



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

FACTORES ASOCIADOS A UNA MALA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN.

Natalia Picón Rodríguez

Grado de enfermería.

Facultad de enfermería y fisioterapia.

Año Académico 2022-23

FACTORES ASOCIADOS A UNA MALA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN

Natalia Picón Rodríguez

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2022-23

Palabras clave del trabajo:

Hipertensión, factores de riesgo, adherencia al tratamiento

Tutora del Trabajo: Aina María Yañez Juan.

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESUMEN.

Introducción: la falta de adherencia al tratamiento de la hipertensión supone un reto a nivel mundial. El mal control de la PA provoca complicaciones a largo plazo y un aumento del gasto sanitario. A pesar de la evidente eficacia del cumplimiento de la terapia, tanto farmacológica como no farmacológica, existe un gran porcentaje de pacientes hipertensos que no se adhieren correctamente.

Objetivo: El objetivo de esta revisión bibliográfica es evaluar los factores asociados a una mala adherencia terapéutica en la población adulta con hipertensión arterial.

Metodología: Para realizar este trabajo, se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica a través del metabuscador EBSCOhost y en las bases de datos PubMed y Cochrane, mediante los descriptores DeCS y MeSH. Se han seleccionado los artículos publicados entre los últimos 10 años que cumpliesen los criterios de inclusión establecidos.

Resultados: Tras realizar un cribado y una lectura completa de los estudios recopilados, se seleccionaron un total de 23 artículos que cumplen los criterios expuestos, entre los que se encuentran 2 ensayos clínicos, 14 estudios transversales, 5 cohortes y 2 revisiones sistemáticas.

Discusión: La evidencia parece mostrar que existen diferentes factores de riesgo demográficos, conductuales, socioeconómicos y clínicos que afectan a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en el paciente hipertenso. Hay que hacer énfasis en los factores modificables como los olvidos de toma de medicación, la dieta o el ejercicio físico para mejorar el cumplimiento farmacológico y el seguimiento de un estilo de vida saludable. Las enfermeras tienen un papel esencial en el desempeño de intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica.

Conclusiones: el cumplimiento del tratamiento supone una disminución del número de complicaciones y morbi-mortalidad, además de una reducción del gasto sanitario. Las tasas de cumplimiento no son muy elevadas por lo que esto supone un gran reto para las enfermeras, quienes fomentan la educación sanitaria para mejorar esta adherencia. Se concluye con la necesidad de más investigación y de estudios experimentales.

Palabras clave: Hipertensión, factores de riesgo, adherencia al tratamiento.

RESUM.

Introducció: la manca d'adherència al tractament de la hipertensió suposa un repte mundial. El mal control de la PA provoca complicacions a llarg termini i un augment de la despesa sanitària. Tot i l'eficàcia evident del compliment de la teràpia, tant farmacològica com no farmacològica, hi ha un gran percentatge de pacients hipertensos que no s'adhereixen correctament.

Objectiu: L'objectiu d'aquesta revisió bibliogràfica és avaluar els factors associats a una mala adherència terapèutica a la població adulta amb hipertensió arterial.

Metodologia: Per realitzar aquest treball, es du a terme una recerca bibliogràfica a través del metacercador EBSCOhost i a les bases de dades PubMed i Cochrane, mitjançant els descriptors DeCS i MeSH. S'han seleccionat els articles publicats entre els darrers 10 anys que compleixin el criteri de inclusió establerts.

Resultats: Després de fer un cribratge i una lectura completa dels estudis recopilats, es van seleccionar un total de 23 articles que compleixen els criteris exposats, entre els quals hi ha 2 assajos clínics, 14 estudis transversals, 5 cohorts i 2 revisions sistemàtiques.

Discussió: L'evidència sembla mostrar que hi ha diferents factors de risc demogràfics, conductuals, socioeconòmics i clínics que afecten l'adherència al tractament farmacològic i no farmacològic en el pacient hipertens. Cal fer èmfasi en els factors modificables com els oblitats de presa de medicació, la dieta o l'exercici físic per millorar el compliment farmacològic i el seguiment d'un estil de vida saludable. Les infermeres tenen un paper essencial en l'exercici d'intervencions per millorar l'adherència terapèutica.

Conclusions: El compliment del tractament suposa una disminució del nombre de complicacions i morbimortalitat, a més d'una reducció de la despesa sanitària. Les taxes de compliment no són gaire elevades, per això suposa un gran repte per a les infermeres, que fomenten l'educació sanitària per millorar aquesta adherència. Es conclou amb la necessitat de més investigació i estudis experimentals.

Paraules clau: hipertensió, factors de risc, adherència al tractament.

ABSTRACT:

Introduction: The lack of adherence to the treatment for hypertension is a challenge worldwide. Poor BP control causes long-term complications and increased healthcare costs. Despite the evident efficacy of compliance with therapy, both pharmacological and non-pharmacological, there is a large percentage of hypertensive patients who do not adhere correctly.

Objective: The objective of this bibliographical review is to evaluate the factors associated with poor therapeutic adherence in the adult population with arterial hypertension.

Methodology: To carry out this work, a bibliographic search was performed through the EBSCOhost metasearch engine and in the PubMed and Cochrane databases, using the DeCS and MeSH descriptors. Articles published in the last 10 years that met the established inclusion criteria have been selected.

Results: After performing a screening and a complete reading of the collected studies, a total of 23 articles that met the exposed criteria were selected, including 2 clinical trials, 14 cross-sectional studies, 5 cohorts, and 2 systematic reviews.

Discussion: The evidence seems to show that there are different demographic, behavioural, socioeconomic, and clinical risk factors that affect adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in hypertensive patients. Emphasis must be placed on modifiable factors such as forgetting to take medication, diet, or physical exercise to improve drug compliance and follow a healthy lifestyle. Nurses have an essential role in carrying out interventions to improve therapeutic adherence.

Conclusions: Compliance with treatment suggest a decrease in the number of complications, morbidity and mortality, as well as a reduction in health spending. Compliance rates are not very high, so this is a great challenge for nurses, who promote health education to improve this adherence. It is concluded with the need for more research and experimental studies.

Keywords: hypertension, risk factors, treatment adherence.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS	9
3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	10
3.1. Criterios de inclusión y exclusión	
4. RESULTADOS	12
5. DISCUSIÓN	21
5.1. Factores demográficos	21
5.2. Factores socioeconómicos	23
5.3. Factores conductuales	25
5.4. Factores clínicos	26
5.5. Intervenciones enfermeras en la adherencia al tratamiento	28
Limitaciones de la discusión	30
6. CONCLUSIÓN	31
7. BIBLIOGRAFÍA	32
8. ANEXOS	35

1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es un trastorno donde los vasos sanguíneos tienen una tensión elevada persistente. Es una enfermedad crónica y prevenible, normalmente asintomática, que causa uno de los principales problemas cardiovasculares, renales y cerebrovasculares en el mundo y la cual afecta a más de mil millones de personas, tanto en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo (1). La HTA provoca más de diez millones de muertes al año y se prevé que para el 2025 las cifras de pacientes hipertensos aumenten hasta 1560 millones de personas, poniendo el foco en los países en desarrollo, donde la tasa de prevalencia es superior a la de los países desarrollados (2).

Se define la HTA como una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, la HTA no controlada se define del mismo modo, con la dificultad de controlar esta tensión con el uso prescrito de medicamentos antihipertensivo (3). La alta tasa de prevalencia de tensión no controlada representa uno de los principales factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (ECV), cerebrovascular y enfermedad renal crónica (1,4). Una de las principales causas de este control deficiente es la mala adherencia a la medicación antihipertensiva, identificada en el 40% de los pacientes con hipertensión, que provoca una disminución de la eficacia que estas proporcionan a la población hipertensa (5,6).

Un individuo hipertenso, si mantiene tensiones mal controladas, según los metaanálisis a nivel internacional que respaldan las guías clínicas, tiene de promedio: 10 veces más riesgo de tener un accidente cerebrovascular (ACV), 5 de presentar una cardiopatía coronaria, 2-4 veces de tener una insuficiencia cardíaca (IC) y 1,7 veces de sufrir una insuficiencia renal crónica, en comparación con la población normotensa; además, un estudio calculó que alrededor del 40-50% de los pacientes hipertensos desconocen que lo padecen, imposibilitando su tratamiento precoz para reducir al máximo los eventos adversos mencionados anteriormente (4).

En consecuencia, es muy importante que un paciente hipertenso se adhiera correctamente al tratamiento con medicación antihipertensiva y el seguimiento de un estilo de vida saludable, el cual implica, entre otros: pérdida de peso y mejora de la dieta, restricción de sodio, actividad física regular, y disminución de la ingesta de alcohol y tabaco; ya que estos reducen significativamente el riesgo de morbilidad, mortalidad y los valores de la presión arterial (PA) (1).

La adherencia terapéutica se refiere al grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud y plantea un reto importante a nivel mundial ya que es un problema multifactorial al que se le han dedicado múltiples investigaciones e intervenciones con resultados muy variados dependiendo del lugar de realización y la muestra de participantes; además, produce varias consecuencias negativas tales como aumento de tasas de hospitalización y costes sanitarios, fracaso terapéutico y las enfermedades que se producen a consecuencia de una HTA mal controlada (6).

El control adecuado de la presión arterial a menudo se ve obstaculizado por la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico por parte de los pacientes. Los estudios seleccionados han mostrado que los factores socioeconómicos, demográficos, clínicos y conductuales pueden influir en la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Por otra parte, la clasificación que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los factores que influyen en la adherencia terapéutica, son de índole: socioeconómico, relacionados con el tratamiento, con el paciente, con la enfermedad o con el equipo de asistencia sanitaria (6); en consecuencia, es fundamental analizar estas variables para identificar posibles intervenciones que puedan mejorar la adherencia y control de la hipertensión.

En relación con los resultados de investigación sobre la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo, se encuentran algunos como un estudio realizado en Corea del Sur, el cual evidenció que las mujeres tenían menor adherencia a la medicación, una PA más descontrolada que los hombres y a pesar de ello, mostraron un riesgo menor de cardiopatía isquémica que estos; excepto cuando visitaban los profesionales sanitarios >12 veces/persona-año, situación en la que el riesgo se igualaba entre hombres y mujeres (7). Otro caso corresponde a un estudio en Etiopia, en el cual se mostró que los problemas relacionados con la medicación como: tipo de fármaco, falta de información, efectos secundarios a la medicación, olvidos, etc., ocasionó una falta de adherencia al tratamiento, disminuyendo su eficacia y control (5).

La evidencia científica refleja que muchos de estos factores son modificables, como los hábitos y conductas del paciente hipertenso, por lo que hay que incidir en potenciar los

beneficios de la correcta adherencia a la medicación y a las intervenciones no farmacológicas; situación en la cual las enfermeras tienen un papel imprescindible en educar al paciente con el fin de que este sea consciente de su estado actual y de la importancia de la adherencia al tratamiento (2).

Desde mi punto de vista, como estudiante de enfermería y paciente hipertensa, he podido comprobar de primera mano las consecuencias de una mala adherencia al tratamiento de la hipertensión, como mal control de la PA que ha provocado microalbuminuria en la orina, olvido de tomas, o efectos adversos relacionados con el tratamiento farmacológico. Por lo cual considero, como futura profesional enfermera, que debemos ser capaces de: reconocer los factores de riesgo para esta mala adherencia, educar sobre los beneficios de una buena adherencia a la medicación antihipertensiva y una mejora del estilo de vida, además de un seguimiento y control de esta adherencia y de los valores de PA; para así reducir el gasto sanitario, las hospitalizaciones evitables, las morbilidades y mortalidades.

Por dicha razón, se decide llevar a cabo esta revisión bibliográfica sobre el tema y se plantea la siguiente pregunta: ¿Qué factores inciden en una mala adherencia terapéutica en pacientes adultos con hipertensión?

2. OBJETIVOS.

Objetivo general de este trabajo es evaluar los factores asociados a la mala adherencia al tratamiento en la población adulta con hipertensión arterial.

- *Población/problema:* Hipertensos en edad adulta.
- *Intervención:* Factores que influyen en la adherencia terapéutica.
- *Comparación:* No tener factores que influyen.
- *Resultados:* No adherencia al tratamiento de hipertensión.

Por ello, se plantean los siguientes **Objetivos específicos:**

- Identificar los principales factores de riesgo asociados a una mala adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.
- Describir las intervenciones enfermeras en la mejora de la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes hipertensos.

3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La estrategia de búsqueda bibliográfica se inició y se desarrolló durante el primer trimestre del año 2023, con la opción de “búsqueda avanzada” mediante la combinación de palabras clave y booleanos en dos niveles diferentes de búsqueda. Esta incluye los artículos comprendidos entre enero de 2013 a enero 2023.

La metodología usada para la realización de mi trabajo consiste en una revisión bibliográfica de diferentes bases de datos: PubMed, EBSCOhost y Cochrane. En estas se ha realizado una búsqueda exhaustiva con el propósito de seleccionar aquellos artículos que determinen qué factores modifican la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes adultos con hipertensión.

Con la intención de realizar una búsqueda adecuada, se han incluido aquellos estudios que tenían una conexión relevante entre las siguientes palabras clave:

Palabras clave		
Castellano (DeCs)	Catalán	Inglés (Mesh)
Hipertensión	Hipertensió	Hypertension
Factores de riesgo	Factors de risc	Risk factors
Adherencia al tratamiento y cumplimiento	Adherència al tractament i compliment	Treatment adherence and compliance

Asimismo, los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) y Medical Subjects Headings (Mesh) se relacionan con la fórmula PICO de la siguiente forma:

Descriptor primario	Relacionadas con P	Hipertensión primaria/esencial
	Relacionadas con I	Factores de riesgo
Descriptor secundario	Relacionadas con C	No factor
	Relacionadas con O	No adherencia
	Concretan PICO	Adherencia a la medicación

Los Operadores booleanos que fueron utilizados para la búsqueda fueron los siguientes:

- Primer nivel de búsqueda (MESH)
(Essential hypertension AND Risk factors AND treatment adherence and compliance)
- Segundo nivel de búsqueda (MESH)
((Essential hypertension AND Risk factors AND treatment adherence and compliance)) AND (medication adherence)

3.1.- Criterios de inclusión y exclusión

Para poder realizar una búsqueda bibliográfica acertada, he determinado una serie de criterios de inclusión y exclusión que me permitieron seleccionar los artículos con la información más relevante para mi trabajo:

Criterios de inclusión:

- Se han incluido aquellos artículos relacionados con el objeto de estudio con un periodo de tiempo de menos de 10 años (2013-2023) en castellano y/o inglés.
- Ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y estudios transversales que adjunten texto completo.
- La población de estudio debía estar compuesta por pacientes mayores de 18 años, independientemente de su origen, etnia o género, diagnosticados de hipertensión.

Criterios de exclusión:

- Artículos de más de 10 años de antigüedad.
- Los que contienen información poco relevante para el objeto de estudio.
- Estudios duplicados en más de una base de datos y que ya hayan sido seleccionados.
- Se han rechazado los estudios que no tenían disponible el texto completo.
- Artículos que, tras la lectura del título y del resumen, parecen adecuados para ser incluidos, pero al leerlos por completo no ofrecen información relacionada o útil con el tema que se está tratando.

4. RESULTADOS.

Para proceder con esta revisión bibliográfica, se realiza una búsqueda de artículos a través de diferentes bases de datos y metabuscadores, con el objetivo de seleccionar los estudios que se adapten mejor a los objetivos establecidos para el trabajo. Tras concretar los dos niveles y las bases de datos, la primera y segunda búsqueda se inicia a través de EBSCOhost, PubMed y Cochrane con 4, 111 y 273 resultados, respectivamente; con un total de 388 artículos inicialmente.

Tras aplicar los límites de fechas de publicación (2013-2023), se redujo el número de artículos a un total de 269 artículos distribuidos entre las bases de datos. A continuación, se descartan los artículos repetidos en diferentes bases de datos (n = 5). Tras leer el título y el resumen de cada artículo, se descartaron 183 artículos y se seleccionaron 81 que cumplieran con los criterios de inclusión mencionados en el apartado anterior y podrían tener relevancia para abordar los objetivos propuestos. Sin embargo, al realizar la lectura completa y comprobar que algunos artículos no aportan información relevante para el tema, se descartaron 29 estudios. Finalmente, se leyeron en un total de 52 artículos y se eligieron 23 para conformar la muestra final de esta revisión bibliográfica.

En la tabla 1 se muestra el proceso de estrategia de búsqueda bibliográfica de forma resumida y sus resultados. Por otro lado, en la figura 1 se sintetiza la búsqueda de artículos y la selección de los estudios que componen esta revisión sistemática, mediante un diagrama de flujos.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Nº resultados	Nº resultados tras aplicación de filtro	Nº artículos tras lectura de título - resumen	Nº artículos tras lectura completa	Nº artículos incluidos en la revisión
EBSCOhost	1r nivel	3	3	2	2	2
	2º nivel	1	1	1	0	0
PUBMED	1r nivel	83	38	30	25	12
	2º nivel	28	20	12	10	8
COCHRANE	1r nivel	153	116	21	15	1
	2º nivel	120	91	15	0	0
Número de artículos seleccionados						23

Tabla 1. Resumen de la estrategia de búsqueda y resultados. Fuente de elaboración propia.

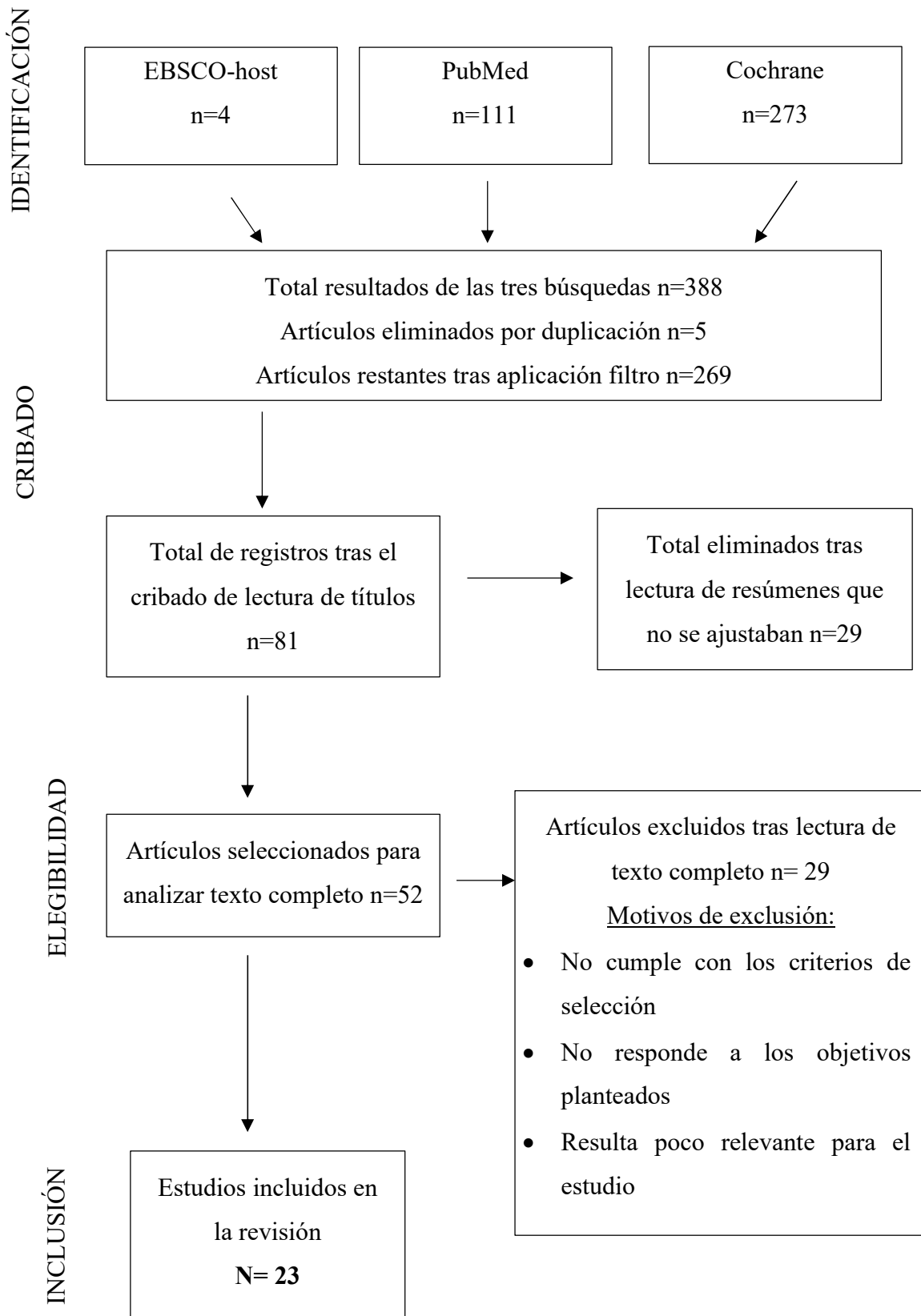


Figura 1. Diagrama de flujo de la información a través de las diferentes fases de la revisión bibliográfica. Fuente de elaboración propia.

