



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN**

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Docente/s: Mg. KARINA ESPÍNDOLA

LIC. MARTIN RECANATTI

Tema: Adherencia al tratamiento de la hipertensión en San Martín

Estudiante/s: ALVEZ LUCILA

AVALOS GRACIELA

DI CHELLO ANTONELLA

OLMOS PATRICIA

FECHA DE ENTREGA__23-11-2020

ÍNDICE

1. PROBLEMA	3
1.1 JUSTIFICACIÓN	3
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	5
2.2 DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN	8
2.3 ANAMNESIS PACIENTE HIPERTENSO	9
2.4 COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN SOSTENIDA.....	9
2.5 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN	10
2.6 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	10
2.7 ESTILO DE VIDA....	12
2.8 HÁBITOS RECOMENDABLES PARA HIPERTENSOS..	12
2.9 CAMBIOS NUTRICIONALES...	13
2.10 DIETA DASH..	14
2.11 ACTIVIDAD FÍSICA....	14
2.12 EJERCICIO EN LA HIPERTENSIÓN....	15
3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	16
3.1 MÉTODOS QUE PUEDEN FAVORECER UNA MEJOR ADHERENCIA. 18	
4. OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GENERAL	20
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5. DISEÑO METODOLÓGICO	21
5.1 TIPO ESTUDIO	21
5.2 POBLACIÓN....	21

5.3 POBLACIÓN BLANCO	21
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	21
5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	21
5.6 CRITERIOS TEMPORO-ESPACIALES	21
5.7 POBLACIÓN ACCESIBLE	21
5.8 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	21
5.9 MUESTREO Y MUESTRA	21
5.10 MUESTREO NO PROBABILÍSTICO...	21
5.11 VARIABLES	22
5.12 VARIABLES EN ESTUDIO	22
5.13 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	22
5.14 RECOLECCIÓN DE DATOS	24
5.15 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTOS DE DATOS	25
6. BIBLIOGRAFÍA	26
7. ANEXO	29
7.1 CUESTIONARIO	29

PROBLEMA

¿Cuál es la adherencia al tratamiento que presentan los adultos hipertensos que residen en la localidad de San Martín?

Justificación

Según la OMS, en el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. De ellas, 9,4 millones por año se corresponden con las complicaciones de la hipertensión. La OMS plantea que la hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular (OMS, 2013)

“La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo en términos de mortalidad atribuible, por lo que se considera uno de los mayores problemas de salud pública. A escala mundial se estima que causa 7,5 millones de muertes, lo que supone el 12,8 % del total de las defunciones. Esto representa 57 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) o 3,7 % de los AVAD totales.” (Zubeldia, et al., 2016)

Entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión. El número de personas con hipertensión está aumentando en los últimos años y muchos desconocen su condición. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional: sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada. (OPS, 2017)

La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, una dieta inadecuada, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés. (OMS, 2013)

Según el Registro Nacional de Hipertensión Arterial, RENATA 2, la prevalencia de HTA en Argentina es del 36.3%, en concomitancia con los reportes de la OMS para la región. El porcentaje de pacientes que desconocen su padecimiento y la escasez de control sugieren la necesidad de optimizar los métodos de detección de la enfermedad y el proceder en cómo debemos tratar la HTA. (Delucchi A. Et al 2017)

La adherencia al tratamiento se ha ubicado como un dilema de salud pública y como subraya la OMS, las intervenciones para descartar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un ingrediente central de los esfuerzos para optimizar la salud de los habitantes (CSIC,2009).

La adherencia terapéutica de la hipertensión arterial en general es baja. Algunos estudios confirman que la cifra de pacientes que no cumplen el tratamiento alcanza cerca del 40 % para el tratamiento médico farmacológico y entre el 60 y 90 % para el tratamiento médico no farmacológico, que abarca las pautas dietéticas y la actividad física entre otros. (Pomares Avalos. et al, 2017)

Por todo lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo analizar la adhesión al tratamiento de pacientes hipertensos de la localidad de San Martín, provincia de Buenos Aires. El proyecto se enmarca en el Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la HTA en el primer nivel de atención, lanzado en diciembre de 2018 por la cartera nacional de salud de nuestro país, siguiendo la iniciativa HEARTS liderada por la OMS y la OPS, que busca integrar y fortalecer los recursos disponibles, establecer acciones para mejorar la pesquisa de población hipertensa mediante los equipos de salud de los Centros del Primer Nivel de Atención (CAPS), a través del seguimiento activo con el objeto final de aumentar el control de las personas con HTA (Ministerio de Salud de la Nación, 2019)

MARCO TEÓRICO

La hipertensión arterial

Existen diferencias con respecto a las cifras de hipertensos totales en la población. Ello es debido a la metodología empleada, que sobre todo depende de los segmentos de edad y de los puntos de corte donde se sitúa el nivel umbral a partir de los cuales se considera una persona hipertensa. Para la población adulta y con cifras de corte mayor o igual a 140/90, la prevalencia se sitúa en torno al 30%. En mayores de 60 años, la prevalencia se sitúa en torno al 65%. A partir de los 55 años, la frecuencia de HTA aumenta de forma exponencial, siendo más frecuente en varones hasta la quinta década, convirtiéndose después esta tendencia (López et al. 2006).

Las distintas sociedades especializadas en el manejo de la hipertensión arterial han construido a lo largo de los años, diversos consensos en donde se acuerdan aspectos relacionados con los abordajes, tratamientos y actualización de los puntos de corte para definir la hipertensión.

