a tratamientos farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial se identifico una intervención desarrollada por Teixeira, et, al (26), en donde además de realizar educación, aplica la entrega de comprimidos clasificados por color en compañía de un instrumento que consiste en un material impreso, donde los periodos del día (mañana, medio día, tarde y noche), son representados por pictogramas. Los medicamentos son dispensados y acondicionados en bolsas plásticas de acuerdo con el modelo de colores asociado al material impreso para mejorar el cumplimiento de la toma del medicamento y a su vez brindan acompañamiento a la población estudiada. Por otra parte Achury, et, al, propone la inclusión dentro del plan educativo de una herramienta escrita (cartilla) que contiene las recomendaciones de autocuidado para el manejo de la enfermedad, la cual permitió entregar educación de forma verbal y escrita al paciente promoviendo el autoestudio con el propósito de lograr su empoderamiento y su auto reflexión de su estado de salud. De igual forma Ramanath, et, al, usa como estrategia de intervención la orientación e información por medio de los PILS y llamadas telefónicas frecuentes de seguimiento, mostrando este punto un fuerte

impacto que este tipo de intervención cumple un importante rol en la adherencia a medicamentos. La adherencia a los medicamentos influye directa y positivamente en la calidad de vida del paciente crónico.

Estas tres intervenciones mostraron un incremento significativo en la adherencia a los tratamientos, pues en todas se tuvo en cuenta las características individuales de la población estudiada. Al individualizar la población es posible observar si existen o no factores determinantes de la adherencia como lo son la condición socioeconómica, el nivel educativo y la edad. Esto se puede relacionar con el componente de la teoría de Orem de Agencia de Autocuidado, pues en estas intervenciones se busca identificar los factores que deben ser controlados o tratados para regular el funcionamiento y desarrollo, decidir lo que puede o debería hacerse con relación a regularlos y finalmente realizar las actividades de cuidado destinadas a cubrir los requisitos de autocuidado y es así que a medida que el individuo se ocupa de su autocuidado desarrolla las habilidades de dedicarse a él de manera eficaz.

De igual forma lo anterior lo podemos relacionar con Resnick y la teoría de autoeficacia, articulándolo con su componente de la teoría en donde menciona las Expectativas de autoeficacia, entendiendo esta última como la búsqueda de alternativas positivas, capacidad de afrontar posibles barreras y expectativa de habilidad y competencia propia. De igual forma es importante recordar su componente Expectativas de resultado en donde se busca que el individuo vea el desarrollo de las actividades propuestas como algo bueno o atractivo.

Fuentes de ese sentimiento de que si puedo, pueden ser: la experiencia propia previa, ver a otros que si lo han podido hacer (experiencia vicaria) respuesta positiva de otros frente a resultados positivos y persuasión verbal de otros.

## ▪ EDUCACIÓN GUIADA CON IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

El Metaanálisis desarrollado por Hu Pharm y Cols, dentro de las estrategias de intervención que describen nos muestra el uso de la orientación cognitivo-conductual como estrategia de educación. Esta estrategia se basa en **encontrar soluciones a los problemas** actuales y no en el pasado para intentar encontrar el origen de los problemas, es decir, busca por medio de la identificación de necesidades y características de la población determinar cuáles son los factores que causan la no adherencia a los tratamientos farmacológicos en personas con hipertensión arterial, esto además lo acompañaban del uso de la entrevista motivacional (la cual ha demostrado ser una intervención eficaz para algunas poblaciones afroamericanas), con lo cual lograron resultados favorables en el cumplimiento de la toma de la medicación. Este aspecto se puede relacionar con las investigaciones desarrolladas por Bonilla, en donde se identificaron los principales factores que influían en la adherencia a los tratamientos instaurados por el personal de salud, posteriormente se buscaba generar los conocimientos y capacidades en la población para afrontar las barreras identificadas y de esta manera facilitar el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos prescritos.

Relacionando lo descrito anteriormente con el Modelo de Enfermería propuesto por Orem, se puede hacer un abordaje desde su componente teórico relacionado con la Teoría de Autocuidado, teniendo como premisa que el autocuidado se basa en las actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, siempre considerando los requisitos y capacidades de autocuidado como elementos fundamentales en el logro de mejores índices de adherencia en la población.