Todos los artículos seleccionados para mi revisión ofrecen información relacionada con los objetivos del trabajo. En relación con el diseño de estudio, se encuentran 19 estudios observacionales (14 estudios transversales, 5 cohortes y 2 revisiones sistemáticas) y 2 estudios experimentales (ensayos clínicos).

Por otro lado, la procedencia de los estudios utilizados es bastante heterogénea: 7 de los artículos usados son africanos, siendo el país prevalente el Líbano con 2 artículos, seguido por África subsahariana, Etiopía, Marruecos, Kenia y Ghana. En Europa encontramos 4 documentos españoles y 1 de Rumanía. También se usaron 5 artículos asiáticos, de los cuales 2 se realizaron en China, y el resto en Corea, Japón y Bangladesh. 2 proceden de América del sur, concretamente de Perú y Colombia; y, por último, se utilizó un estudio conjunto entre Reino Unido y República Checa. Todos ellos redactados en lengua inglesa, excepto 2 estudios en español.

Tras leer minuciosamente los artículos seleccionados, se evalúa el nivel de evidencia y el grado de recomendación utilizando la escala SIGN. Es importante mencionar que la mayoría de los estudios observacionales seleccionados tienen niveles de evidencia 2/3 según la escala dicha.

Se analizan en su totalidad los apartados de discusión, metodología, resultados, discusión y conclusiones de cada uno de los estudios, con el objetivo de realizar una síntesis enfocada en los objetivos de la revisión. A cada uno de los artículos se les asigna una puntuación de la escala Likert en cuanto a su relevancia para la revisión (ver anexo 1).

Con el fin de resumir los estudios seleccionados y presentar sus principales características se recopila la siguiente información: el año de publicación, autor principal, lugar de realización, fecha de recolección de datos, casos incluidos, sujetos a estudio, diseño de estudio, tamaño muestral, rango de edad de los participantes y nivel de evidencia (NE) y grado de recomendación (GR). Estas características se detallan en la Tabla 2.

Año publicación	Autor principal	Lugar	Fecha recolección de datos	Inclusión de casos	Sujetos de estudio	Fuente de datos	Tamaño muestral	Rango de edad	NE	GR
Association of Lifestyle Factors and Antihypertensive Medication Use with Risk of All-cause and Cause-specific Mortality among adults with Hypertension in China										
2022	Lu, Q	China	2008-2010	Empleados de una fábrica	Participantes con hipertensión	Factores de estilo de vida e IMC, codificados en una escala	14 392	>18 años	2 ++	B
Poor adherence to medication and salt restriction as a barrier to reaching blood pressure control in patients with hypertension: Cross-sectional study from 12 sub-Saharan countries										
2019	Macquart de Terline, D	África Subsahariana	2014-2015	Clínicas urbanas	Pacientes hipertensos	Cuestionarios e historia clínica	2198	>18 años	3	D
Assessment of drug therapy problem and associated factors among adult hypertensive patients at Ayder comprehensive specialized hospital, Northern Ethiopia										
2019	Weldegebreal, AS	Etiopia	2016	Hospitales	Hipertensos con medicación antihipertensiva prescrita	Historia clínica y entrevista	241	>18 años	3	D
Gender differences in the risk of ischemic heart disease according to healthcare utilization and medication adherence among newly treated Korean hypertensive patients										
2021	Shin, J	Corea del Sur	2003-2006	Pacientes incluidos en 5 bases de datos del NHIS-NSC	Pacientes hipertensos	Test e historia clínica	23 135	>20 años	2+	C

Factors influencing adherence to treatment and quality of life for a group of patients with essential hypertension in Romania										
2021	Suciu, L	Rumanía	2013	Pacientes hospitalizados	Pacientes hipertensos con o sin comorbilidades	cuestionario	289	>18 años	2++	B
Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social										
2021	Pocohuanca-Ancoc, L	Perú	2017	Pacientes de cardiología de un hospital	Pacientes hipertensos	Test de Morisky-Green (MMAS-4)	270	>18 años	3	D
Association of lifestyle modification and pharmacological adherence on blood pressure control among patients with hypertension at Kenyatta National Hospital, Kenya: a cross-sectional study										
2018	Kimani, S	Kenia	2018	Pacientes de una clínica ambulatoria	Diagnosticados de HTA al menos 6 meses	Historia clínica, estilo de vida y analítica	229	>18 años	3	D
Risk factors for Nonadherence to antihypertensive treatment										
2017	Gupta, P	UK y República Checa	2016	Pacientes de dos países europeos	Pacientes hipertensos	Muestra de orina puntuales, datos clínicos y laboratorio	1348	>18 años	2++	C
Dietary Patterns, nutrition knowledge, lifestyle, and health-related quality of life: associations with anti-hypertension medication adherence in a sample of a Australian adults										
2017	Khalesi, S	Australia	2017	Adultos con presión alta	Individuos hipertensos	Cuestionario de frecuencia de alimentos (FFQ) y de autoeficacia de dieta y ejercicio	224	>18 años	3	D

Effect of patient and treatment factors on persistence with antihypertensive treatment: a population-based study										
2021	Malo, S	España	2015	Pacientes que dispensan sus fármacos en farmacia	Pacientes hipertensos que iniciaron su tratamiento en 2015	Base de datos farmacéutica electrónica	25 582	>40 años	2++	C
Evaluation of medication adherence in Lebanese hypertensive patients										
2019	Yassine, M	Líbano	2015	Muestra aleatoria de una clínica ambulatoria	Hipertensos diagnosticados con hipertensión primaria	Cuestionario en una muestra aleatoria	210	>18 años	3	D
Drug non-adherence in hypertensive patients in Morocco, and its associated risk factors										
2020	Essayagh, T	Marruecos	2017	1 nov a 31 dic 2017	Hipertensos atendidos en los centros de AP	Entrevista y análisis	922	>18 años	3	D
Nonadherence to antihypertensive drugs. A systematic review and meta-analysis										
2016	Abegaz, T	No procede	2009-2016	28 estudios de 15 países que usaron escala Morisky de adherencia	Pacientes adultos hipertensos	Procedimiento meta analítico	13 688	>18 años	1++	A
Hypertension: adherence to treatment in rural Bangladesh – findings from a population-based study										
2014	Khanam, M	Bangladesh	2014	Centros médicos de 3 áreas rurales	Pacientes hipertensos adultos	Cuestionario sobre factores de riesgo de estilo de vida de enfermedades crónicas.	29 960	>25 años	3	D

Self-management and blood pressure control in China: a community-based multicentre cross-sectional study										
2019	Qu, Z	China	2018	8 centros de salud de 4 ciudades chinas	Pacientes adultos hipertensos	Cuestionario sobre factores físicos, sociales y personales, y escala de autocuidado	873	>18 años	3	D
Effect of number of medications and complexity of regimens on medication adherence and blood pressure management in hospitalized patients with hypertension										
2021	Wakai, E	Japón	2018	Pacientes ingresados entre Julio-Dic 2018 que tomaban antihipertensivos	Pacientes hipertensos que tomen medicación, incluyendo antihipertensivo	MRCI (índice de complejidad del régimen de medicación)	1057	>18 años	1++	A
“Teaching: individual” to improve adherence in hypertension and type 2 diabetes										
2021	Parra, D.I	España	2020	Diagnosticados de HTA y DM II medicados en el programa de factores de riesgo de ACV en AP	Pacientes hipertensos	Ensayo clínico. 98 pacientes en grupo de enseñanza individual, resto en At. Habitual	200	>18 años	1++	A
Predictors of medication nonadherence among hypertensive clients in Ghanaian population: application of the Hill-Bone and Perceived barriers to treatment compliance scale										
2022	Woode, E	Ghana	2018-2019	Pacientes de clínica de hipertensión de la universidad de Ghana	Pacientes hipertensos	Escala de cumplimiento de Hill-Bone y	246	>18 años	3	D

						barreras percibidas				
Factors associated with non-adherence to three hypertension self-management Behaviours: preliminary data for a new instrument										
2013	Crowley, M	No refiere	2011	Pacientes de AP	Pacientes con hipertensión	Instrumento de adherencia y variables compuestas	636	>18 años	3	D
Adherence to treatment and evaluation of disease and therapy knowledge in Lebanese hypertensive patients										
2017	Abbas, H	Líbano	2015	Aleatoriamente reclutados de farmacias comunitarias y hospitalarias, clínicas privadas y ambulatorias	Pacientes hipertensos	Cuestionario de elaboración propia	249	>18 años	3	D
Influential factors in adherence to the therapeutic regime in hypertension and diabetes										
2019	Parra, D. I	Colombia	2013	Pacientes con HTA y DM II de un centro de AP	Pacientes con PA no controlada	Entrevistas, la etiqueta de resultados de enfermería “conducta de tratamiento: enfermedad o lesión” y el instrumento “factores que influyen en la adherencia al	500	>18 años	3	D

						tratamiento farmacológico y no farmacológico”				
Effectiveness of a multifactorial intervention, consisting of self-management of antihypertensive medication, self-measurement of blood pressure, hypocaloric and low sodium diet, and physical exercise, in patients with uncontrolled hypertension taking 2 or more antihypertensive drugs										
2020	Unda Villafuerte, F	España	2020	Pacientes hipertensos aleatorios de centros de AP	Hipertensos que usen 2 o más fármacos antihipertensivos y una media de PA de 130/80 en 24h	Ensayo clínico aleatorizado	424	>18 años	1+	A
Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso										
2017	Delgado, I. Z	España	2014	Pacientes derivados a la consulta de UGC Nefrología/HTA con HTA no controlada desde enero de 2014	Pacientes con HTA no controlada, asociada a síndrome metabólico y/u obesidad	Entrevistas semiestructuradas	18	>18 años	3	D

Tabla 2. Síntesis de los artículos seleccionados para la revisión bibliográfica. Fuente de elaboración propia.

5. DISCUSIÓN

El objetivo general de esta revisión bibliográfica es evaluar los factores asociados a una mala adherencia terapéutica en pacientes adultos hipertensos. Después de una búsqueda exhaustiva, una selección de los estudios más relevantes y un análisis de los resultados encontrados, he podido extraer los factores más comunes que afectan a la adherencia terapéutica en esta población concreta.

La mala adherencia se identifica como la principal causa del fracaso en el control de la hipertensión, siendo un importante factor de riesgo cardiovascular y cerebrovascular (8). En los estudios seleccionados se calcula que, entre el 27% y el 91% de los pacientes, existe una falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, a causa de los diferentes factores asociados encontrados en la literatura, algunos de estos son: edad avanzada con presencia de discapacidades físicas y cognitivas o edad joven que no sigue el tratamiento, falta de apoyo social, mala relación con el médico y el sistema sanitario, falta de motivación, déficit de conocimientos sobre la HTA y su tratamiento, los efectos secundarios de los medicamentos u olvidos de estos y presencia de comorbilidades. Hay más factores que influyen en esta adherencia, por lo que se espera que este trabajo pueda contribuir a una mejor comprensión de estos factores asociados.

Con el objetivo de conocer cuáles son los principales factores que determinan la adherencia o no al tratamiento farmacológico y modificaciones de los estilos de vida en pacientes hipertensos, se ha procedido a una clasificación en subcategorías.

5.1- Factores demográficos.

Dentro de este subgrupo incluimos la edad, género, etnia, estado civil, país de origen, y el área residencial (urbano o rural), ya que se ha mostrado que pueden influir en la adherencia terapéutica.

Existen controversias respecto al género, numerosos artículos (7,9–12) muestran que los hombres tienen mayor probabilidad de adherirse al tratamiento que las mujeres. A pesar de la evidencia de estos resultados, existen discrepancias respecto al género más adherente, ya que, por ejemplo, el estudio de Khalesi et al (13) señala que las mujeres son más propensas a preocuparse por su salud y tener contactos regulares con profesionales

de la salud, aumentando las probabilidades de una buena adherencia; este resultado coincide con otros estudios (8,14–17), los cuales indican que la falta de adherencia fue mayor en los hombres, como menciona la revisión sistemática de Abegaz et al (17), que calculó que el riesgo de falta de adherencia al tratamiento fue 1,3 veces mayor en hombres que en mujeres, en un total de 13.688 pacientes hipertensos. Uno de los principales hallazgos de esta revisión ha sido evidenciar que, según la localización del estudio o el número de sujetos de la investigación, el género con más probabilidades de interrumpir el tratamiento antihipertensivo podría variar.

La mayoría de los estudios coinciden en que los pacientes adultos jóvenes presentan una menor adherencia al tratamiento antihipertensivo (2,8,10,12,13,15,16,18), esto es debido a que son más reacios a aceptar que el tratamiento es crónico y que deben tomar su medicación antihipertensiva de por vida; además, la hipertensión suele ser de naturaleza asintomática por lo que, al no presentar síntomas, creen que su salud y su tensión arterial están bien y no necesitan medicarse, provocando problemas cardiovasculares, cerebrovasculares o renales a largo plazo. Las investigaciones también mencionan que, a partir de los 71-80 años, la mala adherencia terapéutica y las cifras de PAS y PAD aumentan ya que la edad podría ser un factor de riesgo debido a la disminución de las funciones físicas y el deterioro cognitivo (9,11,14,19).

En el estudio de Parra et al (20), con un 27% de pacientes no adherentes, mostró una mayor adherencia en pacientes mayores de 65 años de sexo masculino casados, pero si estos eran adultos jóvenes sin pareja estable, la adherencia disminuía. Asimismo, un estudio realizado en España (14) mostró que las mujeres tuvieron una mejor adherencia a largo plazo que los hombres, excepto si tenían más de 80 años, independientemente del tipo de terapia. Estos estudios muestran que la edad y el género van de la mano, provocando que no haya una asociación significativa entre los factores demográficos y la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo, como menciona Woode et al (21) en su estudio transversal.

En cuanto a la distinción de origen étnico, se ha mostrado que la etnia afroamericana, latina, y en menor medida la asiática, presentan una menor adherencia terapéutica que los pacientes occidentales, esto es a causa de la escasez de recursos sanitarios en estos países

en desarrollo y las dificultades de acceso a la atención médica (2,8,10,17,22); como en el caso de Gambia, donde la adherencia al tratamiento entre los pacientes hipertensos es del 27%, o en Bangladesh, donde esta es del 26%. También se ha encontrado que vivir en áreas rurales puede ser un factor que influya en la adherencia debido a la difícil accesibilidad a los servicios de atención médica (8,18).

5.2- Factores socioeconómicos.

Los factores socioeconómicos son aquellos vinculados a la situación o estatus de una persona según sus ingresos, su ocupación y su nivel de educación; también incluiremos el analfabetismo y el tipo de seguro médico que disponen este tipo de pacientes.

La mayoría de los estudios coinciden en que los pacientes hipertensos con bajo nivel educativo y analfabetismo son menos adherentes al tratamiento de la enfermedad (5,8,10,11,13,15–18,22–24), esto podría estar relacionado con el nivel de escolaridad y conocimientos, ya que gran parte de las investigaciones cuentan con un gran porcentaje de pacientes sin educación formal, o no llegaron a la escuela secundaria. Este tipo de paciente normalmente no puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad, ni recibe o entiende la información sobre los beneficios de tomar correctamente los medicamentos, por lo que estos pacientes con bajo conocimiento sobre la hipertensión tienen 1,5 veces mayor probabilidad de tener una adherencia parcial al tratamiento, como muestra el estudio de Parra et al (24) en su estudio transversal. En cuanto a los hipertensos con mayor nivel educativo y mayor riqueza, estos son más capaces de percibir mejor el riesgo de la enfermedad en la salud, lo que les impulsa a buscar más información sobre cómo llevar una vida más saludable y asesoramiento profesional, además de estar más informados sobre el impacto de un control deficiente de la PA (8,11).

Casi la totalidad de las investigaciones coinciden en que aquellos pacientes con un nivel de ingresos bajo y/o desempleados tienen un nivel de adherencia al tratamiento menor. Esto se puede observar, por ejemplo, en el estudio de Essayagh *et al* (16), donde los pacientes con bajos ingresos generalmente son analfabetos o con poca educación, por lo que esto podría influir en su conocimiento general de la enfermedad o modificación de estilo de vida y adherencia a la medicación antihipertensiva. En contraposición a esto, el

estudio de Khalesi *et al* (13) menciona que el empleo y el ingreso no muestran una asociación significativa con la adherencia al tratamiento.

Siguiendo la misma línea, un estudio realizado en Bangladesh (8) encontró que aquellos pacientes hipertensos con menor ingreso y menor educación tenían más riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. Este resultado podría relacionarse con otro estudio realizado en China (18), que mencionó que los bajos ingresos no solo muestran ser predictores de baja adherencia al tratamiento, sino también un factor asociado al desarrollo de una enfermedad comórbida. Por lo que se refiere al género que menos ingresos recibe, este último estudio también muestra que las mujeres mayores son las que tienen mayor probabilidad de tener menor ingreso y educación, vivir solas y estar desempleadas.

Por otro lado, encontramos que, en diversos estudios realizados en países pobres como Líbano o Marruecos, un gran porcentaje de participantes tenían un plan de seguros de salud. Esto ocurre en países en desarrollo o empobrecidos donde la cobertura de salud es privada y gran parte de la población no tiene acceso a recursos hospitalarios por su escasez y e inequidades en el acceso a servicios de salud (24); a diferencia de países desarrollados como España, donde la seguridad social es gratuita y universal con mejor acceso a los recursos mencionados. El estudio de Abbas H *et al* (23) evidenció que el 93,5% de los participantes estaba cubierto por un seguro de salud, mostrando una asociación significativa entre la cobertura de salud y la adherencia al tratamiento, ya que este elimina el factor financiero. El componente económico es un gran inconveniente para una amplia parte de los pacientes que tienen bajos ingresos, sobre todo en la población de los países pobres, como menciona Yassine *et al* (15), donde el coste y la accesibilidad del fármaco son motivos de baja adherencia. A pesar de esto, la mayoría de los pacientes con un plan de seguros de salud no cumplieron con la prescripción por poca disposición en la farmacia, al no llegar suficientes recursos a esta población, o por su precio excesivo alcanzable por muy pocos, como menciona Essayagh T *et al* (16) en su estudio transversal. Además, un estudio realizado en China (18) mostró que el seguro médico rural se asoció con un control deficiente de la PA, esto es a causa de una menor disponibilidad de atención médica especializada y de instalaciones, además de la escasez de recursos económicos en estas áreas.

5.3- Factores conductuales.

Los factores conductuales o del estilo de vida se refiere a aquellos que se basan en las decisiones personales sobre la práctica de hábitos saludables o dañinos para la salud. En este grupo incluimos hábitos como el tabaquismo, consumo de alcohol, actividad física o sedentarismo, el tipo de dieta que sigue el paciente, el nivel de estrés, el descanso y el estado de ánimo. También incluimos la relación entre el médico y el paciente.

Todos los hallazgos sugieren que adherirse a un estilo de vida saludable, como mantener el peso en rango, no fumar o beber alcohol, realizar actividad física regular, mantener una dieta equilibrada y tener un buen descanso; se asocian significativamente con un menor riesgo de mortalidad, reducción y mejor control de la PA, y mejor adherencia al tratamiento de la hipertensión (1,9,25). Un artículo de Kenia (11) indica que el consumo diario de frutas y verduras se asoció con valores más saludables de frecuencia cardíaca (FC), PA, índice de masa corporal (IMC) y colesterol, por sus propiedades cardioprotectores; en cambio el alcohol y tabaco se asociaron con mal control de la PA.

Como ejemplo, el estudio de Yassine *et al* (15) sugiere que para tener una buena adherencia terapéutica hay que seguir la dieta o las modificaciones de estilo de vida recomendadas por un profesional de la salud y tomar los medicamentos, ya que esto indica un nivel de conciencia de la importancia de complementar el tratamiento farmacológico y el no farmacológico. Otro estudio realizado en Australia (13) evidenció que, aquellos pacientes con mejores conocimientos sobre hábitos de vida saludable, como la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), realizar actividad física regular y tener un buen patrón de sueño (de unas 7 horas de sueño diarias) estaban, generalmente, más concienciados con su salud, generando en la persona una mayor confianza en sí misma permitiéndole desarrollar una mejor adherencia al tratamiento no farmacológico y un aumento de los conocimientos sobre la HTA y sus factores de riesgo.