El American College of Cardiology (ACC) y la American Heart Association (AHA) han publicado recientemente la guía para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en adultos. El punto más controvertido es el umbral diagnóstico de 130/80 mmHg, lo cual conlleva diagnosticar HTA en un gran número de personas previamente consideradas no hipertensas. (Gijón-Conde, et al.,2017)

En este documento la Sociedad Española de HTA clasifica este diagnóstico en 4 niveles:

TA normal: 120/80 mmhg

TA elevado: 121-129 mmhg TA diastólica / 81 mmhg TA diastólica

TA grado 1: 130-139 mmhg TA sistólica / 81- 89 mmhg TA diastólica

TA grado 2: 140/90 mmhg (

(un nivel óptimo de TA sería igual a 115/75 mmhg.)

La sociedad española de HTA, recomiendan para su diagnóstico, valorar la TA en distintos horarios fuera del consultorio médico, siendo la toma más importante la nocturna.

En el consenso de hipertensión arterial del 2018, la Sociedad Argentina de Cardiología, la Federación Argentina de Cardiología y la Sociedad Argentina de

Hipertensión Arterial mencionan que uno de cada tres hipertensos desconoce su diagnóstico y que solamente unos de cada cuatro se encuentran controlados basándose en valores del RENATA 2 2016.

Su objetivo en este consenso es poner el foco en mejorar el grado de conocimiento y control de la HTA y a su vez simplificar las recomendaciones.

Definen una TA normal con valor de 130/85 mmhg y una limítrofe de 130-139 mmhg sistólica y 85-89 mmhg diastólica, y consideran a una persona hipertensa cuando los valores son iguales o superiores a los 140/90 mmhg asignándoles distintos niveles a medida que marca el tensiómetro.

HTA nivel 1: 140-159 mmhg sistólica/ 90-99 mmhg diastólica

HTA nivel 2: 160-179 mmhg sistólica/ 100-109 mmhg diastólica

HTA nivel 3: mayor o igual 180/ 110 mmhg

HTA sistólica aislada: 140/90 mmhg.

Según el Consenso Argentino de hipertensión arterial, la HTA es una enfermedad de causa multifactorial, que disminuye la eficacia y expectativa de vida. La tensión arterial (TA) se relaciona en forma positiva, directa y continua con el riesgo cardiovascular. Percibiendo el significativo incremento del riesgo asociado con Tensión Arterial Sistólica igual o mayor a 140 mmHg y la tensión arterial diastólica igual o mayor a 90 Mmhg, estos valores se consideran umbral para el diagnóstico (SAC, 2018)

En 2020, la Sociedad Internacional de Hipertensión, (ISH) dio a conocer la nueva Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Hipertensión. Estas Guías al igual que las anteriores, han sido desarrolladas por un panel de especialistas en el tema, y se proponen resumir los mejores enfoques para el manejo de la hipertensión arterial y proporcionar recomendaciones simples y claras para los profesionales de la salud y aquellos afectados por la hipertensión.

Las guías ISH son las primeras desarrolladas específicamente para el manejo de la hipertensión en todas las regiones del mundo, independientemente de la población o los recursos. Esto es particularmente importante porque se estima que 1.04 mil millones de personas con hipertensión (aproximadamente 72 % de la población hipertensa mundial) residen en países de ingresos bajos y medios.

En esta nueva publicación las diferentes sociedades científicas de todo el mundo, demuestran su voluntad de continuar trabajando para unificar criterios diagnósticos y de tratamiento, poniendo el énfasis en recomendaciones óptimas basadas en la evidencia científica documentada y reunida por expertos que es de central importancia a la hora de emitir una recomendación que cumple al menos. con los estándares mínimos para ser efectuada y cuando lo óptimo no es posible.

Cabe destacar que en la elaboración de estas guías participan miembros de casi todos los continentes y de las diferentes sociedades europeas, de América del

Norte y sudamericanas, africanas y asiáticas, por tanto, tienen gran valor a la hora de unificar conceptos. (Unger T, et al, 2020)

Clasificación de la hipertensión arterial (HTA) según la medición de la presión arterial (PA) en el consultorio			
Categoría	Sistólica (mm Hg)		Diastólica (mm Hg)
PA Normal	<130	y	<85
PA Normal - Alta	130–139	y/o	85–89
HTA Grado 1	140–159	y/o	90–99
HTA Grado 2	≥160	y/o	≥100

” tabla N°1: Adaptado y Traducido de: hipertensión,2020 junio,75(6):1334-1357, doi 10111”.

Criterios de hipertensión arterial (HTA) basadas en la consulta, en el Monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) y en la Automedición de la presión arterial domiciliaria (AMPA)	
	Sistólica/diastólica, mm hg
PA en Consulta	≥140 y/o ≥90
MAPA	
Promedio de 24 horas	≥130 y/o ≥80
Promedio Diurno	≥135 y/o ≥85
Promedio Nocturno	≥120 y/o ≥70
AMPA	≥135 y/o ≥85

“tabla N°2: Adaptado y Traducido de: hipertensión 2020, junio,75(6): 1334-1357, doi 10.111”.