De igual forma, en este Metaanálisis llama la atención el papel que están desarrollando los Farmaceutas en el proceso de educación al paciente y además aseguran la recarga oportuna de los medicamentos, con lo cual se lograron incrementos significativos en los índices de adherencia a los tratamientos farmacológicos en la población. Así mismo Jinping y Cols, mostro en su ensayo controlado aleatorizado, una estrategia liderada por farmaceutas. Los encuentros con el farmaceuta brindan al participante los nombres de medicamentos, indicaciones, fortalezas, efectos adversos, y las instrucciones de uso. También introdujeron instrucciones precisas sobre la toma de la presión arterial, cumplimiento de la medicación, estilo y comportamientos de vida saludable.

Durante el periodo de seguimiento se realizo el acompañamiento en tomas de presión arterial, también registraban el efecto real de de tratamiento y de la farmacoterapia identificando problemas. Si encontraba problemas relacionados con los medicamentos, los farmaceutas informaban a los médicos de inmediato, por lo que los pacientes podrían recibir un tratamiento adecuado, ayudando a la mejoría en la comunicación entre paciente, farmaceuta y medico. De igual forma el modelo le permite al paciente entender activamente su tratamiento, planificar las metas y responsabilidades para el cumplimiento.

Esta estrategia mostro cambios relevantes en la adherencia al tratamiento farmacológico, analizando esta situación a la luz de la Teoría de Autocuidado de Orem podemos ver como desde la intervención propuesta se trabaja implícitamente sobre los requisitos de desarrollo mencionados en esta teoría, entendiendo estos últimos como la capacidad de crear y mantener condiciones que favorezcan el desarrollo durante las diferentes etapas de la vida y procesos vitales. De igual forma al corregir los problemas detectados con los medicamentos y documentar si su efecto era el adecuado, esta estrategia se relaciona directamente con el componente de la Teoría de déficit de autocuidado, siendo esta la relación que existe entre la agencia de autocuidado y las

demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones existentes, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico. Así mismo, se puede ver que la estrategia mencionada por Jinping permite al paciente entender activamente su tratamiento, planificar las metas y responsabilidades para el cumplimiento lo que se relaciona directamente con la Teoría de Autoeficacia de Resnick, teniendo en cuenta que según el modelo propuesto por esta Teórica, las personas pueden tener influencia sobre lo que hacen, a través del pensamiento reflexivo, el uso generativo de conocimientos y habilidades para llevar a cabo un comportamiento específico, es decir que una persona puede decidir cómo comportarse.

Por otra parte, en un estudio desarrollado por Fernández, et al, mostro que a las 14 semanas de iniciada la intervención, se registraron aumentos significativos en el cumplimiento de la toma de medicamentos en el grupo intervención (52% vs 24%), pero no en el grupo control (58% vs 59%), basado en la autoinforme, con la estrategia de sesiones de consejería de comportamiento de grupo, con dos sesiones mensuales de mantenimiento. De igual forma Leung, en su estrategia de asignación de un entrenador de salud a cada paciente mostro aumento en los niveles de adherencia a los tratamientos. Los entrenadores revisaron los medicamentos actuales, analizaron las barreras percibidas para la adherencia, explicaron el uso adecuado de medicamentos, dieron instrucciones para realizar monitoria de presión arterial en el hogar alentaron a los pacientes a adquirir por lo menos un objetivo de estilo de vida (por ejemplo, ejercicio). Posterior los pacientes recibieron una serie de seis llamadas telefónicas de 20 minutos cada con una frecuencia de cada dos semanas por parte de sus entrenadores, las llamadas fueron con el objetivo de documentar las mediciones de PA de los pacientes, preocupaciones acerca de los medicamentos, y el progreso en su estilo de vida para proporcionar a los pacientes el apoyo adecuado. El 90 % de los participantes de esta intervención reporta, una influencia positiva por parte de

los entrenadores de salud en la Autoeficacia, sentirse capaz de hacer cambios para mejorar la hipertensión, el conocimiento, averiguar las opciones saludables para mejorar la hipertensión y sensibilización, sintiéndose motivados a prestar más atención a la hipertensión. Vemos en este último punto a Resnick y su teoría de la auto eficacia, teniendo en cuenta que el juicio sobre una auto eficacia se basa en cuatro fuentes de información: 1: la capacidad de identificar el rendimiento real de una conducta; 2: experiencia vicaria, que es la visualización de otras personas similares al realizar un comportamiento, 3: la persuasión verbal o exhortación, y 4: el estado fisiológico o retroalimentación fisiológica durante un comportamiento. La unión de estos factores da lugar a una percepción de un nivel de confianza en la capacidad de los individuos para realizar un determinado comportamiento.