Por otro lado, la no adherencia al tratamiento está asociada con una falta de apoyo familiar y de voluntad, de autoestima o percepción propia, la depresión y la desmotivación, el estrés y la actividad física limitada (16,23,26). La salud mental es un factor importante en el manejo y control de la PA en pacientes hipertensos, pues las personas que conviven con el estrés, la ansiedad o la depresión disminuyen su capacidad para tomar decisiones

saludables y seguir las recomendaciones médicas o enfermeras, además de no encontrar una motivación para seguir correctamente el régimen terapéutico (17,26).

Respecto a la no adherencia a la dieta, el estudio de Crowley *et al* (22) lo relaciona con tener empleo, pero con una falta de seguridad financiera, IMC > 30, y una creencia errónea de que el seguimiento de una dieta se asocia con un gasto de dinero importante; este mismo estudio menciona que la no adherencia al ejercicio es causada por ser mujer, de bajo nivel educativo, con empleo, pero con un IMC > 30. Diversos artículos (7,11,18) reflejan que los hombres tienen más probabilidades de fumar y beber que las mujeres, asociando estos datos a una disminución en la adherencia al tratamiento.

Finalmente, aunque la literatura nos indique que es fundamental establecer una relación de confianza entre el médico y el paciente, varios artículos (9,16,24) encontraron que un gran porcentaje de los pacientes tienen una relación insatisfactoria con sus profesionales de la salud, con consecuencias como información deficiente, falta de interés por su condición de salud o cómo cuidarse, o ausencia a citas médicas; además, estos pacientes indicaron que el personal de salud que los atiende nunca responde a sus inquietudes y dificultades respecto al tratamiento, entorpeciendo la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica. Por ello, como manifiesta Delgado *et al* (26) en su estudio, la relación con el equipo sanitario es un factor importante de cara a abordar la enfermedad ya que una buena relación ayuda al paciente a sentirse más cómodo de expresar sus dudas y miedos, además de mejorar la adherencia al tratamiento.

5.4- Factores clínicos y asistenciales

Este factor de riesgo tiene en cuenta la salud general del paciente y su capacidad para tolerar el régimen terapéutico, ya que este puede influir en el pronóstico de la enfermedad y en la efectividad del tratamiento, pudiendo aumentar el riesgo de complicaciones y efectos adversos; por lo tanto, incluimos: el IMC, las comorbilidades, el valor de su PA y si está controlado o no, la complejidad del régimen y su duración, el tipo de medicamento antihipertensivo, efectos adversos relacionados con la enfermedad y con la medicación, u olvidos.

Es común en el paciente hipertenso tener recetado desde uno hasta seis medicamentos antihipertensivos, de los cuales, las clases más comunes son: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), betabloqueantes adrenérgicos, bloqueadores de canales de calcio y diuréticos. Diversos estudios (9,15,23) coinciden en que los betabloqueantes son el fármaco pautado con la peor adherencia a causa de solo estar disponible en una forma, no poder combinarse en una pastilla y presentar mayor número de posibles efectos secundarios; además, era más común que durante el último año los pacientes cambiaran de medicación por PA no controlada o mala tolerancia a los efectos secundarios. A pesar de los hallazgos anteriores, el estudio de Abegaz *et al* (17) menciona que los diuréticos provocan menor índice de adherencia por sus posibles efectos secundarios como fatiga, mareos, entumecimiento o irritabilidad, ya que afectan negativamente a la calidad de vida del paciente.

Asimismo, la medicación antihipertensiva puede prescribirse en forma de monoterapia o combinación fija, siendo más común la monoterapia (14) en el primer año. A pesar de ello, un estudio realizado en Reino Unido (12) mostró que la estrategia de usar combinaciones de dosis fijas aumenta las posibilidades de mejorar la adherencia, siendo más efectiva que la monoterapia. Otro estudio indicó que comprender la medicación, tomar bloqueadores de canales de calcio o conocer los valores normales de la presión arterial mejoraban la adherencia (15). Además, los hallazgos del estudio de Wakai *et al* (19) sugieren que la complejidad del régimen presenta una mayor correlación con la influencia en la adherencia y control de la PA, que aquella presentada por la cantidad de medicamentos.

Con lo anterior podemos decir que los posibles efectos secundarios de la medicación antihipertensiva afectan a la adherencia terapéutica, y estos se presentaron en forma de: dolor de cabeza o cefalea, mareos, dolor muscular, cansancio, disminución del deseo sexual, micción frecuente, falta de sueño, hinchazón en los miembros inferiores y palpitaciones (9,21,23). Por otro lado, la causa más común de mala adherencia a la terapia farmacológica en la hipertensión es el olvido, atribuyéndole entre el 40% - 89%, como indican algunos estudios (13,15,21,23), seguido del miedo a los efectos secundarios o por decisión propia del paciente de interrumpir el tratamiento al mejorar los síntomas y sentir que la enfermedad está bajo control.

Una gran parte de los pacientes que intervienen en los estudios seleccionados, presentan comorbilidades que afectan a la adherencia, como las enfermedades coronarias, dislipemias, diabetes y accidente cerebrovascular (ACV) (9,18). Los participantes que no se adhieren presentan niveles más altos de glucosa y LDL en sangre, una PA descontrolada, además de un IMC mayor de 30 u obesidad y sobrepeso (10,23). Un estudio realizado en Corea del Sur (7) mostró que los hombres tenían más probabilidades de obesidad y diabetes, aumentando las posibilidades de una adherencia deficiente al tratamiento antihipertensivo. Además, el estudio de Wakai *et al* (19) muestra que la función renal es menor en los pacientes menos adherentes a causa de la polifarmacia, normalmente presente en personas de edad avanzada a las que suelen pautarle medicación innecesaria y excesiva.

5.5- Papel de las enfermeras en la mejora de la adherencia terapéutica y la calidad de vida.

Como se ha mencionado anteriormente, la falta de cumplimiento en el tratamiento de la hipertensión conlleva complicaciones graves y elevados costes sanitarios, con unas tasas de entre 27% - 91% de mala adherencia entre los pacientes hipertensos. Esto propone un desafío a los profesionales sanitarios, quienes tienen un gran peso en la enseñanza e intervención sobre los conocimientos relacionados con la HTA, la importancia de una buena adherencia terapéutica y las consecuencias a largo plazo de una PA descontrolada (24).

La educación sanitaria (ES) es primordial a la hora de mejorar la adherencia terapéutica ya que esta aumenta la efectividad en el control de las cifras tensionales y la modificación de los hábitos de vida saludables para controlar la HTA y disminuir los riesgos de complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales (26). El paciente tiene que comprender que mejorar a un estilo de vida más saludable es tan importante y necesario como el tratamiento farmacológico, y Delgado *et al* (26) mostró que la ES mejoró los conocimientos de la enfermedad; no obstante, este mismo artículo menciona que esto último no es tan significativo en cuanto a la mejora en la adherencia al tratamiento. Por otro lado, otros artículos subrayan la importancia de una buena ES para mejorar el manejo de la HTA y su adherencia, reduciendo la incidencia de enfermedades cardiovasculares relacionadas con la misma y reducir el coste sanitario (11,15,23).

Las enfermeras tienen un papel fundamental en el proceso de aprendizaje y adaptación del paciente en su tratamiento farmacológico y no farmacológico. Como muestra Essayagh *et al* (16) en su artículo, están capacitadas para establecer un plan de cuidados continuo para sensibilizar a los pacientes sobre las conductas no saludables, y proponer cambios que estén respaldados por la evidencia para el control de la PA, como una dieta con restricción de sodio y grasas saturadas, sueño adecuado y actividad física regular. Las enfermeras deben individualizar las estrategias, inculcando actitudes que fomenten una adherencia aplicable en los hábitos diarios y con intervenciones específicas (17). Estas intervenciones deben ser multifacéticas, donde se recomienda el método de enseñanza para maximizar la comprensión de la enfermedad, y promover el conocimiento y las habilidades de autocuidado, como menciona Parra *et al* (20) en su ensayo clínico.

A pesar de que los sanitarios ponen énfasis en la importancia de un control regular en los centros de atención primaria de la enfermedad o de un autocontrol en casa de la PA, el estudio transversal de Abbas *et al* (23) evidenció que el 52,6% de sus participantes no siguió los controles regulares de los profesionales de la salud, y casi el 50% no controló su PA en 2 semanas; debido a esto, se destaca la necesidad de contar con un entendimiento sólido acerca de la enfermedad, los factores de riesgo, así como de los posibles efectos secundarios tanto de la enfermedad como de los medicamentos, con el fin de mejorar la adhesión, el seguimiento y el control. Por otro lado, un estudio transversal (11) observó una mayor adherencia al tratamiento farmacológico que a los patrones de estilo de vida saludable, por ello, el efecto y control puede ser subóptimo porque estas intervenciones deben complementarse entre sí para obtener un máximo beneficio; así, los profesionales de la salud deben hacer hincapié en las recomendaciones de estilo de vida saludable, estén o no con tratamiento farmacológico.

Por un lado, el estudio de Parra *et al* (20) mencionó que una intervención de enseñanza individualizada mejoró la adherencia al tratamiento y produjo una reducción significativa de la PAS a los 6 meses de -3,9 mmHg, así muestra que si las intervenciones las realiza una enfermera serán efectivas, pero añade que fueron aún más efectivas si se realiza de forma multidisciplinaria, incluyendo a médicos, farmacéuticos, dietistas o fisioterapeutas; asimismo, se resalta la relevancia de colaborar en conjunto, puesto que de esta manera se garantiza que el paciente recibe un tratamiento óptimo y adaptado a sus necesidades individuales.

Por otro lado, en el estudio de Macquart de Terline (2) señala que, para mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo y las modificaciones de estilos de vida, las enfermeras pueden utilizar recordatorios como llamadas telefónicas o mensajes de texto, y recomendar dispositivos de apoyo como pastilleros o aplicaciones móviles para ayudar a recordar a los pacientes que deben tomar su medicación; además, también menciona incluir a los pacientes en un programa de atención farmacéutica, y a los profesionales de la salud en una formación educativa para desarrollar sus habilidades en la planificación de una buena adherencia. Del mismo modo, si se sospecha de una baja adherencia al tratamiento en un paciente hipertenso, un estudio realizado en Lima (10) mostró que existen dos tipos de escalas para medir esta adherencia y así incidir en las causas: la escala directa, que incluye un monitoreo electrónico, el conteo de píldoras o la dosis directa de concentración en sangre del fármaco antihipertensivo; y la escala indirecta, que incluye la realización de las escalas de adherencia de Morisky o de Hill-Bone, o la dispensación en farmacia del producto.

Es importante que los profesionales sanitarios, sobre todo las enfermeras, proporcionen apoyo emocional y psicológico al paciente y su familia, y ayuden a abordar cualquier problema de salud mental que pueda afectar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida (17). El artículo de Delgado *et al* (26) propone técnicas de intervención mediante refuerzo conductual y de apoyo familiar para aumentar los conocimientos, consiguiendo que se mantengan de 6 meses a 5 años.

En definitiva, la intervención enfermera debe incluir un seguimiento y manejo de los signos y síntomas, una educación sobre la dosificación de los medicamentos, cambios en el estilo de vida, mantener un contacto regular con los profesionales de la salud y proporcionar apoyo emocional, para así mejorar la adherencia y la calidad de vida en los pacientes hipertensos (25).

LIMITACIONES:

Tras llevar a cabo la revisión de los artículos escogidos, se observa que la mayoría de ellos se realiza en áreas geográficas delimitadas, como África o Asia, cuya etnia y cultura son muy diferentes a la nuestra. Estas diferencias podrían interferir en los resultados si estos estudios se llevasen a cabo en España. Además, los artículos relacionados con el objetivo del trabajo en España son limitados.

Por otro lado, gran parte de estos artículos contaban con participantes de bajo nivel socioeconómico o educativo, por lo que los resultados han podido ser influenciados por estos factores, provocando un sesgo en los resultados de la investigación ya que estos serían diferentes con participantes de recursos y educación superiores. Asimismo, los resultados también han variado según el porcentaje de pacientes de género masculino o femenino incluido en cada estudio, provocando una inclinación hacia un género u el otro.

Finalmente, hay que tener en cuenta que la mayoría de los estudios seleccionados se basan en la cumplimentación de cuestionarios, entrevistas y encuestas, pudiendo producir un sesgo de recuerdo.

6. CONCLUSIÓN.

Los diferentes estudios han mostrado que hay un bajo porcentaje de adherencia en el tratamiento farmacológico, y sobre todo, en el no farmacológico. Tener una presión arterial descontrolada implica, a largo plazo, un aumento del gasto sanitario, de las complicaciones, morbilidades e, incluso, de la mortalidad. Por ello, es de vital importancia analizar los factores que influyen en la adherencia terapéutica, para así fomentar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y las modificaciones en el estilo de vida gracias a la educación sanitaria impartida por los profesionales de la salud, poniendo especial énfasis en las enfermeras, quienes pueden identificar y aplicar intervenciones que mejoren esta adherencia y control de HTA.

Los numerosos artículos evidencian que los factores demográficos (ser joven, de país subdesarrollado o vivir en áreas rurales), los factores socioeconómicos (menor nivel educativo y de ingresos, desempleado, o el seguro médico), los factores conductuales (estrés, sedentarismo, obesidad o sobrepeso, dieta basada en sodio y grasas saturadas, y mala relación con el equipo sanitario), y los factores clínicos (efectos adversos del tratamiento, complejidad del régimen, escasos conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento, las comorbilidades y, sobre todo, los olvidos); influyen significativamente en el cumplimiento y la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Por tanto, es fundamental que sanitarios y pacientes trabajen de forma conjunta para identificar y abordar estos factores, para así lograr un mejor control de la HTA y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo.

A pesar de que la mayoría de los estudios evidencian los grandes beneficios que provocan una buena adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, la tasa de cumplimiento no parece ser muy elevada. Esto se debe a que es un gran reto conseguir cambios en la conducta del paciente hipertenso. Por ello, hay que tener en cuenta aspectos como los factores mencionados, su actitud ante su estado de salud, su capacidad y motivación de aprendizaje y su predisposición por mejorar para desarrollar programas de educación sanitaria individualizados que permitan al paciente interiorizar la necesidad de mantener hábitos saludables de por vida y la importancia de una buena adherencia al tratamiento, para así poder conseguir un manejo efectivo de la presión arterial.

En definitiva, y tras un análisis exhaustivo de los artículos seleccionados, se concluye con la necesidad de realizar más investigaciones y estudios a gran escala que consideren en conjunto todos los factores de riesgo mencionados en el trabajo, no por partes, además de obtener una población más igualada en condiciones. De igual modo, se debe contemplar la posibilidad de realizar más estudios experimentales para aportar mayor calidad de evidencia científica y respaldar con firmeza la seguridad y viabilidad de la importancia de conocer los factores de riesgo asociados a una mala adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Para finalizar, considero que sería necesario realizar más estudios específicos en España.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Lu Q, Zhang Y, Geng T, Yang K, Guo K, Min X, et al. Association of Lifestyle Factors and Antihypertensive Medication Use With Risk of All-Cause and Cause-Specific Mortality Among Adults With Hypertension in China. *JAMA Netw Open.* 2022;5(2).
2. Macquart de Terline D, Kramoh KE, Bara Diop I, Nhavoto C, Balde DM, Ferreira B, et al. Poor adherence to medication and salt restriction as a barrier to reaching blood pressure control in patients with hypertension: Cross-sectional study from 12 sub-Saharan countries. *Arch Cardiovasc Dis.* 2020;113(6-7):433-42.
3. Delfín Pérez Caballero M, Jorge Luis León Álvarez I, Manuel Antonio Fernández Arias I Hospital Clínicoquirúrgico II, Ameijeiras H, Habana L. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. *Rev Cubana Med.* 2011;50(3):311-23.

4. Lira C. EUMT. BURDEN OF HYPERTENSION AS A CARDIOVASCULAR RISK FACTOR. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2015;26(2):156-63.
5. Weldegebreal AS, Tezeta F, Mehari AT, Gashaw W, Dessale KT, Legesse NY. Assessment of drug therapy problem and associated factors among adult hypertensive patients at ayder comprehensive specialized hospital, Northern Ethiopia. *Afr Health Sci*. 2019;19(3):2571-9.
6. Juan J, Cerda O, Herrera DS, Adrián Ó, Miranda R, Manuel J, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. 2018.
7. Shin J, Ham D, Paik HY, Shin S, Joung H. Gender Differences in the Risk of Ischemic Heart Disease According to Healthcare Utilization and Medication Adherence among Newly Treated Korean Hypertensive Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3):1-14.
8. Khanam MA, Lindeboom W, Koehlmoos TLP, Alam DS, Niessen L, Milton AH. Hypertension: adherence to treatment in rural Bangladesh--findings from a population-based study. *Glob Health Action*. 2014;7(1).
9. Suciú L, Suciú M, Voicu M, Mureşan R, Pârv FV, Buda V, et al. Factors Influencing Adherence to Treatment and Quality of Life for a Group of Patients with Essential Hypertension in Romania. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:483-91.
10. Pocohuanca-Ancco L, Villacorta J, Hurtado-Roca Y. Factors associated with non-adherence to antihypertensive treatment in patients with social security. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2021;14(3):316-21.
11. Kimani S, Mirie W, Chege M, Okube OT, Muniu S. Association of lifestyle modification and pharmacological adherence on blood pressure control among patients with hypertension at Kenyatta National Hospital, Kenya: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019; 9:23995.
12. Gupta P, Patel P, Štrauch B, Lai FY, Akbarov A, Marešová V, et al. Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. *Hypertension*. 2017; 69(6):1113-20.
13. Khalesi S, Irwin • Christopher, Sun J. Dietary Patterns, Nutrition Knowledge, Lifestyle, and Health-Related Quality of Life: Associations with Anti-Hypertension Medication Adherence in a Sample of Australian Adults.

14. Malo S, Aguilar-Palacio I, Feja C, Lallana MJ, Armesto J, Rabanaque MJ. Effect of patient and treatment factors on persistence with antihypertensive treatment: A population-based study. *PLoS One*. 2021;16(1 January 2021).
15. Yassine M, Al-Hajje A, Awada S, Rachidi S, Zein S, Bawab W, et al. Evaluation of medication adherence in Lebanese hypertensive patients. *J Epidemiol Glob Health*. 2016;6(3):157-67.
16. Essayagh T, Essayagh M, Essayagh S. Drug non-adherence in hypertensive patients in Morocco, and its associated risk factors. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2021;20(4):324-30.
17. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2017;96(4).
18. Qu Z, Parry M, Liu F, Wen X, Li J, Zhang Y, et al. Self-management and blood pressure control in China: a community-based multicentre cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9(3).
19. Wakai E, Ikemura K, Kato C, Okuda M. Effect of number of medications and complexity of regimens on medication adherence and blood pressure management in hospitalized patients with hypertension. *PLoS One*. 2021;16(6 June).
20. Parra DI, Guevara SLR, Rojas LZ. «Teaching: individual» to improve adherence in hypertension and type 2 diabetes. *Br J Community Nurs*. 2021 ;26(2):84-91.
21. Woode E, Boakye-Gyasi E, Obirikorang Y, Adu EA, Obirikorang C, Acheampong E, et al. Predictors of medication nonadherence among hypertensive clients in a Ghanaian population: Application of the Hill-Bone and Perceived Barriers to Treatment Compliance Scale. *Health Sci Rep*. 2022;5(3).
22. Crowley MJ, Grubber JM, Olsen MK, Bosworth HB. Factors associated with non-adherence to three hypertension self-management behaviors: Preliminary data for a new instrument. *J Gen Intern Med*. 2013;28(1):99-106.
23. Abbas H, Kurdi M, Watfa M, Karam R. Adherence to treatment and evaluation of disease and therapy knowledge in Lebanese hypertensive patients. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:1949-56.
24. Parra DI, Romero Guevara SL, Rojas LZ. Influential Factors in Adherence to the Therapeutic Regime in Hypertension and Diabetes. *Invest Educ Enferm*. 2019 ;37(3).

25. Unda Villafuerte F, Llobera Cànaves J, Lorente Montalvo P, Moreno Sancho ML, Oliver Oliver B, Bassante Flores P, et al. Effectiveness of a multifactorial intervention, consisting of self-management of antihypertensive medication, self-measurement of blood pressure, hypocaloric and low sodium diet, and physical exercise, in patients with uncontrolled hypertension taking 2 or more antihypertensive drugs: The MEDICHY study. *Medicine*. 2020;99(17):e19769.
26. Delgado IZ, Caballero Villarraso T, García MR. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso.