Como podemos observar en la Tabla 1, los valores de tensión arterial son considerados ideales por la OMS cuando se encuentran por debajo de 120 mm Hg sistólica y 80 mm Hg diastólica. Cuando los valores se encuentran entre 120-139 mmHg sistólica y 80-89 mmHg diastólica, es considerada tensión arterial normal alta. Por otra parte, cuando el rango de la presión arterial está entre 140-159 mmHg sistólica y 90-99 mmHg diastólica, se clasifica como hipertensión leve. Asimismo, se considera hipertensión moderada cuando los rangos varían entre 160-170 mm Hg sistólica y 100-109 mmHg diastólica. Por último, está la hipertensión severa que es cuando los valores se encuentran de 180 hacia arriba en la tensión sistólica y por encima de 139 en la diastólica.

Según el informe de la OPS/OMS, en el año 2015, la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de padecer un evento cardiovascular de manera prematura, que alcanza a unos 250 millones de personas en las Américas y que, en la mayoría de los países, las tasas de control de la presión arterial son inaceptablemente bajas (OPS Uruguay,2015.).

La principal causa de mortalidad en los países desarrollados es la enfermedad cardiovascular, especialmente la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica. La HTA es el principal y más frecuente factor de riesgo de la enfermedad cerebrovascular, que es una de las principales causas de muerte del adulto y de discapacidad (López, Flores y Cambero, 2006).

Diagnóstico de hipertensión

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. El diagnóstico de esta enfermedad y su tratamiento se basa en una correcta medición de la presión arterial.

La TA corresponde a la tensión en la pared que genera la sangre dentro de las arterias, y está determinada por el producto de dos factores: el débito cardíaco y la resistencia periférica total. El débito cardíaco depende de la contractilidad miocárdica y del volumen circulante intra-torácico. La participación de la frecuencia cardiaca es menor en el débito cardíaco, excepto cuando está en rangos muy extremos. A su vez, la resistencia periférica depende del tono del árbol arterial y de las características estructurales de la pared arterial.

El latido cardíaco sólo inyecta sangre en el árbol arterial durante la fase de la sístole ventricular. Esto determina un flujo pulsátil sobre las paredes de las arterias. Gracias a que la aorta y grandes arterias son distensibles, almacenan en su zona distendida parte de la sangre recibida durante la sístole, la cual es devuelta a la circulación durante la diástole. El hecho anterior determina que también fluya sangre por las arterias durante la diástole, a pesar de que el corazón no expulsa sangre en esa fase.

El valor máximo de la presión durante la sístole se conoce como TA sistólica (TAS), y el valor mínimo durante la diástole se conoce como TA diastólica (TAD). La TAS depende fundamentalmente del débito cardíaco y la distensibilidad de la aorta y grandes arterias, esta última se expresa a través de la onda de pulso retrógrada. En cambio, la TAD depende fundamentalmente de la resistencia periférica. (Tagle R, 2018)

Anamnesis paciente hipertenso

Permite evaluar la historia de la enfermedad actual, sobre todo en términos de la antigüedad de registros elevados de la TA, el contexto personal y ambiental en el cual estos fueron realizados y su correlación con otras situaciones clínicas coexistentes. El antecedente de HTA en familiares directos es muy relevante porque refuerza el posible origen de la HTA inclinando hacia una causa primaria. La edad puede sugerir mecanismos etiológicos referentes a la HTA secundaria, cuando los registros de TA elevada comienzan a edades tempranas (niños, adolescentes, adultos < 40 años). Así como la edad, el tiempo de evolución del trastorno cobra importancia para evaluar la etiología y también para contextualizar el estado y la velocidad de [la enfermedad]. Algunas situaciones de la historia de la enfermedad del paciente pueden relacionarse con los mecanismos involucrados, como el antecedente de enfermedades renales o nefrourológicas previas, el comienzo de la enfermedad actual en contexto de embarazo, los antecedentes de HTA familiar, la asociación con otras comorbilidades, la utilización de fármacos, preparados farmacológicos, complementos nutricionales o deportivos y los trastornos de la alimentación o del sueño (Revista Argentina de Cardiología, 2018).

Complicaciones de la hipertensión arterial sostenida

La hipertensión arterial sostenida, y no controlada o baja adherencia a su tratamiento puede producir daños cardíacos severos y en algunos casos, irreversibles. “El exceso de presión puede endurecer las arterias, con lo que se reducirá el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón” (OMS 2019, párr.16). Esto, puede conllevar a diversas patologías o síntomas como los que se exponen a continuación:

Dolor torácico (angina de pecho).

Infarto de miocardio, que se produce cuando se obstruye el flujo de sangre que llega al corazón y las células del músculo cardíaco mueren debido a la falta de oxígeno.

Insuficiencia cardíaca, que se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno a otros órganos vitales.

Ritmo cardíaco irregular, que puede conllevar la muerte súbita. (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La hipertensión puede también causar la obstrucción o la rotura de las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que provocaría un accidente cerebrovascular. Asimismo, puede causar daños renales que generan una insuficiencia renal (OMS, 2019).

De acuerdo con el último reporte de la (OMS 2017), las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que murieron por estas causas 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31 % de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, un 7,4 millón se debieron a cardiopatías coronaria y 6,7 millones a los AVC. Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios. De los 17 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, un 82 % corresponden a los países de ingresos bajos y medios, y un 37 % se deben a los ECV (OMS, 2017).

Tratamiento de la HTA

La Organización Panamericana de la Salud impulsa políticas y proyectos que tienen que ver con la disminución y prevención de la hipertensión promoviendo una alimentación saludable, actividad física y acceso de la población a los fármacos esenciales para el tratamiento de la HTA. (OPS, 2017)

Los estilos de vida saludables son procesos, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupo de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. También llamados factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales, espiritual y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. (Guerrero,2010).