Con esto queda demostrada una vez más la importancia de generar estrategias que involucren la interacción entre la población y los profesionales de la salud, a fin de conseguir mejores índices de adherencia a la medicación, además de caracterizar la población que se va a intervenir y realizar seguimientos a largo plazo que aseguren que el impacto inicial generado se mantendrá con el paso del tiempo.

## **8.4 ANALISIS BAJO LA ESTRUCTURA CONCEPTUALTEORICA EMPIRICA (CTE)**

Uno de los retos que se presentaron durante el desarrollo de la revisión fue el de lograr mostrar la adherencia como un indicador de autocuidado, pues a pesar de que estos dos fenómenos se encuentran altamente ligados, al realizar búsqueda de literatura que respaldara esta premisa, no se encontraron investigaciones que permitieran establecer un vínculo sustentado bibliográficamente.

Por esta razón se utilizó como herramienta la Estructura Conceptual – Teórica – Empírica (CTE) para la revisión (34), utilizando como guía el modelo conceptual de Autocuidado de Dorothea Orem (C), específicamente su componente de la Teoría de Autocuidado en donde se muestra la importancia de generar adecuadamente los requisitos y capacidades que deben tener las personas para mantener la vida y desarrollarse de una forma normal. De igual forma, se utilizó la teoría de rango medio de Autoeficacia de Barbará Resnick (T), con la finalidad de mostrar la amplia relación y dependencia que existe entre Autocuidado y Autoeficacia, además esto permitió evidenciar la forma en que las personas pueden tener influencia sobre lo que hacen, a través del pensamiento reflexivo, el uso generativo de conocimientos y habilidades para llevar a cabo un comportamiento específico, es decir que una persona puede decidir cómo comportarse, se busca que el individuo vea el desarrollo de las actividades propuestas como algo bueno o atractivo así como también ver a otros que si lo han podido hacer y ser reforzados por medio de la persuasión verbal.

En base a esto se obtuvo el análisis de la presente revisión (E), siendo este el componente empírico de la estructura CTE antes mencionada. Es así como se evidencia de forma clara la relación Adherencia – Autoeficacia – Autocuidado, entendiendo que la adherencia es un fenómeno complejo que requiere de la capacidad de los individuos de llevar a cabo las indicaciones dadas por el personal de salud y es allí en donde vemos que las intervenciones que se propongan para tal fin deben ser adecuadamente diseñadas, individualizando la población, utilizando el pensamiento reflexivo y fomentando la habilidad de las personas para llevar a cabo comportamientos saludables, además de evaluar si las personas cuentan con los requisitos y las capacidades necesarias para mantener un adecuado balance que les permita generar conductas necesarias para adherirse de forma correcta a los tratamientos farmacológicos indicados.

## 8. CONCLUSIONES

- Las intervenciones integrales aplicadas mostraron ser más eficaces e incrementaron los niveles de adherencia a los tratamientos farmacológicos en Hipertensión Arterial, en la población en donde se utilizaron. Estas utilizaron simultáneamente y mediante fases, estrategias de interacción personal directa (algunos con entrevista motivacional), otras del campo educativo (ayudas audiovisuales, uso de cartillas con clasificación de los medicamentos por colores (pictogramas), uso de cartillas con identificación previa de necesidades, seguimiento y (PILS) o folletos de información.
- Es evidente la importancia de crear intervenciones estructuradas y orientadas específicamente a atender las necesidades individuales del paciente con hipertensión arterial.
- Las intervenciones utilizadas (motivación, autoestudio, educación y comunicación) deben crear escenarios estructurados para el empoderamiento del paciente.
- Se deben aplicar intervenciones con un adecuado seguimiento por parte del profesional de enfermería, que garantice la persistencia de los cambios generados en cuanto adherencia y así conseguir una mejoría en la capacidad de agencia de autocuidado y a la vez generar expectativas de autoeficacia que contribuyan con el mejoramiento de la calidad de vida, la disminución de las complicaciones y los reingresos hospitalarios de nuestros pacientes.
- Se hace necesario analizar las intervenciones propuestas a la luz de las teorías de Enfermería, para de esta forma lograr un enfoque guiado por los paradigmas propios de nuestra profesión, que nos permitan la integración de

los modelos conceptuales con las estrategias aplicadas para la adherencia a los tratamientos farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial y así lograr efectos positivos en el estado de salud de la población a la cual se apliquen dichas estrategias.