8. ANEXOS.

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna
1		doi:10.1001/jamannetworkopen.2021.46118
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Lu Q, Zhang Y, Geng T, Yang K, Guo K, Min X, et al. Association of Lifestyle Factors and Antihypertensive Medication Use With Risk of All-Cause and Cause-Specific Mortality Among Adults With Hypertension in China. <i>JAMA Network Open</i> [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 12];5(2). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35103793/	
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	HTA importante problema de salud pública que afecta a 1130 millones de adultos en el mundo. La prevalencia ha aumentado en los últ 40 años. La HTA una de las principales causas de ECV y mortalidad, representando <10millones muerte en 2019. La adherencia al tto con medicamentos y el seguimiento de estilo de vida saludable lo más importante del autocontrol de HTA. Falta de adh al régimen medicamentoso se ha informado en el 10% al 80% de ptes con HTA (+ alto en países de bajos ingresos). La modificación del estilo de vida lo + importante para prevenir o retrasar la PA no controlada y eventos cardiovasculares.
	Objetivo del estudio	Examinar prospectivamente la asociación del uso de medicamentos antiHTA y estilo de vida saludable, así como cambios en estilo de vida, con el riesgo de mortalidad para todas las causas, y por causas específicas
Metodología	Tipo de estudio	Cohortes
	Año de realización	2022, China (2008-2013)
	Técnica recogida de datos	Entrevistas, exámenes físicos y extracciones de sangre en encuestas

	Población y muestra	14 392 adultos con hipertensión
Resultados relevantes	<p>Edad media 65,6 a, 50,6% hombres, 49,4% mujeres. Los que usaban medicación antiHTA y se apegaban a un estilo de vida favorable tenían mayor duración de la HTA (>10 a, 53,7%).</p> <p>Puntuación + alta en estilo de vida se asoció con nivel más bajo de triglicéridos y un nivel + alto de colesterol HDL. Los pacientes que usaban medicamentos antiHTA, puntuación más alta en EdV se asoció con nº más bajos de glucosa en ayunas y A1c.</p> <p>Media de seguimiento de 7,3 años, se documentan 2015 muertes (761 ECV, 525 cáncer). Los que usaban medicación + estilo de vida favorable tenían riesgo + bajo de mortalidad por todas las causas en comparación con los que no usaban medicación y EdV desfavorable (cociente de riesgos instantáneos [HR], 0,32; IC del 95 %, 0,25-0,42). Los que no tenían tto, pero adoptaron EdV favorable, menos riesgo de mortalidad. Pero los que usaban medicamentos antiHTA, pero EdV desfavorable no tuvieron una reducción significativa en el riesgo de mortalidad en todas las causas.</p> <p>Cada aumento de 1 punto en puntuación EdV, significa 17% menos de riesgo de mortalidad por todas las causas.</p> <p>La mejora del estilo de vida después del diagnóstico de HTA también se asoció significativamente con menor riesgo de mortalidad. También disminuyó el riesgo los que mejoraron estilo de vida desde inicio y primera encuesta de seguimiento.</p>	
Discusión planteada	<p>En este estudio encontramos que la combinación de usar medicamentos antiHTA y adherirse a un estilo de vida favorable (peso en rango, no fumar, actividad física adecuada, dieta equilibrada, buen descanso) fue significativamente asociado con menor riesgo de mortalidad. Esta asociación fue independiente de los factores de riesgo tradicionales (duración HTA, comorbilidades, uso de otros medicamentos, estrés). La mejora del estilo de vida justo después del diagnóstico de HTA también se asoció con menor riesgo de muerte prematura.</p> <p>También ha informado que la falta de cumplimiento o interrupción de la medicación antihipertensiva se asoció con mayor riesgo de ACV o IAM. La adherencia al tratamiento con medicamentos disminuyó con el tiempo (un estudio italiano informó de un 42,6% al cabo de un año, un estudio en países bajos descubrió que solo el 39% la usaron de forma continua durante 10 años).</p> <p>Sin duda este artículo demuestra que la adherencia a la medicación antiHTA es una estrategia eficaz para reducir la PA y prevenir eventos cardiovasculares, y que el beneficio sería mayor junto con la modificación de EdV. Un estudio de UK que mantener los factores de un estilo de vida saludable se asoció con una PAS 3,5mmHg + baja y un riesgo 30% menor de ECV.</p> <p>Por lo que una intervención a través de pérdida de peso, restricción de Na, Aumento de Act física, ingesta limitada de alcohol y mejora de dieta durante 6 meses redujeron la PAS y riesgo de cardiopatía coronaria.</p>	
Conclusiones del estudio	<p>La combinación de uso de medicamentos antiHTA y el cumplimiento de un estilo de vida favorable, incluso al inicio del diagnóstico, se asoció con un menor riesgo de mortalidad por todas las causas, ECV y cáncer, además de</p>	

	prevenir o retrasar la muerte prematura en personas con HTA. Se recomienda la medicación regular pero no es suficiente, hay que añadir una adherencia a largo plazo a un estilo de vida favorable para generar mayores beneficios.		
Valoración (escala Likert)	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna		
2	https://doi.org/10.1016/j.acvd.2019.11.009		
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Macquart de Terline D, Kramoh KE, Bara Diop I, Nhavoto C, Balde DM, Ferreira B, et al. Poor adherence to medication and salt restriction as a barrier to reaching blood pressure control in patients with hypertension: Cross-sectional study from 12 sub-Saharan countries. Arch Cardiovasc Dis. 2020 Jun 1;113(6–7):433–42.		
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	Se prevé que para 2025 la prevalencia de HTA aumente un 60% alcanzando un total de 1560 millones de personas, con una mayor carga en países en desarrollo. En 2008, la África subsahariana tenía la tasa de prevalencia más alta, 46% >25 a con los sistemas menos desarrollados del mundo. Los medicamentos antiHTA disminuyen el riesgo de ECV, pero la adherencia al tto antiHTA y modificaciones de dieta suelen estar por debajo del nivel óptimo. La mala adherencia a la medicación es una de las principales causas de mal control de la PA en pacientes hipertensos. Además, hay una fuerte evidencia de que la reducción de sal reduce la PA.	
	Objetivo del estudio	Evaluar la adherencia a la restricción de la sal y la medicación, para estudiar la asociación con el control de la PA.	
Metodología	Tipo de estudio	Estudio transversal observacional	
	Año de realización	Entre 2014-2015, en 12 países de África subsahariana. Publicado en 2020	
	Técnica recogida de datos	consultas ambulatorias en departamentos de cardiología. Cuestionario de elaboración propia (datos demográficos,	
	Población y muestra	2198 pacientes >18 a con hipertensión	
Resultados relevantes	<p>Datos relevantes fueron: 60,2 eran mujeres de edad media 57,7 y hombres de 59,2 a. el 41,6% tenía nivel educativo bajo y la mayoría vivía en un entorno urbano (78,9%). El 77,4% tenía una PA descontrolada en el momento de consulta. Más de 2mil conocían su afección y tomaban al menos un medicamento antiHTA (IC 95%)</p> <p>Aunque la mayoría declaró que su consumo de sal era bajo o se había reducido, el 63,6% admitió no estar a cargo de la preparación de comidas por lo que desconocían las cantidades exactas. La mala adh a restricción de sal fue más</p>		

	<p>probable en pacientes jóvenes, con mayor nivel educativo, diagnóstico más reciente y mayor IMC.</p> <p>En cuanto a la adherencia a la medicación, el 64,4% tenía mala adherencia, aunque el % difirió significativamente por país. Además, aquellos que tenían poca adh tenían más probabilidades de tener menos medicamentos antiHTA prescritos.</p> <p>En general, 24,6% no cumplía ni con restricción de sal ni medicación, y el 48,8% tenían un perfil de adherencia discordante.</p>			
Discusión planteada	<p>Es el primer informe multinacional sobre adherencia e HTA no controlada de África subsahariana. Los resultados subrayan que más de dos tercios de pacientes tenían poca adherencia a la medicación y más de un tercio tenía poca a la sal y una cuarta a ambas.</p> <p>Al combinar mala adherencia a la restricción de sal y medicación, la OR para la PA no controlada fue de 1,91.</p> <p>Debemos destacar que, a causa de la escasez de recursos sanitarios en estos países en desarrollo, la adherencia a la medicación recibe muy poca atención. Cabe resaltar que una mejor adherencia mejoraría el riesgo de ECV y reduciría el gasto en atención médica.</p> <p>El estudio propone que para mejorar la adherencia debemos considerar las intervenciones dirigidas al paciente, como un programa de atención farmacéutica, mensajes de texto, aplicaciones, etc. También coloca el foco en la educación de los profesionales de la salud para lograr este objetivo.</p>			
Conclusiones del estudio	<p>La mala adherencia a la restricción de la sal o a la medicación (o ambos) se asociaron significativamente con una PA no controlada. Por lo que mejorar la adherencia a la medicación junto con modificaciones de la dieta debería ser una estrategia general para hacer frente a la HTA en estos países africanos.</p>			
	<table border="1"> <tr> <td>Likert 2</td> <td>x</td> <td>Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica</td> </tr> </table>	Likert 2	x	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
Likert 2	x	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica		

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna		
3			
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	<p>Weldegebreal AS, Tezeta F, Mehari AT, Gashaw W, Dessale KT, Legesse NY. Assessment of drug therapy problem and associated factors among adult hypertensive patients at ayder comprehensive specialized hospital, Northern Ethiopia. Afr Health Sci. 2019 Sep 1;19(3):2571–9.</p>		
Introducción	<table border="1"> <tr> <td><i>Resumen de la introducción (máx 100 palabras)</i></td> <td> <p>La HTA es uno de los principales factores de riesgo de ECV y una de las principales causas de muerte en todo el mundo.</p> <p>La prevalencia ha aumentado a causa de factores de riesgo como tabaquismo, obesidad, consumo excesivo de alcohol y sedentarismo, además de que el conocimiento sobre el tratamiento y el control es muy bajo.</p> <p>A pesar de la disponibilidad de atención médica, más de la mitad de los pacientes hipertensos tienen la PA</p> </td> </tr> </table>	<i>Resumen de la introducción (máx 100 palabras)</i>	<p>La HTA es uno de los principales factores de riesgo de ECV y una de las principales causas de muerte en todo el mundo.</p> <p>La prevalencia ha aumentado a causa de factores de riesgo como tabaquismo, obesidad, consumo excesivo de alcohol y sedentarismo, además de que el conocimiento sobre el tratamiento y el control es muy bajo.</p> <p>A pesar de la disponibilidad de atención médica, más de la mitad de los pacientes hipertensos tienen la PA</p>
<i>Resumen de la introducción (máx 100 palabras)</i>	<p>La HTA es uno de los principales factores de riesgo de ECV y una de las principales causas de muerte en todo el mundo.</p> <p>La prevalencia ha aumentado a causa de factores de riesgo como tabaquismo, obesidad, consumo excesivo de alcohol y sedentarismo, además de que el conocimiento sobre el tratamiento y el control es muy bajo.</p> <p>A pesar de la disponibilidad de atención médica, más de la mitad de los pacientes hipertensos tienen la PA</p>		

		descontrolada, principalmente por problemas con el uso farmacológico (DTP), como problemas de elección, dosificación, y efectos adversos.
	Objetivo del estudio	Evaluar las DTP (drug therapy problema) y los factores asociados entre pacientes hipertensos adultos.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio transversal hospitalario
	Año de realización	Etiopia, 2016 (publicado en 2019)
	Técnica recogida de datos	Cuestionario estructurado en una entrevista que recopila factores sociodemográficos, clínicas y el estado de adherencia. Registros médicos.
	Población y muestra	241 pacientes hipertensos mayores de 18 años que tenían un seguimiento regular durante al menos 18 meses en la clínica de hipertensión.
Resultados relevantes	<p>De 242 pacientes, el 58,9% eran hombres. La edad promedio de 45,11 años (de 21 a 73). El 81,7% estaba casado y la mayoría (56,8%) no tenía educación formal.</p> <p>En cuanto a los medicamentos antiHTA, el nº promedio fue de 1,41, con un rango de 1 a 3 medicamentos. El enalapril fue el más prescrito (61,5%).</p> <p>La falta de adherencia se identificó en 143 pacientes como principal DTP, que se vio afectada por diferentes factores. Los pacientes con PA no controlada tenían más prob de DTP.</p> <p>El uso de sustancias y la comorbilidad resultaron predictores de DTP (2 veces más).</p>	
Discusión planteada	<p>Este estudio demuestra que la prevalencia de DTP fue del 55,6%, donde el factor común fue la falta de adherencia identificado en 143 personas (59,3%)</p> <p><i>Tipos de DTP (ADH O NO, uso fármaco innecesario, terapia adicional, evento adverso, dosis baja o alta, uso ineficaz) En metodología incluye definiciones interesadas.</i></p>	
Conclusiones del estudio	La conclusión a la que llega este estudio es que la falta de adherencia a los medicamentos antihipertensivos fue el problema de la terapia con medicamentos.	
	Likert 2	x Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
Bibliografía (revisión dirigida)		

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
4	https://doi.org/10.3390/IJERPH18031274	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Shin, J., Ham, D., Paik, H. Y., Shin, S., & Joung, H. (2021). Gender Differences in the Risk of Ischemic Heart Disease According to Healthcare Utilization and Medication Adherence among Newly Treated Korean Hypertensive Patients. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 18(3), 1–14.	
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	La prevalencia de HTA ha crecido entre los coreanos >30 años. La utilización de atención médica es fundamental para el manejo de la HTA. Según la OMS, la PA controlada y niveles adecuados de colesterol reducen el riesgo de CI al menos un 16%. El tratamiento de la HTA + utilización de atención médica** + adherencia a la medicación, puede variar según el género; los estudios extranjeros informan que los hombres tenían mayor gasto médico y una mejor adherencia a la medicación. Pero las mujeres hipertensas coreanas tienen una tasa de tratamiento más elevada.
	Objetivo del estudio	Investigar las diferencias de género en el riesgo de desarrollar una cardiopatía isquémica según la utilización de la atención médica y la adherencia a la medicación entre los pacientes hipertensos en Corea.
Metodología	Tipo de estudio	Cohorte
	Año de realización	Corea, durante 2003-2006, publicado en 2021
	Técnica recogida de datos	National Health Insurance Service-National Sample Cohort (NHIS-NSC). Cuestionarios autoinformados.
	Población y muestra	23 135 pacientes coreanos con hipertensión (>20 a) que tomen medicación antihipertensiva y hayan sido sometidos a un examen de salud durante 2003--2006
Resultados relevantes	En este estudio se identificaron un total de 6549 casos de CI en un periodo de 7,9 años/persona. Como resultado vemos que el 52,5% de los hombres tenía entre 40-50 a, sin embargo las mujeres tenían entre 60 y más años (50,2) En comparación con los hombres, más mujeres vivían en áreas rurales (18%), menores ingresos (28.9%), la dislipemia y las comorbilidades más frecuentes. Más de la mitad de los pacientes (tanto hombres como mujeres) tenían PA descontrolada al inicio. Los hombres tenían más probabilidad de tener obesidad y diabetes, fumar más y beber más. Los	

	<p>hombres también tenían más probabilidades de tener una dieta equilibrada.</p> <p>Los hombres utilizan más los proveedores de atención médica urbano y que fuesen hospitales terciarios/generales. Las mujeres visitan más proveedores de atención médica de tipo único o mixto, además los visitan con más frecuencia. No hubo diferencia significativa en los gastos de bolsillo. Los hombres tienen mayor proporción de adherencia a la medicación que las mujeres (42,5% vs 39,1%)</p> <p>Un dato que llama la atención es que los pacientes hipertensos que visitaron a médicos >12 veces/año (en hospitales terciarios), más probabilidades de desarrollar CI, también aumenta para los pacientes con altos gastos bolsillo/persona-año, con mala adherencia terapéutica y fue independiente al sexo. Si fuese de atención médica en área urbana o rural y de tipo mixto, tienen una probabilidad significativamente menor de presentar CI.</p> <p>Por tanto, Hom y Muj tendencias similares en el riesgo de desarrollarlo de acuerdo con la utilización de atención médica y adherencia a la medicación, pero las mujeres que usaban tipo mixtos tenían menos probabilidad. Falta de adherencia el predictor más significativo de enfermedad entre hombres y mujeres.</p>			
Discusión planteada	<p>En este estudio destacamos que las mujeres mostraron menor riesgo que los hombres de CI. Este riesgo fue similar según la utilización de la atención médica y la adherencia a la medicación, pero este aumenta en los pacientes que aumentaron la frecuencia de visitas por >12 veces/año y que pagaron gastos de bolsillo elevados, y que no cumplieron con la medicación. Más visitas a atención médica, podía significar más comorbilidades, por ello mayor riesgo de CI.</p> <p>Las mujeres suelen utilizar con más frecuencia los servicios sanitarios. El riesgo de CI disminuye si visitan servicios sanitarios en áreas urbanas o rurales, que solo urbanas, sobre todo las mujeres.</p> <p>En este estudio vemos menor proporción de mujeres adheridas a la medicación (39,1%), además de una PA más descontrolada. Aun así, el efecto de la falta de adherencia sobre el riesgo de CI fue similar en ambos sexos.</p> <p>Se confirma la importancia de la adherencia a la medicación para proteger la incidencia de CI, ya que la no adherencia es el predictor más significativo.</p>			
Conclusiones del estudio	<p>El estudio destacó que la utilización de atención médica y la adherencia a la medicación se asociaron con el riesgo de cardiopatía isquémica en pacientes recién tratados. El riesgo de CI fue similar tanto en hombres y mujeres según la utilización de la atención médica y la adherencia a la medicación, excepto la frecuencia, cuanto más visitas más probabilidad hay.</p>			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Likert 4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">x</td> <td style="width: 60%;">Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico</td> </tr> </table>	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico		
Bibliografía				

(revisión dirigida)	
---------------------	--

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
5	https://doi.org/10.2147/PPA.S269119	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Suciu, L., Suciu, M., Voicu, M., Mureşan, R., Pârv, F. V., Buda, V., & Cristescu, C. (2021). Factors Influencing Adherence to Treatment and Quality of Life for a Group of Patients with Essential Hypertension in Romania. <i>Patient Preference and Adherence</i> , 15, 483–491.	
Introducción	Resumen de la introducción <i>(máx 100 palabras)</i>	Los efectos secundarios de la medicación pueden disminuir la calidad de vida de los pacientes. La Hta y sus complicaciones pueden afectar negativamente en l vida diaria y causar insatisfacción, irritabilidad y depresión.
	Objetivo del estudio	Evaluar con un cuestionario la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con HTA con el fin de identifica las causas de la falta de control de la PA
Metodología	Tipo de estudio	Cohorte
	Año de realización	Rumania
	Técnica recogida de datos	Cuestionario
	Población y muestra	289 hipertensos con o sin comorbilidades en 2013 (publicado en 2021)
Resultados relevantes	<p>Las comorbilidades incluidas en los 298 pacientes fueron enfermedad coronaria, dislipemia, diabetes y ACV. Sus tto terapia antihipertensiva iba desde un solo fármaco hasta 4, el más prescrito fueron los bloqueantes betaadrenérgicos (49,48%), IECAS (47,4%) y los diuréticos (40,48%)</p> <p>El 57,43% informó una capacidad de esfuerzo reducida por su condición, pero indicaron que la intervención farmacológica no interfirió en sus actividades diarias.</p> <p>El 65% refirió estar afectado por los síntomas asociados a la HTA como cefalea y mareos</p> <p>71% conocía las consecuencias de suspender la medicación y las complicaciones asociadas a la HTA. El 60,2% seguía las indicaciones dietéticas y estilos de vida, el 69,5% que no usaba tratamientos antiHTA alternativos y el mismo porcentaje manifestó que no suspendería su tto por los Ef secundarios.</p>	