Algunos de los estilos que nombran Zela y Mamani son:

Salud y control de factores de riesgo como la obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés y algunas patologías como hipertensión y diabetes.

Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros, lo cual ayudará, a la relajación y así también a relacionarse socialmente al mismo tiempo que se aprende cosas nuevas.

Asistir al control médico periódicamente, es importante ya que en un control anual permite dar un mejor seguimiento del estado de salud. (Zela y Mamani, 2015)

Las pautas nutricionales en prevención y control de la hipertensión arterial se basan en la restricción en la ingesta de sodio, el control de peso y la moderación en el consumo de alcohol, conviene destacar que la mejora de la dieta es la ingesta de cereales, verduras, frutas. (Ortega anta R, et al, 2016)

Tratamiento farmacológico

Con respecto a la farmacología o formas farmacéuticas de acción prolongada que permitan el tratamiento en una única dosis diaria para facilitar la adherencia. Se debe procurar alcanzar progresiva y gradualmente los objetivos tensionales dentro de los 3 meses de iniciado el tratamiento. En la elección de este es importante conocer la respuesta a tratamientos previos (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

En el tratamiento de primera línea de la hipertensión arterial se utilizan tres grupos de fármacos: diuréticos tiazídicos, bloqueadores beta adrenérgicos (bloqueadores beta) e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA). Los bloqueadores de los canales de calcio se consideran de primera elección sólo en poblaciones específicas, por ejemplo, en africanos o en pacientes de edad avanzada. En algunas circunstancias se pueden administrar otros tipos de fármacos (WHO, 2004).

Los diuréticos tiazídicos, como la hidroclorotiazida, se han utilizado como tratamiento hipertensivo de primera línea, y están especialmente indicados en los pacientes de edad avanzada. A dosis bajas, producen pocos efectos adversos, pero a dosis altas pueden producir una variedad de efectos metabólicos indeseados (sobre todo depleción de potasio), disminución de la tolerancia a la glucosa, latidos ectópicos ventriculares e impotencia; se deben evitar en la gota. Estos efectos se pueden reducir manteniendo la dosis lo más baja posible; dosis superiores no reducen más la presión arterial. Las tiazidas son económicamente más accesibles y, cuando se administran en combinación, pueden aumentar la eficacia de muchos otros tipos de antihipertensivos (WHO, 2004).

Los bloqueadores beta adrenérgicos (bloqueadores beta) como el atenolol son eficaces en todos los grados de hipertensión, y son especialmente útiles en la angina y después de un infarto de miocardio; deben evitarse en el asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bloqueo cardíaco (WHO, 2004).

Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) como la enalapril son eficaces y bien tolerados por muchos pacientes. Se pueden administrar en la insuficiencia cardíaca, disfunción ventricular izquierda y nefropatía diabética, pero deben evitarse en caso de enfermedad vascular renal y en la gestación. El efecto adverso más frecuente es una tos seca y persistente (WHO, 2004).

Los bloqueadores de los canales de calcio del grupo de las dihidropiridinas como la nifedipina son útiles en la hipertensión sistólica aislada, en poblaciones que no responden a otros antihipertensivos (p. ej. africanos) y en los pacientes de edad avanzada cuando no se pueden administrar tiazidas. Se deben evitar los

preparados de nifedipina de corta duración, pues pueden provocar taquicardia refleja y causar grandes variaciones en la presión arterial (WHO, 2004).

Los fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central son también antihipertensivos eficaces. En concreto, la metildopa es eficaz en el tratamiento de la hipertensión durante la gestación. La utilización de un único fármaco antihipertensivo con frecuencia no es adecuada y se suelen añadir otros antihipertensivos de manera escalonada hasta regular la presión arterial (WHO, 2004).

En un estudio en España de adherencia terapéutica del paciente hipertenso, mencionan que el control es de suma importancia ya que de ellos depende la disminución de las complicaciones y que muy pocos pacientes tienen control sobre ella. (Schmidt Rio-Valle, J., Cruz Quintana,2006).

Estilo de vida y Hábitos saludables

Es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida pocos saludables causan numerosas enfermedades.

Por ello es importante que el hipertenso modifique estilos de vida saludables, y asuma estilos de vida adecuados a su condición de salud.

Prácticamente todas las guías, protocolos y artículos sobre el tratamiento de la HTA incluyen, al menos las siguientes recomendaciones sobre MEV (modificaciones estilo de vida): disminuir peso en los obesos, moderar la ingesta de alcohol, realizar ejercicios físicos.

Diferentes escuelas y consensos coinciden en los beneficios de los cambios de estilo de vida en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA). Pero, en la práctica médica cotidiana muchas veces no se le da debida importancia. La estrategia en la prevención y el manejo de la hipertensión arterial implica educación sobre su detección temprana y hábitos saludables de vida, que solamente pueden ser resueltos con campañas altas de educación a la comunidad. Con respecto al tratamiento, existen medidas farmacológicas y no farmacológicas. Muchas veces, estas últimas son reemplazadas por el tratamiento farmacológico, a pesar de haberse demostrado ampliamente los beneficios en el cambio de estilos de vida. (página 41)

Hábitos recomendables para hipertensos

evitar poner el salero en la mesa donde estás comiendo

mantenerse o alcanzar un peso adecuado mediante el consumo de una dieta variada

minimizar la ingesta de grasas saturadas y colesterol para prevenir riesgos cardiovasculares

moderar el consumo de café

tomar cantidades diarias de calcio

a la hora de comer fuera de la casa, elegir un menú que lleve ensalada, aves o pescado a la plancha en lugar de fritos o guiso