## 9. RECOMENDACIONES

- Realizar intervenciones utilizando estrategias como la motivación, el autoestudio, la educación y la comunicación, con seguimientos a largo plazo que permitan determinar la persistencia de los cambios generados con la aplicación de estas intervenciones.
- Tener en cuenta importancia de individualizar y caracterizar la población a intervenir teniendo en cuenta las características sociodemográficas, socioeconómicas y las relacionadas con el paciente al momento de crear y aplicar estrategias para la adherencia a los tratamientos farmacológicos en pacientes con Hipertensión Arterial.
- Trabajar en la creación de Intervenciones en donde el concepto de la educación no se reduzca únicamente a la transmisión de información sino que fomente la generación de habilidades y actitudes que produzcan el cambio de comportamiento necesario para alcanzar los objetivos terapéuticos (Adherencia a los tratamientos farmacológicos), a través de la potenciación del autocuidado y de la Autoeficacia.
- Fomentar la creación de estrategias que involucren la interacción entre el paciente y su cuidador, para de esta manera lograr intervenciones más eficaces que aseguren la identificación de necesidades específicas de cada población y su vez evitar la implementación de sistemas automatizados que no aseguran la adherencia a los tratamientos farmacológicos prescritos a los pacientes hipertensos.
- Se recomienda analizar el fenómeno de la adherencia a través de Teóricas de Enfermería con el fin de lograr integrar los modelos de cuidado propuestos,

con las diferentes intervenciones creadas para mejorar la adherencia y de esta manera lograr establecer la importancia de asumir la adherencia como un indicador de autocuidado.

## 11. BIBLIOGRAFIA

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades Cardiovasculares. Marzo del 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>. Fecha de consulta: Mayo 2014.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Información general sobre la Hipertensión en el mundo, Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. 2013. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1). Fecha de consulta: Mayo de 2014.
3. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA. Defunciones no fetales por tres primeras causas de defunción. 2011. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/defunciones/defun\\_2009/DefuncionesNoFetalesTresPrimerasCausas\\_2009.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/defunciones/defun_2009/DefuncionesNoFetalesTresPrimerasCausas_2009.pdf)
4. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA Disponible en: [www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/4675-defunciones-no-fetales-2013](http://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/4675-defunciones-no-fetales-2013) Corte a 31 de mayo de 2014).
5. FLOREZ, Inna. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Tesis de maestría 2007. Biblioteca Universidad Nacional de Colombia.
6. BONILLA. Claudia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Revista facultad de Enfermería. Universidad Nacional. Disponible en <http://www.enfermeria.unal.edu.co>. Fecha de consulta: Mayo de 2014.
7. VILLARRAGA. Edgar. Concordancia entre siete métodos para evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. Tesis de Grado. Biblioteca Universidad Nacional. Bogotá, 2008.
8. JOINT NATIONAL COMMITTEE. Séptimo Informe. Pág. 1-26. 2008. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7esp.pdf>. Fecha de Consulta: Mayo de 2014.

9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos en largo plazo, pruebas de acción. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.pdf>. Fecha de Consulta: Mayo de 2014.

10. ACHURY, Diana. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. 2006. Universidad Nacional de Colombia.

11. HERRERA, Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Avances enfermería Vol. XXVI. No. 1. Págs.36-42 Enero-Junio 2008. Disponible en: [http://www.enfermería.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii\\_4.pdf](http://www.enfermería.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii_4.pdf). Fecha de consulta: Mayo de 2014.

12. GARCIA. Mónica. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel, Bogotá Durante el mes de agosto de 2008 Tesis de grado. Biblioteca Pontificia UniversidadJaveriana.