	<p>Síntomas reflejados fueron somnolencia, fatiga y mareos, pero no quedaba claro si eran de la HTA o del medicamento antiHTA. Para el 52,28% las actividades sociales se vieron significativamente afectadas.</p> <p>El 47% se sometía a exámenes médicos periódicos, más de la mitad se controlaba la PA en casa y conocían las complicaciones fatales. Casi en su totalidad (92,7%) sabían que el tratamiento era de por vida.</p> <p>Solo el 31,14% no experimentó ansiedad relacionada con su HTA, pero al 24,91% que padecía depresión sí.</p>			
Discusión planteada	<p>En el estudio se identifica la edad y el sexo femenino como factores de riesgo. Un 21% eran fumadores y un 43% tenían IMC>30 por lo que indican un estilo de vida no saludable que aumenta la prevalencia de HTA.</p> <p>Para casi la mitad la HTA representaba un impacto variable en la salud y calidad de vida a largo plazo. Un poco más de la mitad no presentaba ninguna o hasta 2 comorbilidades, seguramente por control médico deficiente o desconocimiento.</p> <p>En este estudio no se atribuye la falta de adherencia a la farmacoterapia ya que el 46,7 utilizaba al menos dos fármacos. El fármaco más pautado fueron los betabloqueantes (no relacionado con la edad, pero coincide que se prescribe más a los >65 a con mayor incidencia de IC o enf coronaria)</p> <p>Correlación positiva entre edad y duración de HTA, número de comorbilidades y número de medicamentos. La edad se correlacionó negativamente con la actividad física diaria y la adherencia al tto.</p> <p>La omisión de alguna dosis o el olvido, así como condiciones financieras (poder comprar o no el fármaco) influían en la adherencia al tratamiento y a su eficacia.</p> <p>Relación insatisfactoria con los profesionales de la salud con consecuencias como mala información, faltar a citas, etc.</p> <p>Los pacientes no consideraban necesaria la realización de revisiones médicas periódicas a no ser que empeore su salud, y el control de PA en casa lo realizaban solo la mitad.</p> <p>Se observaron déficits cognitivos, sensoriales y psicómotos en ptes con HTA no tratada que mejoraron después del tto.</p>			
Conclusiones del estudio	<p>Se identificaron múltiples factores que influyen negativamente en la adherencia al tto y calidad de vida, como el conocimiento insuficiente, su progresión y pronóstico, falta de conciencia sobre la importancia de revisiones periódicas y autocontrol, relaciones insatisfactorias con los profesionales de la salud.</p>			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Likert 4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">x</td> <td style="width: 60%;">Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico</td> </tr> </table>	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico		

Bibliografía (revisión dirigida)	
--	--

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
6	https://doi.org/10.35434/RCMHNA.2021.143.1252	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Pocohuanca-Ancco, L., Villacorta, J., & Hurtado-Roca, Y. (2021). Factors associated with non-adherence to antihypertensive treatment in patients with social security. <i>Revista Del Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo</i> , 14(3), 316–321.	
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	La falta de adherencia al tto farmacológico está asociada a múltiples factores. En países desarrollados se evidencia un aumento del % de ptes HTA no controlados. La falta de adh al tto se convierte en una de las principales causas de hta no controlada en la población. Más asociado a jóvenes con pocas comorbilidades o algún problema de salud mental, drogas, alcohol, tolerabilidad a los efectos adversos. Esto puede variar en función del sistema de salud, cobertura sanitaria e ingreso económico.
	Objetivo del estudio	Evaluar los factores asociados a la no adherencia en el tratamiento antihipertensivos en pacientes hipertensos
Metodología	Tipo de estudio	Estudio analítico-transversal
	Año de realización	En 2017, Lima (se publica en 2021)
	Técnica recogida de datos	Test Morisky-Green Morisky medication adherence Scale (MMAS-4)
	Población y muestra	270 participantes hipertensos
Resultados relevantes	69% adultos >65 a, 46% varones, el 76% pareja estable. Solo el 45% estaba previamente diagnosticado de hipertensión, un 30% presentaba HTA y DM II. Solo hubo un 27% de ptes no adheridos al tratamiento. La mayor adherencia se vio reflejada en pacientes >65 a de sexo masculino. Los que no se adhieren presentan niveles de glucosa y LDL altos. La no adherencia se vio en hombres con trabajo independiente y un IMC >30	

Discusión planteada	<p>El estudio demuestra que el tto antihipertensivo reduce el riesgo de eventos cardiovasculares mayores, sin embargo, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico es muy frecuente. En Inglaterra se ha reportado un 20% de abandono a los 6 meses de inicio y 28% al año. En EEUU se evidenció que solo el 35% seguían adheridos después de un año y un 28% discontinuaba la terapia.</p> <p>Los factores asociados a una mala adherencia son sexo masculino, trabajador independiente con IMC>30.</p> <p>Relacionados con el paciente: obesidad, escaso conocimiento de la enfermedad.</p> <p>Socioeconómico: mac joven, latino o afroamericano, no pareja estable, menor nivel educativo e ingreso económico bajo</p> <p>Contar con una o más comorbilidades como factor predisponente. Relacionado con la terapia farmacológica encontramos: reacción adversa, mayor n° de medicamentos y muchos tipos de medicamentos.</p> <p>ES UN PROBLEMA IDENTIFICABLE Y PREVENIBLE. Dos escalas para medir la adherencia: directo (monitoreo electrónico, conteo de píldora y dosaje directo de la concentración en sangre) o indirecto (escala de adherencia Morisky, de Hill-Bone, dispensación por farmacia, etc)</p>		
Conclusiones del estudio	<p>En un paciente hipertenso existen factores de riesgo modificables y no modificables asociados a la no adherencia al tratamiento, se deben tener en cuenta a la hora de implementar estrategias e intervenciones para mejorar la continuidad del tratamiento.</p> <p>Llama la atención la condición de trabajador independiente como no adherente al tto.</p>		
	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

N° Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
7	https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023995	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Kimani, S., Mirie, W., Chege, M., Okube, O. T., & Muniu, S. (2019). Association of lifestyle modification and pharmacological adherence on blood pressure control among patients with hypertension at Kenyatta National Hospital, Kenya: a cross-sectional study. <i>BMJ Open</i> , 9, 23995.	
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	Morbilidad relacionada con HTA implica trastornos cardiovasc, enf renal crónica y diabetes, que representan más del 40% muertes en el mundo. En países de bajos y medios ingresos mayor prevalencia. En países de altos ha disminuido como

		<p>resultado de estrategias preventivas y de manejo enfocadas.</p> <p>OMS clasifica en determinantes conductuales (dieta no saludable, tabaco, inactiv física y alcohol), metabólicos (PA alta, obesidad, diabetes y lípidos elevados), sociales (globalización, urbanización, envejecimiento, educación y vivienda); y relacionados con enf vasculares (ataques cardíacos, Acc cerebrovascular, ins card y enf renal)</p> <p>Las intervenciones que promueven adh a la modifc estilo vida y terapia farmacológica son críticas para el manejo y prevención de HTA y complicaciones</p>
	Objetivo del estudio	Asociación de modificación del estilo de vida y adherencia farmacológica en pacientes hipertensos
Metodología	Tipo de estudio	Descriptivo transversal
	Año de realización	2018, Kenia
	Técnica recogida de datos	Cuestionario propio
	Población y muestra	229 pacientes diagnosticados de hipertensión durante al menos 6 meses
Resultados relevantes	<p>40,2% <50 años, mujeres (55,5%) con n° educativo limitado (53,5%), casada 72,5% y cristiana (96,5%). PA media 139/81. IMC medio 28.88. el rango de 50-59 a PAD significativamente más alta. Las mujeres tenían IMC significativamente más alto. Solo el 34,8% tenía PA controlada.</p> <p>Del 8,3% que declaró que fumaba, la mayoría no había intentado dejarlo a pesar de haber sido aconsejado por un médico. Los <u>hombres</u> tenían + prob de fumar que las mujeres, igual que el alcohol, el nivel educativo superior y mal control de la PA. No hubo diferencia significativa entre fumar y PA.</p> <p>85,2% tomaba medi prescrita, y un gran porcentaje comía frutas y verduras a diario. El 55,5% nunca comió comida rápida y el 31% consumía diariamente una comida de alto contenido en grasa animal.</p> <p>Los que informaron de adh a la medi + adh a conductas de estilo de vida saludable → más prob de PA más baja que aquellos que solo tomaban el medicamento sin un cambio. Aunque estas diferencias no fueron significativas.</p> <p>Solo el 30,8% consideró que la HTA se puede prevenir (solteros, con mayor nivel educativo) Solo el 16% consideró adecuada la información disponible sobre HTA. Mayor n° educativo más propensos a informar de información inadecuada,</p>	

<p>Discusión planteada</p>	<p>La PA, FC y colesterol fue > en grupo 50-59 a. Mujeres valores de IMC > altos que hombres. Estos tienen más probabilidades de fumar, alcohol y n° educativo más alto (que aumenta las prob de consumir alcohol)</p> <p>Los ptes se adhirieron a los medicamentos más que a los patrones de estilo de vida saludables para el corazón.</p> <p>Consumo diario de frutas, verduras se asoció con n° > saludables de FC, IMC, PA y colesterol ya que tienen propiedades cardioprotectores, disminuyen la PA.</p> <p>Se observa mayor adherencia medicamentosa que a patrones de estilo de vida. Altas tasas de adherencia son alentadoras, dada la importancia de la terapia farmacológica para lograr control de PA, prevención de complicaciones y resultados nocivos. El efecto y control puede ser subóptimo porque las intervenciones farmacológicas y no farma deben complementarse entre sí para obtener máximo beneficio.</p> <p>A diferencia de la terapia con medis, las modificaciones de estilo de vida proporcionaron beneficios adicionales más allá de la reducción de la PA, como efectos favorables sobre el peso, estado físico y n° colesterol. Los expertos recomiendan que los hipertensos reciban recomendaciones de EdV saludable, estén o no con tto farma.</p> <p>La adh al tto disminuye con el tiempo, un estudio demuestra que el 42% interrumpió su medi en el plazo de 1 año del diagnóstico. La adh a recomendaciones dietéticas es menor que al de la medi.</p> <p>Personas solteras y >n° educativo perciben mejor el riesgo de la hta en la salud que los impulsa a buscar info sobre vida saludable y ayuda de expertos.</p> <p>Estudios han demostrado que riesgo percibido es un factor clave asociado con la promoción de cambios de comportamientos saludables (quien perciba riesgo de evento adverso, tomará medida preventiva)</p> <p>>n° educativo, > conocimiento sobre prevención de enfermedades, la educación crea conciencia sobre promoción y prevención de salud, fact riesgos, comportamientos de estilo de vida saludables, detección temprana... estos pensaban que la info disponible era inadecuada.</p> <p>COMPLETAR INFO MIRANDO PDF ARTICULO 40</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Los hallazgos de este estudio revelaron que edad avanzada se asoció con objetivos perdidos para los factores de riesgo relacionados con la HTA y los objetivos de PA. Género femenino, comida rápida y grasas animales se asociaron con el objetivo perdido de los riesgos relacionados.</p> <p>Consumo de tabaco y alcohol fue mayor en hombres, especialmente en los de mayor nivel educativo. Consumo alcohol se asoció con mal control de la PA.</p> <p>Ingesta diaria de verduras y frutas se asoció con n° > saludables de PA, IMC, FC y n° colesterol.</p>

	Aunque adh farma fue adecuada, se observó que un control subóptimo de la PA que requirió la adición de modificación EdV saludable como parte del tto. Un pequeño % de participantes consideró que la HTA se podía prevenir.		
Escala Likert	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna		
8	https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.08729		
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Gupta, P., Patel, P., Štrauch, B., Lai, F. Y., Akbarov, A., Marešová, V., White, C. M. J., Petrák, O., Gulsin, G. S., Patel, V., Rosa, J., Cole, R., Zelinka, T., Holaj, R., Kinnell, A., Smith, P. R., Thompson, J. R., Squire, I., Widimský, J., ... Tomaszewski, M. (2017). Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. <i>Hypertension (Dallas, Tex. : 1979)</i> , 69(6), 1113–1120.		
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	Falta de adh se reconoce cada vez más como uno de los ppales contribuyentes del control subóptimo de la PA, la alta prevalencia de HTA resistente y la alta carga financiera. Uno de los ppales obstáculos en el manejo de la falta de adh ha sido la falta de métodos directos, suficientemente sensibles y reproducibles para su detección.	
	Objetivo del estudio	Identificar los factores de riesgo de incumplimiento del tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos en UK y República checa.	
Metodología	Tipo de estudio	cohorte	
	Año de realización	2016 reino unido y república checa.	
	Técnica recogida de datos	Muestras de orina puntuales y datos clínico y laboratorio	
	Población y muestra	1348 pacientes hipertensos	
Resultados relevantes	Falta de adh es común en estos dos países en el 676 ptes. Las mujeres fueron más comúnmente no adherentes al tto antiHTA en ambas poblaciones (65% y 55%). La edad mostró asociación inversa, cada aumento de 10 a se asoció con reducción del >30% en las prob de incumplimiento (mejora con la edad). El nº de medicamentos antiHTA prescritos es un fuerte factor de riesgo para el incumplimiento. A los que se les recetó 1 la falta fue mínima.		

	<p>La mayoría (79,3%) a los que se les recetó >6 medis no cumplieron. Esto fue independiente de edad sexo y clase de medi. Cada aumento en el nº de medi se asoció con aumento del 85% y 77% respectivamente.</p> <p>¡Los diuréticos están asociados con prob más altas de incumplimiento entre las 5 clases existentes!!!! 4 parámetros (edad sexo nº de medi antiHTA prescrita y diuréticos prescritos) asociados a la no ad</p>			
Discusión planteada	<p>Este estudio revela una prevalencia generalizada de incumplimiento, independientemente de la región/país de reclutamiento. También mostraron que tanto el nº como la clase de antiHTA prescritos son fuertes factores de riesgo indepe para la falta de adh al tto (confirmado bioquímicamente). Polifarmacia como factor de riesgo potencial para el incumplimiento.</p> <p>Estrategia de usar combinaciones de dosis fijas puede ser efectiva. El mayor riesgo de incumplimiento de los diuréticos está en consonancia con un metaanálisis publicado, esto es a causa de sus efectos secundarios que afectan a la calidad de vida. Aunque estos se añaden al tto más tarde que otros (como Antagonistas canales calcio, Bloqueadores sistema renina-angiotensina).</p> <p>Las mujeres son más susceptibles a la falta de adherencia que a los hombres. También se correlaciona con una edad más joven ya que estos son más reacios a aceptar la administración regular de medicamentos para una condición generalmente asintomática.</p>			
Conclusiones del estudio	Mujer, joven, nº de medis (>6) y diuréticos se asocian a peor adherencia terapéutica.			
	<table border="1"> <tr> <td>Likert 4</td> <td>x</td> <td>Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico</td> </tr> </table>	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico		
Bibliografía (revisión dirigida)				

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna		
9	https://doi.org/10.1007/s40292-017-0229-9		
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Khalesi, S., Irwin, • Christopher, & Sun, J. (n.d.). <i>Dietary Patterns, Nutrition Knowledge, Lifestyle, and Health-Related Quality of Life: Associations with Anti-Hypertension Medication Adherence in a Sample of Australian Adults.</i>		
Introducción	<table border="1"> <tr> <td>Resumen de la introducción (máx 100 palabras)</td> <td>Casi 1/3 tiene HTA. Conlleva enormes costos económicos y sociales. Su control es crucial para reducir el riesgo de enfermedades. Enfoque principal involucra modificación dieta y estilo de vida, aunque requieren ayuda con Medi antiHTA. Eficacia relacionada con la adherencia al régimen y</td> </tr> </table>	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	Casi 1/3 tiene HTA. Conlleva enormes costos económicos y sociales. Su control es crucial para reducir el riesgo de enfermedades. Enfoque principal involucra modificación dieta y estilo de vida, aunque requieren ayuda con Medi antiHTA. Eficacia relacionada con la adherencia al régimen y
Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	Casi 1/3 tiene HTA. Conlleva enormes costos económicos y sociales. Su control es crucial para reducir el riesgo de enfermedades. Enfoque principal involucra modificación dieta y estilo de vida, aunque requieren ayuda con Medi antiHTA. Eficacia relacionada con la adherencia al régimen y		

		<p>continuación del tto. Toman medicamentos en respuesta a los stmas que experimentan (enf asintomática, no toman pq se encuentran bien) Mejorar la adh reduce complicaciones. Conocimiento juega papel importante.</p>
	Objetivo del estudio	Identificar los determinantes dietéticos y estilo de vida de la adherencia en individuos australianos hipertensos.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio transversal
	Año de realización	2017, Australia
	Técnica recogida de datos	Cuestionario de frecuencia de alimentos (FFQ) Cuestionario de autoeficacia de dieta y ejercicio.
	Población y muestra	224 australianos hipertensos
Resultados relevantes	<p>47% mala adherencia al tratamiento antiHTA. Diferencia significativa entre participantes con mala y buena adh en cuanto a edad, sexo, ingresos y empleo.</p> <p>Buena adh -> mayor, mujer y jubilada, ingreso anual de 20K dólares</p> <p>Razón más común de falta de adh fue el olvido (40%), miedo de efectos secundarios (16%), razones financieras 13%.</p> <p>No diferencia significativa entre conocimiento de nutrición, estado act física, autoeficacia de dieta, tabaco y alcohol entre buena y mala adh.</p> <p>Buena adh: >7h sueño diario, autoeficacia del ejercicio significativamente mayor. 22% nunca había tenido estrés.</p> <p>mala adh: =6h de sueño. 8% nunca había tenido estrés.</p> <p>Conocimiento de nutrición por sí solo no se asoció con la adherencia a la HTA, sí junto a patrón dietético, estilo de vida y autoeficacia que la unidad cínica tenía significativamente menor puntuación.</p> <p>Ser hombre redujo la probabilidad de buena adherencia en comparación con ser mujer.</p> <p>Edad genero empleo ingresos no muestran influencia en el modelo final.</p>	
Discusión planteada	<p>Solo el 53% buena adh a la medicación. Mala adh aumenta riesgo de enf coronaria e IC crónica en 1,07 y 1,42 veces.</p> <p>El olvido es la razón más común seguido de miedo a ef sec y costo financiero. Adh a la medi se divide en: Incumplimiento intencional (miedo a ef secundarios de medi e intentos del paciente de evitar estos efectos). Incumplimiento involuntario (olvidos, deterioro y mala cognición o educación, conocimiento deficiente)</p>	

	<p>Mejor adherencia en grupo >65 a y que sean mujeres, estas son más propensas a preocuparse por su salud y tener contactos regulares con profesionales de la salud.</p> <p>Un mejor conocimiento de la nutrición, patrón dietético estilo de vida más saludable y mayor confianza en el cambio de comportamiento -> mejor adherencia.</p> <p>Mejor autoeficacia en el ejercicio y sueño adecuado (7h) se asocia positivamente con probabilidad de adherencia. Buen conocimiento de la HTA y factores de riesgo puede aumentar probabilidad adh.</p> <p>Los que tienen malos hábitos dietéticos tienen peor percepción y conocimiento de la salud y pueden no cumplir con el tto requerido. El grupo de baja adh era más probable que siguiera patrones dietéticos occidentales y de refrigerios y alcohol.</p> <p>Mala adh a la medicación y cambios en estilo de vida van de la mano, estos son resultado de factores como escaso conocimiento sobre la salud, baja autoeficacia para cambiar y el olvido.</p> <p>Las personas con mayor autoeficacia tienen más probabilidades de seguir los cambios de comportamiento necesarios para controlar su condición y tener mejor adherencia a la medi.</p> <p>Los hallazgos sugieren que promover cambios en la dieta, participación en el ejercicio y sueño adecuado en personas con HTA puede ser beneficioso para reducir la falta de cumplimiento de la HTA</p>			
Conclusiones del estudio	<p>La mala adh a la HTA es más común entre quienes siguen patrón dietético occidental, duermen 6 horas o menos al día y tienen menor autoeficacia para el ejercicio</p> <p>Aumentan las probabilidades de buena adherencia a la medi un sueño adecuado (7 o más), mejor autoeficacia, ser >65 a y ser mujer.</p>			
	<table border="1"> <tr> <td>Likert 4</td> <td>x</td> <td>Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico</td> </tr> </table>	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico		
Bibliografía (revisión dirigida)				

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
10	https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0245610
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	<p>Malo, S., Aguilar-Palacio, I., Feja, C., Lallana, M. J., Armesto, J., & Rabanaque, M. J. (2021). Effect of patient and treatment factors on persistence with antihypertensive treatment: A population-based study. PLoS ONE, 16(1 January 2021).</p>

Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	<p>La adherencia es el proceso por el cual los pacientes toman sus medicamentos según se lo prescribe el médico, con tres fases: inicio, implementación y suspensión. La persistencia es el tiempo entre el inicio de la terapia y la última dosis justo antes de la suspensión.</p> <p>La mala persistencia al tto contribuye a aumentar el uso de atención médica y costos generales. La literatura describe las tasas de persistencia entre 35-92% después de un año.</p>
	Objetivo del estudio	<p>Describir los patrones de uso de medicamentos antiHTA y analizar la influencia de las características demográficas y los factores relacionados con el tratamiento en la persistencia.</p>
Metodología	Tipo de estudio	Estudio observacional retrospectivo. cohorte
	Año de realización	España, 2018
	Técnica recogida de datos	.Base de datos farmacéutica electrónica.
	Población y muestra	25 582 Personas mayores de 40 años que iniciaron el tratamiento antiHTA en 2015
Resultados relevantes	<p>El 73,3% de los pacientes se les asignó monoterapia seguida de combinación fija (13,9%). Según el sexo y la edad se le asignaba una terapia distinta. La frecuencia de prescripción en combinaciones libres como tto inicial aumentó con la edad llegando al 13,5% en >80 a.</p> <p>El medicamento más usado en monoterapia fue IECA (31,3%) seguido de diuréticos en monoterapia. Pero en combinación libre predominaron los diuréticos.</p> <p>Las mujeres persistieron durante más tiempo, excepto cuando tenían >80 a que interrumpían la terapia antes que los otros dos grupos de edad. Hay más porcentaje de persistencia en la cohorte de combinación fija que en monoterapia (43,3% vs 38,6%).</p> <p>Los análisis por edad y tipo de edad confirman que los >80 a presentan menor proporción de persistencia independientemente del tipo de terapia. También se observaron diferencias de la media de tiempo hasta la suspensión, combinación fija > monoterapia > combinación libre.</p> <p>Los hombres y el grupo de mayor edad (80 a) tienen más probabilidades de interrumpir el tratamiento. Además, si se tratan con la combinación fija tienen menor probabilidad de discontinuidad.</p>	

Discusión planteada	<p>El presente estudio demuestra que menos de la mitad (38,6%) de los nuevos usuarios permaneció persistente después de 1 año de tto. Además, una quinta parte compró el medicamento antiHTA en la fecha inicial o 15 días posteriores. Se asocia la preocupación por el tto prescrito y sus posibles efectos adversos a una disminución temprana de la persistencia.</p> <p>El estudio revela que se prescribe con mayor proporción monoterapia a usuarios nuevos, aunque la sociedad europea de cardiología e hipertensión recomienda una combinación fija en pacientes de alto riesgo. En monoterapia y combinación fija se prescribieron más los fármacos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina, mientras que en combinaciones libres los diuréticos y betabloqueantes (más probabilidad de discontinuidad en el tto)</p> <p>También observamos que al grupo joven (40-59 a) se les trataba inicialmente con combinaciones fijas, en cambio a los mayores de 80 a con combinaciones libres, aunque el riesgo de interrupción del tratamiento era un 45% en este grupo de edad independientemente del tipo de terapia. Mujeres menos probabilidades de interrumpir el tratamiento que los hombres.</p>		
Conclusiones del estudio	<p>La persistencia con medicamentos antihipertensivos fue pobre, y lo usuarios mayores de 80 años tenían menos probabilidades de continuar con el tratamiento. Según el artículo, las combinaciones fijas parecen la mejor opción como terapia inicial en cuanto persistencia, y las combinaciones libres han demostrado lo contrario (>80 a con comorbilidades y otros fármacos)</p>		
	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
11	https://doi.org/10.1016/J.JEGH.2015.07.002	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	<p>Yassine, M., Al-Hajje, A., Awada, S., Rachidi, S., Zein, S., Bawab, W., Bou Zeid, M., el Hajj, M., & Salameh, P. (2016). Evaluation of medication adherence in Lebanese hypertensive patients. <i>Journal of Epidemiology and Global Health</i>, 6(3), 157–167.</p>	
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	13% de todas las muertes a nivel mundial. Entre los pacientes HTA con control deficiente, la mala adhesión es una de las causas y representa una carga de salud pública cada vez más significativa y sustancial.