(creado:27 de octubre 2020)

Por otra parte, el tabaco y el consumo de bebidas con cafeína pueden aumentar la tensión arterial. Además, la ingesta de alcohol puede contribuir a desarrollar y mantener una tensión arterial elevada

Cambios nutricionales

Control de peso

Se ha demostrado cómo la reducción de 5 a 6 kilogramos de peso puede tener modificaciones metabólicas sustanciales y producir impacto en los aparatos cardiovascular y osteomuscular. Idealmente, el paciente debe llegar a un peso normal y a un índice de masa corporal inferior a 25. En los hipertensos con sobrepeso u obesidad, la reducción de solo 3 kg produce una caída de 7 a 4 mmHg de la presión arterial, mientras que la reducción de 12 kg produce caídas de 21 y 13 mmHg en la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) (tabla 1).

Tabla 1. Cambios en el estilo de vida y efecto sobre la presión arterial.

Cambio	Recomendación	Reducción estimada de la PAS
Reducción del peso	Mantener el peso ideal (IMC 20-25 kg/m ²)	Entre 5 y 20 mmHg por una reducción de 10 kg de peso
Restricción del consumo de sal	Reducir la ingesta a cifras por debajo de 100 mmol/día (6 g de sal; una cucharada de café)	2-8 mmHg
Moderación en el consumo de	Limitar el consumo por debajo	2-4 mmHg

alcohol	de 210 g semanales (30 g/día) en hombres y 140 g semanales (20 g/día) en mujeres	
Adopción de la dieta DASH	Dieta rica en frutas, verduras y productos lácteos desnatados con reducción de la grasa total y especialmente saturada	8-14 mmHg
Ejercicio físico	Práctica habitual (al menos 5 días a la semana) de ejercicio aeróbico (por ejemplo, caminar deprisa durante al menos 30-45 minutos)	4-9 mmHg

Dieta DASH

Bajo el nombre de “Dietary Approaches To Stop Hypertension”, algo así como “Enfoques Dietéticos para detener la Hipertensión”, la dieta DASH, se presenta a fines de los 90, como un patrón dietético adecuado para lograr a través de la alimentación el objetivo de estos pacientes: regular sus niveles de presión arterial.

Este modelo dietético nace de un ensayo científico dirigido por los profesores LARRY APPEL, de la Universidad Johns.Hopkins(Baltimore, Estados Unidos), y Frank Socks, de la Universidad de Harvard (Cambridge, Estados Unidos), bajo el paraguas del US Institute of Health.

La dieta Dash su principal promotor es el Instituto Nacional del Corazón, Los Pulmones y La Sangre de EE.UU. (National Heart Lung and Blood.Institute, NHLB), quien la recomienda para controlar la hipertensión.

La dieta Dash se creó en 1997 en EE.UU. y su secreto radica en reducir drásticamente los niveles de sal. Es la dieta que mejor consiguió regular los niveles de tensión arterial resultó ser la que redujo la ingesta de sal a 2300 mg al día.

La dieta Dash estándar permite 2300 mg de sodio diarios, que es lo que recomienda la OMS. También existe una versión más baja en sodio, que solo permite 1500 mg al día. Éstos últimos niveles son los que se están planteando actualmente recomendar la OMS, ya que la sal, junto con el azúcar, se han convertido en los enemigos número uno de la salud de la población, y se traducen en obesidad y diabetes. (actualizado:10 de septiembre de 2020).

Actividad Física

La actividad física es un predictor independiente de mortalidad cardiovascular. El ejercicio físico aeróbico tiene un moderado efecto antihipertensivo (unos 3 a 4 mmHg), aunque combinado con la restricción calórica se logra mayores efectos, tanto en la reducción de la PA como en el mantenimiento de un peso bajo. Sobre esta base, debe recomendarse la práctica de ejercicio físico aeróbico a todos los pacientes hipertensos. La cantidad y el tipo de ejercicio deben ser individualizados para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, el entrenamiento previo y las preferencias de la práctica deportiva. Todas las prácticas deportivas aeróbicas son recomendables y, en cualquier caso, el mínimo exigido se estima en caminar rápido durante 30 a 45 minutos, al menos 5 días a la semana. No es recomendable el ejercicio físico isométrico intenso (levantamiento de pesas), dado su efecto presor y, en los pacientes con HTA grave, antes de recomendar la práctica de ejercicio intenso, debe procederse a un descenso de la presión con tratamiento antihipertensivo.

Una revisión de varios estudios epidemiológicos señala una relación inversa entre niveles de actividad física y cifras de PA. Estos datos muestran la importancia del ejercicio físico en la reducción de cifras de PA para cualquier nivel de IMC. Estos estudios concluyen

diciendo que el ejercicio físico es útil para la prevención y tratamiento de la HTA, y resaltan los efectos beneficiosos del ejercicio sobre la función cardiorespiratoria y la salud en general.

Ejercicio en la hipertensión

Las prácticas regulares de ejercicios físicos tienen multitud de beneficios, entre los que se encuentran:

Ayuda a fortalecer el corazón.

Mantenimiento de un cuerpo saludable.

Controlar la tensión arterial.

El deporte que se practique siempre tiene que ser adecuado a la edad de cada persona.

Para que una dieta sea completa debe ir acompañada de ejercicio saludable.