13. HUGHES, D. MCGUIRE, A. The direct costs to the NHS of discontinuing and switching prescriptions for hypertension, 1998 p, 533-537.

14. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Learn & Live. Las Mujeres y las Enfermedades del Corazón: Estadísticas. 2007. Disponible en: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3037269>. Fecha de consulta: Mayo de 2014

15. III FORO DIALOGOS PFIZER-PACIENTES. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. [https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones\\_pacientes/2009/FOROpfizer\\_2009.pdf](https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf). Fecha de Consulta: Mayo de 2014

16. MARTIN. Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. 2004. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_4\\_04/spu08404](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404). Fecha de consulta: Mayo de 2014.

17. HAYNES RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DI. Editors. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Disponible en: [http://www.terrymontague.com/e/pdf/concordance\\_compliance.pdf](http://www.terrymontague.com/e/pdf/concordance_compliance.pdf). Fecha de consulta: Mayo 2014.

18. SILVA Germán, GALEANO Esmeralda, CORREA Jaime. Adherencia al tratamiento, implicaciones de la no-adherencia. Actualizaciones. Acta médica colombiana. Vol. 30 n° 4 - Octubre-Diciembre – 2005. Págs. 268-273. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>. Fecha de consulta: Mayo de 2014.
19. MEDICOS GENERALES COLOMBIANOS. Guía de Atención de la Hipertensión Arterial (Hace parte de la resolución 00412 del 2000). 2010. Disponible en: <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/hipertension.htm>. Fecha de consulta: Mayo de 2014.
20. AGREST, Alberto. Adherencia a tratamientos farmacológicos. Vol. 57. N. 1 2000. Disponible en: <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol57-97/1/tratfarmacologicos.htm>. Fecha de consulta: Mayo de 2014.
21. OROZCO, LC. HERNANDEZ, R. DE USTRA, CY. CERRA, M. CAMARGO, D. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *Medicas UIS*1998;12:169-172.
22. ORTIZ, Manuel. Et, al. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Revista médica de Chile*. Vol. 133, N. 3. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid>. Fecha de consulta: Mayo de 2014
23. BENAVENT, Amparo. Et. Al. Fundamentos de Enfermería, Capitulo 11-12. *Difusión de Avances de Enfermería*. Primera Edición. 2001.
24. VELANDIA, Anita. Et, al. Agencia de Autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con riesgo cardiovascular. *Rev. SaludPública*. 11 (4): 538-548, 2009.
25. RESNICK. Bárbara. Et, al. *Middle Range Theory For Nursing. Theory Of Self-Efficacy*. Chapter10. Pg. 183-198.
26. TEXEIRA, Juliana. Et, al. Evaluación del uso de pictogramas como ayuda a la adherencia al tratamiento farmacológico. *SeguimFarmacoter*. 2003, 1(3): 127-135.
27. GBENGA, O Et, al. A Randomized Controlled Trial of Positive-Affect Intervention and Medication Adherence in Hypertensive African Americans. *ARCHIVE INTERNAL MEDICINE /VOL 172 (NO. 4), FEB 27,*

28. JINPING Wang. Et, al. Effects of pharmaceutical care interventions on blood pressure and medication adherence of patients with primary hypertension in China. *Clinical Research and Regulatory Affairs*. 2011.
29. LUCINDA B, Leung, Et, al. Approach to Antihypertensive Adherence: A Feasibility Study on the Use of Student Health Coaches for Uninsured Hypertensive Adults. *Behavioral Medicine*, 38: 19–27. 2012.
30. ERICK, Beune. Culturally Adapted Hypertension Education (CAHE) to Improve Blood Pressure Control and Treatment. Adherence in Patients of African Origin with Uncontrolled Hypertension: Cluster-Randomized Trial. *PLoS ONE*, March 2014, Volume 9, Issue 3.
31. CASAS, María. Et, al. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia 2010-2011. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 18, No.1. 2013.
32. ACHURY, Diana. Et, al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan - VOL. 13 N° 3*. 2013.
33. ZELLER, Andreas. Et, al. Electronic pillboxes (MEMS) to assess the relationship between medication adherence and blood pressure control in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2007; 25: 202-207.
34. FAWCETT, Jacqueline. *Analyzing Conceptual – Theoretical – Empirical structures for research*. Chapter 2. 2008.