		Entre 50-70% no toman su medicación. Muchos factores influyen en esta adh, incluidas caract demográficas, fact psicosociales, estado socioeconómico y gravedad de la enfermedad, clase de medicamento, comprensión sobre la enfermedad e importancia del tto, condiciones médicas, relación con el médico, costo de medicamentos, olvido y problema psicológicos.
	Objetivo del estudio	Evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos libaneses mediante la estimación de la proporción de pacientes hipertensos adherentes.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio transversal
	Año de realización	2015, Líbano
	Técnica recogida de datos	Cuestionario en una muestra aleatoria
	Población y muestra	210 pacientes hipertensos ambulatorios
Resultados relevantes	<p>40% hombre sin diferencia edad significativa. 81% casada, solo el 27,1% empleada. 40% fumadores y el 69% se toma la TA periódicamente.</p> <p>62,9% se clasificaron con PA controlada. N° de medicamentos consumidos fueron 4 diferentes/día, pero de antiHTA la media fue 1,45. Fármaco más prescrito los betabloqueantes (62,9%)</p> <p>36,7% admitió posponer las citas médicas. La causa más común de suspensión de medicación fue el olvido con 21.4%. 50,5% mostró adh alta, 22,4% adh baja.</p> <p>Variables que mostraron asociación significativa en el análisis incluyeron seguir dieta recomendada, agregar sal a los alimentos, PA controlada/no, tomar medicamento BB, posponer tto, tomar medi de venta libre, conocer valor normal PA, n° cigarrillos/día.</p> <p>Suspender los medis por olvido motivo más fuerte de no adherencia, seguido de suspender la medi por sentir que la enfermedad está bajo control, régimen farmacológico demasiado complicado, efectos secundarios, coste del fármaco.</p> <p>Mejoró la adh comprender como tomar la medi y tener 1 fmco combinado. Los que tomaban bloqueadores de canales de calcio (BCC) o conocían valor normal de PA eran más adherentes.</p>	
Discusión planteada	<p>% adherente fue de 77,6%, superior comparado con otros países en desarrollo como Gambia (27%) o Arabia saudita (53%)</p> <p>Fact culturales: percepción cultural de la salud, comportamientos de autocuidado, apoyo social → variaciones en las tasas entre dif pobl.</p>	

	<p>Fact sociodemográfico: no se asociaron con ninguna variación en los nº de adh. Aunque se encontró que ptes >jóvenes y hombres eran menos adherentes, aunque otros estudios demuestran lo contrario. Bajo nº socioeconómico, analfabetismo y desempleo → mala adh.</p> <p>Buena adh → seguir dieta recomendada por médico y tomar medicamentos. Esto indica nº de conciencia de que el manejo de hta es un plan integrado, es decir, tto farmacológico es complementario al no farma.</p> <p>Fuerte vínculo entre adh a la medi y control PA. Mejor adh a la medi puede conducir a mejores resultados clínicos como control pa.</p> <p>Nº medi antihta no se relacionó con los comportamientos de adherencia. Aunque este estudio demostró que tomar una combinación de mediantHTA en lugar de muchos medis mejora nº adherencia.</p> <p>Los pacientes con BB fueron menos adherentes, por estar disponible solo en una forma y no combinaciones + efectos secundarios como hipoTA e impotencia sexual. BCC mejora la adherencia, aunq se recomienda a ptes con alto riesgo de enf coronaria, diabetes o altos niveles de PA.</p> <p>Buena relación entre ptes y sus proveedores de atención médica, así como asesoramiento adecuado, mejoran la adherencia. Impacto positivo los que acuden a citas médicas.</p> <p>Olvidarse tomar medicamentos y costo de los medicamentos fueron las barreras más comúnmente reportadas. Tomar medidas apropiadas para mejorar la memoria, planificación para tomar medicamentos, pastilleros.</p>			
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Mejora la adherencia la comprensión de como tomar los medicamentos, conociendo el valor normal de PA o tomando BCC</p> <p>Disminuye la adherencia los altos costos de medicamentos, el olvido o regímenes complicados de medicamento.</p> <p>Recomiendan implementar campañas educativas para aumentar concienciación fact riesgo, complicaciones y tto HTA. Enfatizar los factores paciente-médico, como educación y asesoramiento del pte, desarrollo buena relación entre ellos, innovación de nuevas formas de ayuda a los pte a recordar tomar medis.</p>			
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="512 1637 683 1731">Likert 4</td> <td data-bbox="683 1637 759 1731">X</td> <td data-bbox="759 1637 1378 1731">Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico</td> </tr> </table>	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico		
<p>Bibliografía (revisión dirigida)</p>				

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
12	https://doi.org/10.1093/EURJCN/ZVAA002

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Essayagh, T., Essayagh, M., & Essayagh, S. (2021). Drug non-adherence in hypertensive patients in Morocco, and its associated risk factors. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 20(4), 324–330.	
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	Prevalencia a la no adherencia a los medis de 40%. Enfermeras capacitadas para educar continuamente a los ptes, sensibilizan a los ptes sobre factores dietéticos de riesgo de hta, discuten los enfoques dietéticos que están respaldados con evidencia como efectivos para controlar la PA con especial énfasis en la reducción del consumo de sal. También alientan a los ptes alcanzar un peso corporal saludable, aunque las enfermeras saben que pocos ptes serán proactivos para alcanzar este objetivo. Un mejor conocimiento de las características de la pob hta mejoraría en gran medida el manejo clínico de la enf y la prevención/retraso de sus complic cardiovasc.
	Objetivo del estudio	Evaluar la prevalencia de la falta de adherencia al fármaco en pacientes hipertensos seguidos en centros de atención primaria e identificar los factores de riesgo asociados a la no adherencia al fármaco antihipertensivo
Metodología	Tipo de estudio	Estudio transversal
	Año de realización	2017, Marruecos
	Técnica recogida de datos	Entrevista y análisis de regresión logística multivariado
	Población y muestra	922 pacientes hipertensos atendidos en los centros de atención primaria.
Resultados relevantes	<p>El triple de mujeres en este estudio. Edad promedio de 61 a. 63% casados y 73% analfabetos. 88% desempleado, 79% ingreso mensual menor o igual a 1500 MAD</p> <p>Solo el 7% (69 de 922) tenía conocimiento general de la HTA. 6% conocía los signos clínicos, 46% medios de prevención y 29% complicaciones.</p> <p>De los 922, 716 (77%) tenía 1 o 2 factores de riesgo; dieta Na en el 18%, falta de adh a la dieta y hábitos de vida en el 90% de los casos (826). Comorbilidad asociada a la HTA en el 63% de los casos y PA no controlada en el 73%</p> <p>367 ptes (40%) de los htaensos calificaron como mala la calidad de la relación entre pte y médico. El 91% tuvo el mismo tto durante más de 6 meses, el 90% en monoterapia y el 10% en terapia dual.</p> <p>837 ptes de los 922 (91%) no cumplieron con el medic que se les</p>	

	<p>prescribió para el control de HTA. De estos 837, el 88% estaba desempleado y el 79% con ingreso mensual inferior a 150\$. También de descubrió que el 51% fue diagnosticado de hta desde hace >5 a, 53% ant familiares, 88% no se automedian la PA y el 75% PA descontrolada.</p> <p>De los que no se adhieren a su medicación, el 77% tenía mala relación con el sistema de salud y el 41% con los médicos. La no adherencia fue prevalente en el 91% (837) de los casos!!!! E identificamos nueve factores asociados (análisis bivariado): mala relación con el sistema de salud, PA no controlada, sexo masculino, ingreso mensual <150\$, ingreso mensual de 150 a 200\$, mala relación entre médico y paciente. Antecedentes fam de HTA, duración de la PAA >5 a, ausencia de autocontrol.</p> <p>Análisis multivariable: ingresos mensuales <150 o 150-200\$, sexo masculino, mala relación con el sistema sanitario y PA no controlada.</p>
Discusión planteada	<p>En este estudio la prevalencia de falta de adherencia al fármaco alcanzó el 91% de los pacientes. Estudios similares en Túnez y Argelia.</p> <p>La edad actúa como factor protector contra la no adherencia. Sexo masc asociado a la no adh. Aunque la no adh se observa principalmente en Hipertensos desempleados, el desempleo no es un factor de riesgo significativo. Tb se asocia a la no adh la baja renta mensual por hogar,</p> <p>Los ptes hipertensos de bajo ingresos son generalmente analfabetos o con poca educación, por lo que esto podría influir en su conocimiento general de la enfermedad, la aplicación de consejos dietéticos o estilo de vida, adherencia a la medicación, hogar de bajos ingresos...</p> <p>79,5% plan de seguros de salud, aun así el 90% de ellos no cumplieron con la prescripción ya sea por: poca disposición en farmacia, precio expansivo, efecto negativo, etc.</p> <p>Mala relación con el sistema sanitario se asocia a no adherencia al fármaco por: falta de disponibilidad, alto costo, bajo ingresos mensuales por hogar, larga distancia entre hábitat y centro salud, escasez recursos humanos.</p> <p>La falta de adh al fármaco se asoció con descontrol de la PA por: depresión en el resultado, desmotivación, ausencia apoyo familiar.</p> <p>La duración del tto no se asoció con falta de adherencia.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Asombrosa prevalencia de falta de adh al fármaco en ptes hta. Sexo masculino, baja renta mensual por hogar, mala relación con el sistema de salud y PA descontrolada se asociaron con la no adherencia.</p> <p>Recomendamos: asegurar disponibilidad de existencias adecuadas de tto antihta, mejorar el control de la PA, mejorar relación paciente con sistema de salud, y reembolso del 100% de los medis antihta.</p> <p>Enfermeras insisten en dieta de Na, aunque este estudio no lo marca como factor de riesgo de falta de adh. Bajos ingresos sí son.</p>

	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
13	https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005641	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Abegaz, T. M., Shehab, A., Gebreyohannes, E. A., Bhagavathula, A. S., & Elnour, A. A. (2017). Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. <i>Medicine</i> , 96(4).	
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	Falta de adh es una preocupación creciente y se asocia con resultados adversos. La influencia de la falta de adh a los medis es la causa más importante del descontrol de la PA, por ello ¾ no logran control optimo. Escala más usadas: morisky-8 (MMAS-8), Hill-bone compliance... La primera es la más conocida y utilizada.
	Objetivo del estudio	Investigar la falta de adherencia a la medicación en pacientes hipertensos adultos
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática y metaanálisis
	Año de realización	Entre 2009-2016
	Técnica recogida de datos	Procedimiento metaanalítico
	Población y muestra	28 estudios de 15 países, un total de 13688 pacientes hipertensos
Resultados relevantes	<p>Incluye estudios transversales, cohortes, observacionales y de intervención, con 13688 sujetos.</p> <p>Se utiliza MMAS-8 para evaluar la adherencia a la medicación, en general esta fue del 45,2%. Fue significativa en pacientes con comorbilidades en el 31,6% (10 estudios con 6836 ptes)</p> <p>10 estudios (4574 ptes) informan no adherencia en pacientes con HTA no controlada.</p> <p>El riesgo de falta de adh fue 1,3 veces mayor en hombres que mujeres.</p> <p>Estudios realizados en África o Asia mostraron mayor proporción de incumplimiento que los estudios EEUU y/o europeos.</p>	

Discusión planteada	<p>Identificamos un numero significativo (45,2%) no se adhieren al medicamento antiHTA y casi 1/3(31,2%) de ptes hta con comorbilidades mostraron falta de adh. Y el 83,7% de ptes no controlados no cumplió con los medicamentos,</p> <p>Aunque se notó >% (54%) de incumplimiento en mujeres, el riesgo de incumplimiento fue 1,3 veces mayor en hombres. Y en general, casi 2/3(62,5%) de la falta de adherencia a la medi se observó en africanos y asiáticos (países en desarrollo)</p> <p>Casi la mitad no cumple con la medicación antiHTA, comparable con hallazgos similares. Falta de adherencia tiene impacto negativo y aumenta riesgo de evento cardiovasc y acc cerebrovasc.</p> <p>La falta de adh es multifactorial, varios estudios demuestran asociación entre esta y las creencias de los pacientes, el nivel socioeconómico, la alfabetización en salud, raza/origen étnico, entre otros.</p> <p>Identificación temprana puede ayudar a mejorar adherencia, reducir costos, optimizar terapia con medis y lograr control de la PA.</p> <p>Ptes con comorbilidades y la cantidad de medi recetada son los 2 factores significativos asociados con el cumplimiento deficiente.</p>		
Conclusiones del estudio	<p>Proporción significativamente mayor (45,2%) de incumplimiento de la medi entre los ptes hta, en particular los de PA no controlada. Hay que adaptar intervenciones inculcando el comportamiento de la adh con los hábitos diarios, desarrollando interv específicas, brindando entrevistas motivacionales e involucrando activamente a la familia para mejorar la adherencia.</p>		
	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
14	https://doi.org/10.3402/GHA.V7.25028	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	<p>Khanam, M. A., Lindeboom, W., Koehlmoos, T. L. P., Alam, D. S., Niessen, L., & Milton, A. H. (2014). Hypertension: adherence to treatment in rural Bangladesh--findings from a population-based study. <i>Global Health Action</i>, 7(1).</p>	
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	<p>Estudios han demostrado que <25% de ptes hipertensos logran PA óptima. La detección, tto y control de la HTA se consideran inadecuados en países de altos ingresos, pero en países de bajos ingresos es aún peor.</p> <p>Un estudio de países bajos mostró que solo 1/3 de hipertensos eran conscientes de su afección y entre</p>

		<p>estos, el 60% recibió tto, pero solo el 42% la tenía controlada. En china el 31% fueron tratados y solo el 20% controlados. En EEUU el 65% recibió tto y el 50% fue controlado, etc.</p> <p>La mala adh es identificada como ppal causa de fracaso en el control de la HTA. Importante factor de riesgo cardiovasc y cerebrovasc.</p> <p>Los objetivos > importantes para control adecuado es cumplimiento diario y adh a la terapia a largo plazo.</p> <p>Los estudios encuentran que tienden a tomar menos de la mitad de los medis recetados.</p>
	Objetivo del estudio	Describir la HTA y los determinantes de la falta de adherencia al tratamiento entre personas hipertensas adultas en zonas rurales de Bangladesh
Metodología	Tipo de estudio	Diseño transversal
	Año de realización	2014, Bangladesh
	Técnica recogida de datos	encuesta
	Población y muestra	29 960 pacientes mayores de 25 años
Resultados relevantes	<p>52,6% mujeres, edad media 44 a, 17% perteneciente al grupo de 60 a y más. 43,7% no tenían educación formal. Prevalencia de HTA del 13,67% mayor en Mujeres que hombres. Esta prevalencia tb aumentó con la edad (23,1% mayor edad) y con mayor educación (16,9%).</p> <p>Proporción de ptes no adh fue del 26,2%, esta fue mayor en hombres (29,2%), jóvenes y de bajos ingresos.</p> <p>La falta de adh fue mayor cuando fue diagnosticada por proveedores no calificadas. Personas de mayor edad, educación superior y con mayor riqueza tenían MENOS probabilidades de no adherirse.</p>	
Discusión planteada	<p>La prevalencia es significativamente mayor en mujeres que hombres en consonancia con otros estudios en zonas rurales. Se ha encontrado que el 26% no es adherente al tto antiHTA. En países desarrollados la adh promedia es del 50%. En china el 43% y Gambia el 27%. En países en desarrollo, la magnitud de la mala adh es mayor dada a la escasez de recursos sanitarios y dificultades de acceso a la atención médica.</p> <p>Motivos más influyentes en la mala adh es su naturaleza asintomática y de por vida de la enfermedad. También contribuyen los factores demográficos como la edad, educación, comprensión y percepción de la HTA, el modo en que el profesional sanitario administra el tto y la relación entre el pte y el profesional.</p> <p>En este estudio encuentran que los hombres en zonas rurales tienen más prob de interrumpir el tto, hallazgos similares en otros estudios, aunq</p>	