Los expertos recomiendan “realizar 30 minutos diarios de actividad física a un nivel de intensidad moderada”, detalla Ariel López. da igual la actividad: andar, nadar, correr, montar en bicicleta, bailar... el caso es mantener activo el corazón, hacerle que bombee y evitar el sedentarismo, prevenir el aumento de peso y mejorar la salud cardiovascular

Adherencia al tratamiento de la hipertensión

La adherencia terapéutica es el proceso por el cual los pacientes cumplen las indicaciones prescritas por el médico tratante u otro agente sanitario, tanto en relación con el tratamiento farmacológico como con los cambios al estilo de vida. Se considera adherente al paciente que presenta un grado de cumplimiento entre 80 y 100%. La falta de adherencia al tratamiento se relaciona con peor control de la presión arterial, mayor morbimortalidad CV y mayor número y complejidad de hospitalizaciones.

Entre los factores asociados con la falta de adherencia deben considerarse los vinculados a la enfermedad y su tratamiento (aceptación de la enfermedad, presencia de síntomas, comorbilidades o complicaciones o ambas, duración prolongada y el número y frecuencia de los medicamentos), los factores intrapersonales (educación, género, edad, abuso de alcohol y drogas sociales, depresión) y los factores interpersonales (relación médico-paciente, contexto socioeconómico).

La adherencia al tratamiento puede ser evaluada de forma directa e indirecta, aunque no existe un método de referencia completamente aceptado. El método directo (observación directa, medición de fármacos o sus metabolitos en sangre u orina) es muy preciso, pero poco aplicable por alto costo y complejidad. Los métodos indirectos (auto cuestionarios, recuento de medicación sobrante) son más simples y aplicables, pero menos objetivos (sobreevalúan la adherencia), por lo cual se recomienda implementar más de uno. Se recomienda iniciar la evaluación con un auto cuestionario. Un resultado de falta de adherencia tiene alta sensibilidad, pero ante un resultado negativo o dudas, se debería asociar otro método.

La OMS definió en el 2004 la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida. Este enfoque resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas, por tanto, la evaluación de la adherencia debe incluir no solo la toma de los medicamentos en los horarios y dosis prescritas por el médico tratante, sino también la asistencia a las citas de control en los servicios de salud, la realización de exámenes médicos y el logro de estilos de vida saludables, que incluyen la práctica de actividad física regular, alimentación saludable, la disminución o abstinencia del consumo de alcohol y cigarrillos entre otras (Reyes et al 2016).

Uno de los factores para el control de la HTA es la adherencia terapéutica, definida como una disciplina que tiene la persona para tomar el medicamento,

seguir un régimen alimentario y efectuar cambios en el estilo de vida acordados con un prestador de asistencia sanitaria. (Urueta S R 2005).

El estudio hace mención a un sector particular de México en donde la prevalencia en adherencia al tratamiento es estimada entre un 50 y un 90% y que la falta de adherencia produce complicaciones que podrían evitarse. (Maldonado-Reyes F., et al. 2016)

En un estudio sobre adherencia de pacientes con hipertensión arterial publicado por Pomares-Avalos en 2017, sobre adherencia en pacientes con hipertensión, señala que el predominio a esta adherencia es parcial, y por lo tanto existen dificultades en la terapéutica antihipertensiva ya que solo el 18,5% adhiere totalmente al tratamiento indicado. (Pomares-Avalos, A. et al. 2017)

Un factor determinante para la adherencia es la falta de acceso al tratamiento médico, que fluctúa desde el 90% en las regiones más pobres hasta menos del 20% en los países de mayor ingreso. (*Rev. Chil Cardiol* [online]. 2014, vol.33, n.3)

Según un estudio realizado en la ciudad de México, con el transcurso de los años se reduce la capacidad física para realizar determinadas actividades y aumentan los problemas de salud. En México, por ejemplo, a la población de 65 años o más le corresponde 19,3% del total de los egresos hospitalarios del Sistema Nacional de Salud, cifra que resulta significativa si se considera que la proporción de adultos mayores era de casi 7% en 2000. (Melano-Carranza et al 2001).

En los países desarrollados, las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%. Esta cifra es considerablemente menor en los países en vías de desarrollo, según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que califica la falta de adherencia como un "problema mundial de gran magnitud". Es necesario entender la importancia del problema y poner en marcha estrategias adecuadas para solucionarlo.

Recientemente, la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) ha definido el cumplimiento terapéutico (sinónimo: adherencia) como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescrito.

Según la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial la adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y lo que para ello es necesario el enfoque multidisciplinar. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (Toma de Posición sobre Adherencia al Tratamiento Hipertensivo 2020).

Los factores determinantes de esta brecha entre el acceso al tratamiento de los hipertensos y el logro de resultados satisfactorios son:

- 1) Falta de adherencia al tratamiento prescrito.
- 2) Persistencia de estilos de vida y hábitos desfavorables (dieta rica en sodio y en calorías, pobre en frutas y verduras, sedentarismo, obesidad)
- 3) Tratamientos ineficientes ("inercia terapéutica" o falta de ajustes necesarios de dosificación y/o uso de fármacos)

Entre los factores relacionados con la baja adherencia se pueden distinguir:

- 1) Socio-económicos: bajo nivel educacional e ingreso del paciente, costo de los medicamentos.
- 2) Sistemas de Salud y proveedores: acceso limitado, horarios inapropiados, esperas prolongadas, relación médico paciente insatisfactoria.
- 3) Dependientes de los pacientes, de sus enfermedades y/o tratamientos: factores emocionales y cognitivos, polifarmacia (múltiples medicamentos y dosificación), falta de síntomas (frecuente en hipertensos y diabéticos), efectos secundarios de los medicamentos, enfermedades crónicas, alcoholismo (Romero, 2014).

Métodos que pueden favorecer una mejor adherencia

En primer lugar, hay que identificar el problema a través de indicadores importantes: falta de respuesta al tratamiento prescrito, frecuentes fallas en acudir a control, no retiro de las prescripciones en la farmacia. Compartir con el paciente la preocupación e interés por ayudarlo. Explicar en cada control la importancia del tratamiento y adaptar este en lo posible a la realidad y posibilidades del paciente. No caer en la inercia terapéutica y reforzar en cada visita y oportunidad de contacto la importancia de un estilo de vida y hábitos saludables.

En los últimos 10-15 años se ha utilizado la telefonía celular para enviar mensajes recordatorios a los pacientes insistiendo en el uso de sus medicamentos. La gran mayoría de los estudios publicados han informado resultados favorables en mejorar la adherencia a corto plazo (alrededor de 6 meses). Sin embargo, hasta la fecha no existe suficiente información de resultados favorables en hipertensos por períodos más largos (Romero, 2014).

Tomar a diario la medicación suele ser un desafío para las personas con enfermedades crónicas. La adherencia al tratamiento farmacológico de la HTA al año de su inicio, típicamente reportada, es menor al 50%. Según el estudio RENATA 2 de corte transversal realizado en Argentina (2015/16) el 38,8% de las

personas con HTA desconocían su diagnóstico y el 5,7% lo conocían, pero no recibían tratamiento. El 55,5% estaban tratados y solo el 24,2% controlados, observándose mayor control en las mujeres. El 73,4% de los tratados recibía monoterapia y solo el 43,6% estaba controlado. Los pacientes adherentes al tratamiento tuvieron mejor control de la PA que los no adherentes (46,9% vs 40,1%; $p=0,01$). La cohorte CESCAS realizada en Argentina en dos ciudades, mostró que sólo el 54,7% de los adultos con HTA entre 35 y 74 años conocía su condición. El 75% declaró recibir tratamiento para este factor de riesgo, pero solo el 34,9% de ellos se encontraba con sus cifras de presión arterial adecuadamente controladas. Finalmente, solo 1 de cada 5 personas con HTA alcanzaban la meta de control.

La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar (CSIC, 2009.).

En los últimos años se han desarrollado diversos instrumentos para la medición de la adherencia terapéutica. Uno de ellos es el cuestionario Martín-Bayarre-Grau para medir adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. (Pomares-Avalos AJ et al 2017), (Maldonado-Reyes et al, 2016)

El estudio realizado en por Pomares- Avalos en el año 2017, con el objetivo de determinar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial demostró que el 18,5% presentó una adherencia total al tratamiento, mientras que un 66,7% presentó una adherencia parcial y un 14,8% no presentó adherencia. (Pomares-Avalos AJ et al 2017)

Otro estudio realizado para medir adherencia terapéutica en pacientes hipertensos señala que un 39.9% de los pacientes estaba totalmente adherido, mientras que el 59 % estaba parcialmente adherido y 2% sin adherencia; 62.4% de los pacientes tenían menos de 10 años con hipertensión. (Maldonado-Reyes et al, 2016)

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la adherencia al tratamiento de la hipertensión en adultos, a partir de los 18 años en el partido de San Martín.

Objetivos específicos

Analizar las características sociodemográficas del grupo de estudio (edad, sexo, nivel de instrucción)

Analizar el cumplimiento del tratamiento farmacológico para la hipertensión

Identificar el cumplimiento en la realización de los controles de hipertensión

Establecer el estilo de vida y hábitos saludables de los pacientes con tratamiento hipertensivo

Establecer si cumple las indicaciones relacionada con la dieta

Establecer si realiza actividad física

Identificar si asiste a las consultas de seguimiento programadas

Determinar los años de diagnóstico y adherencia al tratamiento mediante escala ordinal

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo, prospectivo, transversal y observacional.

Población

Población blanco

El estudio será realizado en adultos mayores de 18 años que estén diagnosticados con hipertensión arterial en el partido de San Martín.

Criterios de inclusión

Personas mayores de 18 años de ambos sexos que estén diagnosticadas con hipertensión arterial que residan en el partido de San Martín con una evolución de la enfermedad de 1 a 5 años o más y que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Personas mayores de 18 años que no se encuentren en el momento de recolección de los datos o no quieran ser parte de la muestra.

Criterios temporo-espaciales

Personas que residan en el municipio de San Martín, en el periodo comprendido entre los meses de marzo y diciembre de 2020.

Población accesible

Adultos mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial que residan en el partido de San Martín, en el periodo comprendido entre diciembre de 2019 a marzo del 2020.

Criterio de eliminación

No se incluirán aquellas personas que no contesten el 80% de la encuesta.

Muestreo y Muestra

Muestreo no probabilístico.

Bola de nieve. Personas con diagnóstico de hipertensión que padecen la misma enfermedad.

VARIABLES

Variable en estudio:

La variable en estudio es la adherencia a la hipertensión arterial.

Es una variable compleja que será medida mediante el cuestionario Martin – Bayarre – Grau.

Este instrumento consta de 3 partes:

1° parte: Aspectos sociodemográficos de los participantes.