	<p>también opuestos. Los jóvenes tb menos prob. Sexo y edad afectan la adh al tto al igual que en otras enfermedades.</p> <p>Bajo nº económico y educación tb son factores importantes para mala adh, las personas con educación superior y > riqueza pueden ser mas conscientes de a salud t estar mas informadas sobre el impacto del control deficiente. Menos ingresos y menos educación = + ACevasc. Las restricciones financieras podrían ser un factor para continuar con la medi de por vida para el tto de la HTA.</p> <p>En presencia de comorbilidades cardiovasc, las prob de no adh se reducen. Razones son visitan médicos con más frecuencia, prestan > atención a sus condiciones de salud y continúen con sus ttos.</p> <p>Falta de adh es mayor si es diagnosticada por médicos de pueblo a causa de su falta de conocimiento y capacitación.</p> <p>Este estudio se centra en fact demográficos y económicos como edad sexo edu y riqueza. Ha resaltado la importancia de proveedores de at. Médica en la adh y el grado de adh deficiente (sobre todo si son de pueblo)</p>
Conclusiones del estudio	Aunque los médicos de aldea realizan 40% diagnósticos de hta, sus tto se asocian con mayor tasa de abandono. Falta de adh en hombre y jóvenes. Es necesario desarrollar intervenciones efectivas para manejar adecuadamente la HTA y enf crónicas.
	Likert 4 x Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
15	https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-025819
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Qu, Z., Parry, M., Liu, F., Wen, X., Li, J., Zhang, Y., Wang, D., & Li, X. (2019). Self-management and blood pressure control in China: a community-based multicentre cross-sectional study. <i>BMJ Open</i> , 9(3).
Introducción	<p>Resumen de la introducción (máx 100 palabras)</p> <p>La prevalencia de HTA ha aumentado casi un 400% desde 1980 hasta 2015. Responsable del 24,6% (>2 millones) de muertes. En china, el ACV es la principal causa de muerte y discapacidad y la HTA es el factor de riesgo más importante.</p> <p>La teoría de autogestión individual y familiar (IFSMT) es un modelo dinámico de autogestión. Concepto de autorregulación.</p> <p>Las mujeres tienen doble de probabilidad de tener PA descontrolada después de menopausia, mayor prevalencia de obesidad y menos actividad física. Estas tienen menos probabilidades de alcanzar los</p>

		objetivos de PA, aunque tomen más medicamentos antiHTA.
	Objetivo del estudio	Describir las variables que impactan el control de la PA en hombres y mujeres, incluye explorar los aspectos de sexo y género.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio transversal
	Año de realización	China, 2018
	Técnica recogida de datos	Cuestionario y escala de autocuidado.
	Población y muestra	873 adultos con hipertensión.
Resultados relevantes	<p>Edad media 65 a. la mayoría eran mujeres casadas y jubiladas. 96,1% tenía seguro médico, el 67,1% 10 años de duración de enfermedad y mal control de PA. La mayoría tenía peso anormal. En comparación con los hombres, más mujeres eran viudas/divorciadas o solteras con nivel educativo menor, desempleadas e ingresos más bajos. Tenían mas probabilidades de no fumar ni beber que los hombres, pero más comorbilidades.</p> <p>Ingreso personal y seguro de salud significativos en el control de PA. Los participantes que residían en áreas rurales tenían más probabilidades de control deficiente de PA que los que trabajaban en áreas urbanas. Cuando se agregó IMC, tabaco, bebida, antecedentes familiares, duración enfermedad y comorbilidades, el grupo rural disminuyó su probabilidad.</p> <p>Se demostró que cuanto mayor duración de la enfermedad, mayor probabilidad de control deficiente.</p>	
Discusión planteada	<p>Lo resultados muestran que el 67,1% no alcanzó los objetivos de PA recomendados.</p> <p>Se reportaron mejor adherencia y control de PA en ancianos >65 a y mayor duración de los medicamentos antiHTA. Un estudio de EEUU informó que el uso de más de un medicamento antiHTA aumenta hasta los 80 a (luego disminuye) produciendo un impacto en la capacidad del pte para cumplir con los regímenes. Más de la mitad tenía >1 comorbilidad lo que puede influir en la adherencia.</p> <p>Los bajos ingresos han demostrado ser un predictor de baja adherencia al tratamiento, sino también un factor asociado al desarrollo de enfermedad comórbida. En este estudio las mujeres, mayores, que vivían solas con un nivel educativo más bajo y con más probabilidades de estar desempleadas son las que tuvieron los ingresos más bajos.</p> <p>El control deficiente de la PA está asociado significativamente con un</p>	

	<p>bajo autocontrol en el manejo del tratamiento (adherencia medicación, visitas al médico, autocontrol de la PA).</p> <p>La no adherencia al tratamiento se relaciona con un mayor riesgo de morbimortalidad cardiovascular.</p> <p>Este estudio tiene como resultado que las mujeres son mas probable que tengan mejor dieta y control de los factores de riesgo.</p>		
Conclusiones del estudio	<p>Mayor duración de la enfermedad y seguro médico rural se asociaron con control deficiente de la HTA.</p> <p>Se debería considerar disminuir los costos de la atención ambulatoria, aumentar acceso a atención preventiva, mejorar accesibilidad a los medicamentos y las estrategias de autogestión.</p>		
	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna
16		https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0252944
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	<p>Wakai, E., Ikemura, K., Kato, C., & Okuda, M. (2021). Effect of number of medications and complexity of regimens on medication adherence and blood pressure management in hospitalized patients with hypertension. <i>PLoS ONE</i>, 16(6 June).</p>	
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	<p>La HTA es causada por elecciones de estilo de vida poco saludables como el alcohol, sedentarismo u obesidad. Esta aumenta el riesgo de desarrollar ECV. La OMS informa de 1130 millones de hipertensos en el mundo en 2019, además de 7,5 millones de muertes al año por complicaciones asociadas a la HTA.</p> <p>A pesar la medicación y modificación de dieta y ejercicio, el 50% no pudo alcanzar el objetivo.</p> <p>Menciona los factores de riesgo para una mala adherencia.</p>
	Objetivo del estudio	<p>Investigar la relevancia del número de medicamentos y complejidad de los regímenes de medicación para la adherencia a la medicación y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos</p>
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática

	Año de realización	Japón. 2018
	Técnica recogida de datos	Herramienta estandarizada → MRCI (índice de complejidad del régimen de medicación)
	Población y muestra	1057 pacientes hospitalizados que tomaban medicación, incluidos antihipertensivos.
Resultados relevantes	<p>El presente estudio muestra la comparación de las características entre los grupos de buena y mala adherencia, donde en este último la PAS y PAD y la edad fueron significativamente más altos. Sorprendentemente la tasa de consumo de alcohol fue significativamente menor en el grupo de mala adherencia.</p> <p>En el grupo de mala adherencia, la media de nº total de medicamentos antiHTA y orales fue significativamente mayor ($p < 0,001$). También se estudió que los factores de riesgo para una mala adherencia era la edad >71 a, una puntuación de MRCI oral $>19,5$ y 7 medicamentos orales, aunque este último no fue significativo como los otros dos.</p>	
Discusión planteada	<p>Este estudio define la polifarmacia (toma entre 5-7 fármacos) como un problema mundial, siendo una de las causas más importantes de disminución a la adherencia a la medicación, aumentando el riesgo de eventos adversos e interacciones farmacológicas.</p> <p>El análisis multivariante reveló que los factores independientes para mala adh eran: edad >71 a, y la puntuación de MRCI oral de 19,5. No el nº de medicamentos, que es 7, pero también provocan mala adherencia (no por sí solos). Como las tasas de adherencia y control fueron deficientes en pacientes con MRCI alta, los hallazgos sugieren que la complejidad del régimen, más que la cantidad de medicamentos, esta relacionada con la correcta adherencia y control de PA.</p> <p>La edad también es un factor de riesgo debido a la disminución de las funciones físicas y deterioro cognitivo. La función renal también fue menor en el grupo de mala adh causada por la polifarmacia (son pacientes en edad avanzada a los que se les administra medicación innecesaria y excesiva).</p> <p>En Japón, el 33% de las hospitalizaciones están relacionadas con sobredosis de drogas debido a errores asociados a múltiples medicamentos. Además, se demuestra que la complejidad en los regímenes de medición podría aumentar el riesgo de reingreso en ptes con HTA.</p>	
Conclusiones del estudio	Este estudio es el primero en demostrar que la complejidad del régimen de medicación, más que la cantidad de medicamentos está estrechamente relacionada con la adherencia a la medicación y presión arterial.	
	Likert 4	x Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico

Bibliografía (revisión dirigida)	
MRCI que es	<p>Escala de complejidad de régimen de medicación. Se divide en 3 acciones: A (formas de dosificación) B (frecuencia de dosificación) C (indicaciones adicionales), únicamente con medicación oral.</p> <p>Cuanta más puntuación, más complejo el régimen.</p>

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
17	https://doi.org/10.12968/BJCN.2021.26.2.84	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Parra, D. I., Guevara, S. L. R., & Rojas, L. Z. (2021). "Teaching: individual" to improve adherence in hypertension and type 2 diabetes. <i>British Journal of Community Nursing</i> , 26(2), 84–91.	
Introducción	<p>Resumen de la introducción (máx 100 palabras)</p> <p>Conlleva complicaciones graves, discapacidades, muerte y elevados costes sanitarios. La falta de cumplimiento de los regímenes terapéuticos es un desafío para los sistemas de salud y una barrera para el control de las enf cardiovasc.</p> <p>Han informado tasas de adh del 52-74%, adh a la act física del 68,8%, adh a la dieta en 30,9%. En consecuencia, los resultados clínicos pueden ser desfavorables como rehospitalización, exacerbación de otras enfermedades crónicas y mayores costos de At. Médica. Además, la falta de adh a las modific de EdV genera riesgos a corto plazo y complicaciones a largo, así como disminución calidad de vida.</p> <p>Se han propuesto diferentes formas de medir la adh al régimen terapéutico. Se han encontrado intervenciones destinadas a mejorar la adh que tienen efectos positivos en el control de HTA, enfatizando en las educativas.</p> <p>Método enseñanza el más top.</p>	
	Objetivo del estudio	Analizar la eficacia de una intervención integral, consistente en autocontrol de PA y de la medicación antihta, modificaciones del estilo de vida y optimización de la farmacoterapia, sobre el control de la PA en pacientes que reciben 2 o > fmcos antihta.
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico
	Año de realización	2020, Baleares
	Técnica recogida de datos	Cuestionario y métodos estadísticos.

	Población y muestra	200 pacientes. 98 en el grupo de enseñanza individual y 102 en el de atención individual. 23 ptes se negaron a participar.
Resultados relevantes		<p>No hay dif significativas en las características sociodemográficas y clínicas entre los dos grupos. La edad media fue 62 a, 73% mujeres, el 62,5% diagnosticado de HTA y el 25% de HTA y DM II. Puntuación de adherencia media de 9,39. PAS en 24h de 124 mmHg y PAS en consultorio de 136 mmHg.</p> <p>Puntuación media de adh a los 6 meses fue 10,73 en enseñanza individual y 9,86 en el de at. Habitual. Y a los 12 meses de 10,43 y 10,03. La dif en el cambio de puntuación media a los 6 meses fue mayor en el grupo de enseñanza individual, a los 12 meses también, pero en este ultimo no hay una diferencia significativa.</p> <p>PAS media en 24h a los 6 meses fue 122 en el 1º y 124 en el 2º. Y a los 12 meses de 121 y 120. Reducción significativa de la PAS en -0,73, pero a los 12 meses vuelve a no ser significativo.</p>
Discusión planteada		<p>Los resultados demuestran que la intervención de enfermería docente individual mejoró la adherencia al tto y produjo reducción significativa de la PAS en 24h, tanto en monitorización ambulatoria de la PA como PA automatizada en el consultorio a los 6 meses, sin embargo, la reducción no fue significativa a los 12 meses.</p> <p>La intervención fue multifacética e involucró dif aspectos de la adh, realizada solo por enfermeras en sesiones presenciales con cada uno. Los resultados son consistentes con los hallazgos de otros estudios.</p> <p>Una revisión sistemática que evaluó el efecto de las intervenciones de enf para mejorar la adh, se vio que mejoraron moderadamente la adh. Otra revisión sist apoyó el método de enseñanza para maximizar la comprensión de la enfermedad, promover el conocimiento, la adherencia, la autoeficacia y las habilidades de autocuidado en la educación de personas con enf crónicas.</p> <p>Este estudio encontró resultados similares a otros estudios que mostraron que las interv dirigidas a ptes, con múltiples sesiones educativas motivacionales para modificar estilos de vida y adh a la medi arrojaron un cambio medio en la PAS de -3,9. Se ha demostrado que intervenciones diseñadas para disminuir PA que apoyan la at. Médica habitual, donde solo haya enf, son efectivas para lograr el control de la PA, aunque estas intervenciones fueron mas efectivas si son multidisciplinarias.</p> <p>Este estudio cuenta con tasas de abandono de menos del 20% y las caract sociodemográficas y clínicas al inicio fueron estadísticamente similares.</p>
Conclusiones del estudio		Este estudio sugiere que la intervención de enseñanza individual impartida por enfermeras a través de enfoque multifacético puede ser eficaz para mejorar adh terapéutica y control de PAS en ptes hipertensos.

	Además, como este abordó dif aspectos (dieta, act física, tto farma, etc.) sugeridos por guías clínicas de manejo de HTA, podría ser potenciada por otros miembros del equipo multidisciplinar como farmacéuticos, dietistas, fisioterapéuticas. Así a largo plazo las intervenciones podrían incorporarse en la practica diaria como parte de la at integral en ptes con factores de riesgo cardiovasc.		
	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
18	https://doi.org/10.1002/HSR2.584	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Woode, E., Boakye-Gyasi, E., Obirikorang, Y., Adu, E. A., Obirikorang, C., Acheampong, E., & Odame-Anto, E. (2022). Predictors of medication nonadherence among hypertensive clients in a Ghanaian population: Application of the Hill-Bone and Perceived Barriers to Treatment Compliance Scale. <i>Health Science Reports</i> , 5(3).	
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	La OMS indicó que más de 1130 millones de personas en el mundo tienen HTA, y dos tercios viven en países de ingresos bajos y medianos. África es el continente con mayor mortalidad por HTA (46%). El diagnostico, inicio y retención de la atención y adherencia a la terapia (farmacológica o no) son esenciales para reducir las ECV. En Ghana el control de PA es deficiente por el incumplimiento de la terapia. Es esencial abordar la adherencia a la medicamento. Menos de 50% toman sus medicamentos según lo prescrito.
	Objetivo del estudio	Evaluar el cumplimiento de la medicación para determinar y monitorear el tratamiento y sus resultados para reducir la mortalidad relacionada con HTA
Metodología	Tipo de estudio	Transversal descriptivo
	Año de realización	Ghana, 2018-2019 (2022)
	Técnica recogida de datos	Escalas de cumplimiento de la Terapia HILL-Bone y Barreras percibidas.

	Población y muestra	246 pacientes diagnosticados con HTA y en tto durante al menos 6 meses que asistían a dicha clínica de HTA. Se excluyeron pacientes con comorbilidades.
Resultados relevantes	<p>Como antecedentes sociodemográficos encontramos pacientes de 50 a 59 a (37%) y de 60 a 69 a (39%). La mayoría eran mujeres (69%), y en tto desde hace 8 y 10 años. Más de la mitad no sabía el nombre de sus medicamentos. El 36,2% en terapia dual, el 27,6% con 3 fármacos. El 69,9% se había olvidado alguna vez tomar su medicamento antiHTA.</p> <p>Los signos y síntomas más percibidos a causa de la medicación antiHTA fueron dolores de cabeza, dolor muscular, cansancio, disminución del deseo sexual, falta de sueño, micción frecuente, palpitaciones y pies hinchados, en orden de más a menos aparición.</p> <p>Las tablas demostraron que el 64,2% de los pacientes olvida su medicamento o el 83,3% decide no tomarlos. La mayoría (91,5% cumplieron con sus medicamentos actuales.</p> <p>La falta de eficacia percibida se correlacionó significativamente de forma negativa con la adherencia a la medicación (mayor probabilidad de incumplimiento), al igual que las barreras para dejar el alcohol y tabaquismo. No hubo asociación significativa entre fact sociodemográficos y falta de adherencia a la medicación.</p> <p>Los ptes que no conocen su prescripción total y que asocian los signos/síntomas también tenían mayores probabilidades de incumplimiento.</p>	
Discusión planteada	<p>El estudio demuestra que la falta de adherencia a la medicación presenta una limitación significativa para combatir los desafíos de salud pública en países desarrollados y no desarrollados. La adherencia se asocia con un costo menor en la atención a la salud, y una disminución de hospitalizaciones y visitas a urgencias por ECV.</p> <p>El 70% dejó de tomar su medicación al menos en los últ 3 meses, asociado con los efectos adversos que estos pueden causar, olvidos o porque deciden no tomarlo.</p> <p>Como factor predictivo de falta de adherencia nos encontramos con la falta de eficacia percibida de la medicación antiHTA y los síntomas como palpitaciones, falta de sueño y disminución del deseo sexual asociados con la medicación. El 48% informó sobre uno o más síntomas percibidos como dolor de cabeza, dolor muscular, cansacion, micción frecuente, etc,</p> <p>Los factores sociodemográficos y el número total de medicamentos tomados no se asociaron con la adherencia a la medicación, pero sí las barreras para dejar de fumar y consumir alcohol y desconocimiento de los medicamentos prescritos.</p>	

Conclusiones del estudio	<p>El estudio demostró una alta adherencia a la Medicación antiHTA entre los hipertensos de Ghana. Aun así, se identificaron los factores relacionados con los medicamentos que afectan negativamente a la adherencia, estos son: las palpitaciones, falta de sueño y disminución del deseo o capacidad sexual.</p> <p>Estos ss podrían servir como marcadores para la detección de un riesgo de incumplimiento.</p> <p>Por último, los pacientes con dificultades para dejar de fumar o beber alcohol probablemente no cumplieron con la medicación antiHTA.</p>		
	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
19	https://doi.org/10.1007/s11606-012-2195-1	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Crowley, M. J., Grubber, J. M., Olsen, M. K., & Bosworth, H. B. (2013). Factors associated with non-adherence to three hypertension self-management behaviors: Preliminary data for a new instrument. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 28(1), 99–106.	
Introducción	<p>Resumen de la introducción (máx 100 palabras)</p>	<p>La no adherencia promedia el 50%, lo que exacerba el control de la enfermedad y aumenta los costos. Además, la HTA a pesar de ser un factor de riesgo cardiovascular, la mitad tiene un control inadecuado. Se deben reconocer la influencia de los factores demográficos, psicosociales, socioeconómicos y relacionados con las creencias sobre la salud en la NA, e identificar aquellos que no cumplen.</p> <p>Este estudio se enfoca en los comportamientos importantes como dieta y ejercicio, no solo en la adherencia a la medicación como el resto de los instrumentos existentes.</p>
	Objetivo del estudio	<p>Identificar los factores de riesgo asociados con la falta de adherencia a 3 conductas clave de autocuidado: uso adecuado de medicamentos, dieta y ejercicio.</p> <p>Evaluar en qué medida un instrumento diseñado para identificar los factores de riesgo para cada una de las conductas está asociado con la no</p>

		adherencia al autocuidado y PA.
Metodología	Tipo de estudio	Análisis transversal de datos de ensayos aleatorios
	Año de realización	2013
	Técnica recogida de datos	Instrumento de adherencia y variables compuestas.
	Población y muestra	636 pacientes de AP con hipertensión, con >12 meses de atención y 1 o más de medicamentos antihipertensivos.
Resultados relevantes	<p>Media de edad de 61 a, 49% afroamericanos y 34% hombres. Informa que el 73% tiene la PA bien controlada. Para la no adherencia al medicamento, incluyeron como factores de riesgo la raza afroamericana, bajo nº educativo, falta de seguridad financiera, conocimientos básicos deficientes sobre su salud, y estrés. Para dieta fue el IMC>30, con empleo, pero con falta de seguridad financiera y la creencia de que el IM es probable. Para el ejercicio vemos IMC>30, mujer, bajo nº educativo, con empleo y con la creencia de que es probable que se produzca un infarto de miocardio (IM).</p> <p>Las probabilidades de No adherencia fueron más altas en pacientes con un nº creciente de factores de riesgo, además estos tenían la media de PAS y PAD más elevada.</p>	
Discusión planteada	<p>En este estudio se identifican los factores del paciente asociados con la no adherencia a la medicación, dieta y ejercicio, las tres conductas clave de autocontrol en la HTA. Se demuestra que, en el instrumento utilizado, cuanto mayor es el número de factores de riesgo de NA, más alta es la PAS/PAD del paciente. Este estudio facilitaría la identificación de pacientes con menor probabilidad de adherirse a su tratamiento.</p> <p>La falta de seguridad financiera y el estrés elevado están asociados con la no adherencia a la medicación.</p> <p>Una sensación de falta de logro por problemas psicosociales y la creencia de que el IM esté relacionado con el estilo de vida actual se asociaron con la dificultad de seguir las recomendaciones dietéticas y de ejercicio.</p> <p>Además. La falta de seguridad financiera también se asoció con no adherencia a la dieta, pero no al ejercicio.</p>	
Conclusiones del estudio	<p>La identificación de los factores asociados a la no adherencia de cada uno de los tratamientos para controlar la HTA (medicación, ejercicio y dieta), es primordial para mejorar el control de la PA y reducir los costos sanitarios.</p>	

	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
20	https://doi.org/10.2147/PPA.S142453	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Abbas, H., Kurdi, M., Watfa, M., & Karam, R. (2017). Adherence to treatment and evaluation of disease and therapy knowledge in Lebanese hypertensive patients. <i>Patient Preference and Adherence</i> , 11, 1949–1956.	
Introducción <i>Resumen de la introducción (máx 100 palabras)</i>	En un estudio realizado en 2015, las tasas de prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de HTA fueron de 36,9, 53, 48,9 y 54,2% respectivamente. Solo el 27% tenían PA controlada. El primer enfoque del tto son las modificaciones en el estilo de vida (dieta DASH, baja en Na, rico en frutas, verduras y productos lácteos sin grasa). Se ha demostrado que menos del 25% de pacientes tratados alcanzan la PA óptima. La adherencia deficiente es la principal causa de fracaso en el control de PA, también reduce la eficacia de los fármacos.	
	<i>Objetivo del estudio</i>	Evaluar la adherencia a la medicación antihipertensiva en pacientes utilizando un cuestionario y los factores que predicen el comportamiento, evaluar el grado de conocimiento y percepciones sobre la enfermedad, factores de riesgo y efectos secundarios de la medicación.
Metodología	<i>Tipo de estudio</i>	Estudio transversal
	<i>Año de realización</i>	Libia, 2015 (publicado en 2017)
	<i>Técnica recogida de datos</i>	Cuestionario de elaboración propia.
	<i>Población y muestra</i>	249 pacientes hipertensos
Resultados relevantes	Edad media de 62 a, casi mismo % de hombres y mujeres. 85,5% casados y solo el 20,5% fueron empleados. El 80% no llegó a la escuela secundaria. La media de PA fue 138/87 mmHg mostrando una PA descontrolada. Sobrepeso 42% obesidad 35,3%.	

	<p>El 61% fueron hospitalizados por PA no controlada y un 35,74% tenía HTA con otras comorbilidades cardiovasculares.</p> <p>67% tto combinado para TA. El medicamento más prescrito el betabloqueante; aunque el 48% cambió su medicamento durante el último año por PA no controlada o mala tolerancia de los efectos secundarios.</p> <p>El 68% usaban suplementos como tratamiento alternativo, como OMEGA-3 y vitamina D y dieta DASH. Solo el 11% realizaba actividad física. Este estudio revela que solo el 15% no cumplía con sus medicamentos prescritos, y dentro de estos, el 89,2% relacionó la no adherencia con el olvido.</p> <p>Solo el 52,6% realizaba visitas medicas regulares y el 72% controlaba la PA en casa., aun así, la PA oscilaba entre 150-180 mmHg. Como síntoma por la HTA se encuentran las cefaleas ocasionales en el 41,4%. La gran mayoría de los participantes eran conscientes de que incumplir el tratamiento puede afectar a su salud.</p> <p>93,5% cubiertos por el seguro de salud, esto muestra una asociación significativa entre cobertura de salud y adherencia. Un gran porcentaje visitaba su cardiólogo y el 73,1% sabían la causa subyacente de su enfermedad.</p> <p>Todos los hallazgos entre participantes adherentes y no adherentes no muestran diferencias significativas.</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>El estudio demuestra que, si la PA se mantiene alta mucho tiempo, daña los vasos sanguíneos y el colesterol comienza a acumularse, por lo que disminuye la eficiencia y aumenta el riesgo de desarrollar ECV que amenacen la vida.</p> <p>Los factores de riesgo más percibidos de la HTA fueron efectos secundarios de los medicamentos, estrés, actividad física limitada, bajo nivel educativo y dieta poco saludable. Aunque este estudio demuestra que el 85% cumplieron con su tratamiento, no concuerda con otros estudios donde el % es inferior.</p> <p>El 52,6% no siguió los controles regulares de los profesionales sanitarios, casi la mitad no controló su PA en 2 semanas, el 41,4% presentaba la cefalea por PA no controlada y el 61% fue hospitalizado por ello.</p> <p>Hubo una asociación significativa entre adherencia y una cobertura de</p>

	<p>salud que elimina el factor costo (93,5%), ya que esto se considera una de las barreras más comunes de la no adherencia. La adherencia a la medicación es una preocupación creciente para los profesionales de salud ya que la prevalencia de la no adherencia está creciendo y tiene como resultado mayor costo de atención y de resultados adversos.</p> <p>Los resultados muestran que no hay asociación significativa entre conocimiento sobre la PA y la adherencia a la medicación. El 73,1% conocía la causa subyacente de su enfermedad y no se demostró una diferencia significativa entre adherente y no adherente.</p> <p>El 41% cambió su medicación antihipertensiva por los efectos secundarios no tolerados. La mala memoria fue uno de los factores de no adherencia ya que, de los participantes que se incluyen en este grupo, el 89,5% informó de esto. Un 42% usaba medicina alternativa y complementaria. El 37% sigue dieta DASH, hay estudios que demuestran que esta dieta ayuda a bajar las cifras de PA. Y que los médicos más jóvenes tendrían a tener pacientes mejor adherentes.</p>		
Conclusiones del estudio	<p>Este estudio presenta hallazgos importantes sobre la necesidad de un conocimiento más informado sobre la enfermedad, factores de riesgo y efectos secundarios de los fármacos para mejorar la adherencia.</p> <p>Se destacan factores que afectan a esta adherencia y confirma la importancia del estado de cognición y comunicación,</p> <p>Se concluye que la HTA se puede manejar mejor si se proporciona una buena educación sanitaria cualitativa para mejorar la adherencia a nivel comunitario, reduciendo la incidencia mundial de ECV relacionada con HTA y reducción del coste sanitario.</p>		
	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna
21		https://doi.org/10.17533/UDEA.IEE.V37N3E02
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Parra, D. I., Romero Guevara, S. L., & Rojas, L. Z. (2019). Influential Factors in Adherence to the Therapeutic Regime in Hypertension and Diabetes. <i>Investigacion y Educacion En Enfermeria</i> , 37(3).	
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	La adherencia terapéutica es el grado de comportamiento de una persona en relación con la toma de medís, luego de un régimen dietético o modificación de hábitos de vida corresponde a recomendaciones acordadas por un profesional de la salud.

		<p>En países desarrollados solo el 50% cumplen el tto, en vías en desarrollo esta adh es menor por la escasez de recursos e inequidades en el acceso a servicios de salud.</p> <p>Según OMS 5 dimensiones: sistema personal de salud, terapia, enfermedad, paciente y aspectos socioeconómicos. Prevalencia de adherencia a medis entre 24-92%. ¡En No farma la no adh es más común! (68,8%).</p> <p>La mayoría de los estudios se centran en el aspecto del cumplimiento farmacológico, sin medir la adherencia a cambios en el estilo de vida como act física, dieta, alcohol y tabaco; cuando existe evidencia de que su adh contribuye al logro de los objetivos terapéuticos.</p> <p>Enfermería juega papel fundamental en mejora del problema (acciones de educación)</p>
	Objetivo del estudio	Determinar los factores asociados a la adherencia al régimen terapéutico en pacientes con HTA y DM II en centros de AP
Metodología	Tipo de estudio	Estudio transversal analítico
	Año de realización	2019, Colombia
	Técnica recogida de datos	
	Población y muestra	500 pacientes hipertensos
Resultados relevantes	<p>Media edad 68 a, 69% mujeres, 52% casados, 58% n° socioeconómico bajo, 65% ed. Primaria. 44,8% amas de casa. La media de pastillas fue de 5. N° socioeconómico bajo y estar en régimen subsidiario de salud disminuye el puntaje de adherencia.</p> <p>Factores influyentes socioeconómicos → no contar con los recursos económicos para trasladarse a consulta, no poder leer info escrita sobre manejo enfermedad y no contar con apoyo familiar.</p> <p>F. con el sistema y personal de salud → las personas que los atienden nunca responden a sus inquietudes y dificultades con respecto al tto.</p> <p>F. rel. Con la terapia → inciden positivamente en la adherencia.</p> <p>F. rel. Con el pte → nunca manifiestan interés por saber de su condición de salud y cómo cuidarse.</p> <p>Análisis multivariado encontró 7 fact asociados a la adh, 3 negativamente: pertenecer al régimen subsidiado frente al contributivo (privado), nunca poder leer info escrita sobre el manejo de la enfermedad y no recibir info sobre los beneficios de los medicamentos. También si responden positivamente a las siguientes afirmaciones: si</p>	

	<p>las ocupaciones dentro y fuera de casa dificultan el seguimiento del tto, si cuando los stmas mejoras interrumpe el tto, si ha tenido anteriormente dificultades para seguir el tto, y si cree que hay costumbres de alim y ejercicio dificiles de cambiar.</p>		
Discusión planteada	<p>La no adh es un fenómeno global de graves consecuencias presente en casi todas las enfermedades crónicas, los hallazgos demuestran que los factores relacionados con la terapia afectan al puntaje total, seguido de socioeconómicos y del sistema.</p> <p>Demostró que no poder leer info escrita sobre el manejo de la enfermedad y no recibir info sobre los beneficios de los medis se asociaron con bajo n° adh. Esto esta relacionado con n° escolaridad y conocimientos (estudio de n° socioeconómico bajo, y educación primaria). Los ptes con bajo conocim de hta tienen 1,5 veces > prob de tener adherencia parcial.</p> <p>No interrumpir el tto, aunque mejoren los síntomas favorece la adherencia. Pertenecer al régimen subsidiado se asocia negativamente con la adh, debido a que estas personas son de escasos recursos económicos y esto dificulta el cumplimiento (dieta, visitas al médico, adquirir medi, etc.)</p>		
Conclusiones del estudio	<p>Identificó factores terapéuticos, socioeconómicos, sistema de salud/personal de salud asociados a la medición de la adh al régimen terapéutico (farma y no f).</p> <p>Mala adh → régimen de seguridad social subsidiario, no poder leer la Info escrita sobre el manejo de la enf y no recibir info sobre los beneficios de los medis prescritos.</p> <p>Buena adh → no tener ocupaciones diversas, no interrumpir tto, aunque mejoren los síntomas, no tener antecedentes de dificultades para cumplir tto, no creer que existen costumbres sobre alim y ejercicios dificiles de cambiar.</p>		
	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

N° Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
22	https://doi.org/10.1097/MD.0000000000019769

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	<p>Unda Villafuerte, F., Llobera Cànaves, J., Lorente Montalvo, P., Moreno Sancho, M. L., Oliver Oliver, B., Bassante Flores, P., Estela Mantolan, A., Pou Bordoy, J., Rodríguez Ruiz, T., Requena Hernández, A., Leiva, A., Torrent Quetglas, M., Coll Benejam, J. M., D'Agosto Forteza, P., & Rigo Carratalà, F. (2020). Effectiveness of a multifactorial intervention, consisting of self-management of antihypertensive medication, self-measurement of blood pressure, hypocaloric and low sodium diet, and physical exercise, in patients with uncontrolled hypertension taking 2 or more antihypertensive drugs: The MEDICHY study. <i>Medicine</i>, 99(17), e19769.</p>	
Introducción	<p>Resumen de la introducción (máx 100 palabras)</p>	<p>Se deben desarrollar nuevos enfoques que proporcionen mejor manejo de PA alta ya que HTA ppal riesgo cardiovascular tratable. Principales factores que impiden control adecuado son: inercia terapéutica (dosis incorrectas y/o combinación inadecuada), mala adh al tto, estilo de vida poco saludable (tabaco, alcohol, grasas, sal, sedentarismo y sobrepeso) y prescripción de fármacos que inducen a la HTA (aines) Recomiendan las sig. Intervenciones no-farma para control de PA alta: restricción sal y alcohol, bajar de peso, aumento act física, dieta DASH, frutas y verduras y suplementos de K. Act física tb es útil para prevención, tto y control de HTA.</p>
	<p>Objetivo del estudio</p>	<p>Analizar la eficacia de intervención integral consistente en autocontrol de la HTA, modificaciones EdV y optimización de farmacoterapia, sobre el control de la PA en ptes que reciben 2 o > fármacos antiHTA.</p>
Metodología	<p>Tipo de estudio</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado.</p>
	<p>Año de realización</p>	<p>2020, España (Mallorca y Menorca)</p>
	<p>Técnica recogida de datos</p>	<p>cuestionario</p>
	<p>Población y muestra</p>	<p>424 ptes que utilicen 2 o > fármacos antiHTA y una PA de 130/80 /24h</p>
Resultados relevantes	<p>Intervención multifactorial que consiste en: cambios dieta, ej físico, automedición de la PA y autotitulacion de medis antiHTA.</p> <p>a) Dieta: D. Dash (dietary approaches to stop hta). Asistirán a un taller para motivarlos</p> <p>b) Ej físico: ej moderado 50-60 min 5-7 días/semana. Si van a caminar</p>	

	<p>o correr deben llevar contador de pasos.</p> <p>C) automedición de la PA: medir 3 veces x mañana y 3 x tarde durante 1º y 3º semana de cada mes durante 12 meses.</p> <p>d) autoajuste de medicamentos antihta: tienen que seguir el siguiente algoritmo: (completar mirando articulo)</p> <p>1. HTA no controlada con 2 medis: debe incluir 1 IECA o ARB + tiazida o diurético o BCC. Siempre que se pueda se dará en combinación en 1 pastilla. Añadir 3r fármaco (IECA + BCC + tiazida o diurético) y aumentar dosis optima.</p> <p>2.HTA no controlada con 3 medis: verificar que sean IECA o BRA + BCC + tia o diu. Aumentar la dosis de cada uno al menos 50% de uno en uno.</p> <p>PA medir sentado, 3 lecturas con 2 min de dif y registrar promedio. Poner en 3r medio de parte superior del brazo. Sentado sin cruzar piernas con el brazo apoyado en una mesa a la altura del corazón. Relajado con vejiga vacía y no haber fumado.</p> <p>Se controlarán efectos adversos graves como hipoTA, síncope, bradiC, anomalía electrolítica, caída, lesión renal aguda o insuficiencia renal aguda (relacionado con la medi antiHTA)</p>		
Discusión planteada	<p>El autocuidado medico requiere que desarrollen habilidades preventivas, de manejo y terapéuticas específicas. Estudios encontraron que la mejoría clínica y mejor control de enfermedad ocurre cuando los ptes desarrollan habilidades para mejorar sus condiciones.</p> <p>Esta intervención incluye seguimiento y manejo de SS, educación sobre dosificación de medis, cambios en estilo de vida y mantener contacto regular con profesionales de AP para tomar decisiones compartidas. Es importante desarrollar interv nuevas y efectivas para ptes con HTA no controlada ya que estos tienen tasas de morbi y mortalidades más altas.</p> <p>Nuestra intervención, integral e implementada en ámbito de AP, consiste en optimizar el tto farmacológico mediante autocontrol de los medis antiHTA y promoción de estilos de vida > saludables, incluida intensificación Act Física y adopción de dieta DASH.</p>		
Conclusiones del estudio	<p>El objetivo es Mejorar el manejo de la HTA y abordar las medidas farmacológicas y no farma que se pueden utilizar para lograr este objetivo.</p>		
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
23.		
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Delgado, I. Z., Caballero Villarraso, T., & García, M. R. (n.d.). <i>Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso.</i>	
Introducción	Resumen de la introducción (máx 100 palabras)	HTA relacionada con 46,4% de muertes por enf cerebrovasculares, 42% muertes coronarias y 25,5% muertes totales. Solo el 20% de los ptes hipertensos con patologías asociadas tienen la PA controlada. Ptes con HTA refractaria (resistente) mostraron mayor riesgo de eventos cardiovasc. Es importante que este tipo de pte tenga máximo conocimiento sobre su enfermedad y factores asociados, ya que la mayoría lo desconoce. Es fundamental la implantación de programas de ed. sanitaria en todos los n° asistenciales. Educación sanitaria (ES) + intervención enfermera = efectividad en el control de las cifras tensionales y adherencia terapéutica. Programa de ES enfocado en modificar hábitos higiénico-dietéticos para controlar HTA, el paciente tiene que comprender que este tto es tan importante y necesario como el farmacológico
	Objetivo del estudio	Conocer las motivaciones personales que intervienen en la modificación de los hábitos, adherencia y conocimiento de la enfermedad, en un grupo de pacientes hipertensos.
Metodología	Tipo de estudio	Enfoque cualitativo. Diseño fenomenológico
	Año de realización	2014, España
	Técnica recogida de datos	entrevistas
	Población y muestra	18 pacientes con HTA no controlada, asociada a sdme metabólico y/u obesidad
Resultados relevantes	Después de analizar las entrevistas realizadas, se comprobó que verdaderamente la educación sanitaria (ES) mejoró los conocimientos de la enfermedad, no obstante, se observó que, aunque la mejora existe, no es demasiado significativa. Motivo de HTA: la mitad atribuyó la causa a factores desencadenantes modificables como peso y estrés, ninguno mencionó factor herencia.	

	<p>Aunque otro numero considerable dice que esta arraigada a enfermedad o desconocen la causa. La mayoría conocen los riesgos de tener la PA no controlada y todos coincidieron con el riesgo cardiovascular.</p> <p>Cuando aumenta el conocimiento y comprueba el verdadero riesgo al que se expone, aparecen sentimientos y emociones como miedo temor y preocupación. Aunque al tratarse de enfermedad indolora asintomática, hay un gran numero que muestra despreocupación indiferencia o dejadez.</p> <p>Lo pacientes han interiorizado que el tto no tiene por qué ser solo farmacológico y que el no farmacológico es igual o más importante, aunque la mayoría mantuvo que las pastillas son el tto ideal y pocos tienen en cuenta los hábitos higiénico-dietético.</p> <p>Factores que influyen en el régimen terapéutico: (completar mirando articulo)</p> <p>1.PTE ADHERENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fact facilitadores: apoyo familiar o apoyo “en casa”, importancia de la relación con el equipo sanitario (buena interrelación médico-enfermera-paciente; con comunicación abierta, apoyo, animo, educación, seguridad), cambiar de actitud (aunque no es fácil, pero se puede conseguir), autoestima/percepción propia (al perder peso se sienten bien y controlan mejor nº de PA) -Fact que dificultan manejo del régimen terapéutico: seguir una dieta es un gasto de dinero. <p>2. PTE NO ADHERENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fact facilitadores: importancia de la relación con el equipo sanitario es apreciada (es algo primordial de cara al tto de enfermedad), cambiar los hábitos higiénico-dietéticos, aunque otros dicen que misma importancia farma que no farma, y otro que solo farma es el que vale. -Fact que dificultan manejo régimen tto: falta de apoyo familiar, falta de voluntad, seguimiento de dieta asociado a gasto de dinero importante, autoestima/percepción propia (se ven bien por lo que no tienen motivación de cambiar, aunq 4 dicen que les gustaría cambiar, pero no pueden por problemas familiares, depresión...) <p>De antemano se piensa que, si cumple tto farma, cumplirá el no farma. El nº de pacientes de entre los no adh que cumple el tto farmacológico es similar al de los adh en ambos ttos. Y el nº de ptes adherentes a medidas higiénico-dietéticas que no cumplen tto farma, es similar al no adh a ambos tto.</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>Existen varios estudios que muestran como la efectividad de ES mejora cumplimiento terapéutico y conocimientos sobre HTA. Las técnicas de intervención mediante refuerzo conductual o apoyo familiar aumentan conocimientos y se mantiene a los 6 meses-5 años.</p> <p>El estudio afirma que, tras intervención, existe mejora en el</p>

	<p>conocimiento de la enfermedad (causas, riesgos, etc.) pero no implica mejora significativa en la adherencia al tto.</p> <p>Cifras de incumplimiento en ESP son altas, aunque se ha ido observando progresivo descenso. 1/4 parte de los ptes afirman haber olvidado tomar su medi en alguna ocasión, incluyendo ptes adheridos y no adheridos al tto no farma.</p> <p>Atendiendo a la sensibilización, tras haber recibido ES, se ha conseguido alertar d ellos riesgos que implica tener HTA, la mayoría saben citar complicaciones como IAM, ictus, trombosis venosa profunda, riesgo cardiovasc. Nadie o muy pocos asocian HTA a daño de riñón o cerebro.</p> <p>En los hallazgos de este estudio resulta llamativo que todos considerasen muy importante la relación con el equipo sanitario de cara a abordar la enfermedad. Buena relación y tto es punto a favor de seguir el régimen, se sienten más cómodos de expresar dudas y miedos.</p> <p>Factores psicosociales que influyen: creencias, actitudes, atribuciones, representación mental de la enfermedad y apoyo social. Según los datos de este estudio existen factores que influyen a la hora de adherirse motivando o retrayendo (facilitadores y factores que dificultan el manejo al régimen terapéutico).</p> <p>Lo fundamental al realizar intervención educativa es individualizar y personalizar la intervención, explorando los conocimientos del punto de inicio y puntos débiles, para trabajar mejor sobre ellos, juntos, resolviendo dudas y brindando apoyo necesario para solventar deficiencias. La ES tiene que ser bidireccional. Hay que conseguir que cambie malos hábitos, con esfuerzo y voluntad.</p>			
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>La ES impartida es beneficiosa ya que mejora niveles de conocimiento sobre enfermedad y lo sensibiliza acerca del riesgo que conlleva.</p> <p>Falta de adh al tto no farma se manifiesta por falta de voluntad, mas que por problema de información, siendo necesaria intervención por parte de enfermeras para solventarlo.</p> <p>Ser buen cumplidor del tto farma no implica buena adh a las medidas higiénico-dietéticas y viceversa.</p> <p>La relación con el equipo sanitario es básica para el afrontamiento de los inconvenientes asociados a la enf.</p>			
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="512 1653 683 1744">Likert 4</td> <td data-bbox="683 1653 756 1744">x</td> <td data-bbox="756 1653 1378 1744">Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico</td> </tr> </table>	Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Likert 4	x	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico		
<p>Bibliografía (revisión dirigida)</p>				