2° parte: Años de diagnóstico.

3° parte: Estilo de vida.

De la valoración surgen los siguientes valores posibles:

Adheridos totales: Si los pacientes llegan al puntaje de 38 a 48 puntos.

Adheridos parciales: Si los pacientes llegan obtienen de 18 a 37 puntos.

No adheridos: Si los pacientes responden de 0 a 17 puntos.

Operacionalización de la variable

Para medir la adherencia al tratamiento para la hipertensión se utilizará el instrumento de recolección cuestionario Martin–Bayarre- Grau, que consta de tres partes: la primera que corresponde a los datos generales del paciente que incluye: estado civil, edad, sexo, ocupación, nivel de escolaridad y años de diagnóstico de la enfermedad.

1° Parte. Aspectos sociodemográficos

edad:

estado civil:

sexo: M F

ocupación:

Nivel de escolaridad:

2° años de diagnóstico.

Para determinar los años de diagnóstico se utilizará una escala ordinal de acuerdo a los siguientes valores:

De 1 a 4 años

De 5 a 8 años

Más de 9 años

3° estilo de vida

otra parte de la encuesta mide un grupo de variables relacionadas con el tratamiento dietético y la actividad física de acuerdo a los siguientes parámetros.

Bueno si responde 3 preguntas correctas (sí, sí, sí),

Regular si responde 2 preguntas correctas (si, no, sí), (no, sí, sí), (si, si, a veces).

Malo si responde una pregunta: (si, no, no), (no, si, a veces)

Muy Malo si no responde correctamente a las preguntas: (no, a veces, no), (no, no, no),

Así mismo, para el tratamiento farmacológico se registrará la cantidad de medicamentos que toma el paciente.

Cuarto, se procederá a medir la adherencia terapéutica.

para evaluar se usará la tercera parte de la encuesta que tiene 12 afirmaciones que mide la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau,

Se le dará al paciente la opción de respuesta en una escala de Likert, dando puntuaciones a cada respuesta siendo

desde siempre (4).

casi siempre (3).

a veces (2)

casi nunca (1)

y nunca (0).

clasificándolos en los siguientes grados:

Adheridos totales, si los pacientes llegan al puntaje de 38 a 48 puntos

Adheridos parciales, si los pacientes llegan de 18 a 37 puntos

No adheridos si los pacientes responden de 0 a 17 puntos.

RECOLECCIÓN DE DATOS

En primer lugar, se solicitará colaboración a las personas hipertensas para contestar la encuesta. Se explicarán los objetivos de la investigación, garantizando la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes. Se empleará el cuestionario auto administrado validado de cumplimiento y el de autoconocimiento en el que se abordan diferentes áreas del autocuidado presentes en personas con HTA como, por ejemplo, alimentación, ejercicios, cumplimiento del tratamiento. Los investigadores participarán en el lugar a fin de contestar posibles dudas. El tiempo estimado para contestar es de 15 minutos.

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos recolectados serán cargados en una planilla Excel. Para caracterizar a la población según el promedio de edad, y el porcentaje de la ocupación, nivel de escolaridad

Para cumplir con el objetivo de la investigación se presentará el porcentaje de personas según nivel de adherencia al tratamiento, así como también el porcentaje de personas que cumplen el tratamiento farmacológico, estilo de vida y alimentación

BIBLIOGRAFÍA

- CSIC. (s.f.). *La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida*. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>
- Delucchi, A., Majul, C., Vicario, A., Cerezo, G., Fábregues, G. (2017). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2. *Rev Argent Cardiol*, 85, 354-360. DOI: <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v85.i4.11061>.
- López, A., Flores, M., & Cambero, M. (2006). *Hipertensión Arterial*. Mérida: Junta de Extremadura.
- Ministerio de Salud. (2019). *Guía Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA)*. Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001700cnt-guia-hta.pdf>
- Ministerio de Salud de Argentina. (s.f.). *Hipertensión Arterial*. Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/hipertension-arterial>
- OPS. (s.f.). *La OPS/OMS pide dar más atención al control de la hipertensión*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10957:2015-paho-urges-more-attention-to-blood-pressure-control&Itemid=1926&lang=es
- OPS Uruguay. (s.f.). *OPS/OMS pide dar más atención al control de la hipertensión*. Obtenido de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=950:opsoms-pide-dar-mas-atencion-al-control-de-la-hipertension&Itemid=451
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Hipertensión*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Revista Argentina de Cardiología. (2018). *Consenso Argentino de Hipertensión Arterial*. Obtenido de <http://sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/08/consenso-argentino-de-hipertension-arterial-2018-1.pdf>

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016001000013.

Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jiménez, A., Castillo, A., Hernández, A., y otros. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Med Hondur*, 84(3-4), DOI: <http://bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>.

Romero, T. (2014). Adherencia al tratamiento antihipertensivo: ¿por qué aún no despega, y en qué medida influye en el control de la Presión Arterial? *Revista chilena de cardiología*, 33(3), DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602014000300007>.

Sociedad Argentina de Cardiología. (2018). *Consenso de Hipertensión Arterial*. Obtenido de <http://www.saha.org.ar/pdf/formacion/CONSENSO-SAHA-2.pdf>

UDLAP Contexto. (2019). *Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica*. Obtenido de <https://contexto.udlap.mx/nivel-de-adherencia-al-tratamiento-farmacologico-en-adultos-mayores-con-hipertension-arterial-sistemica/>

Vallejo, A., Valenti, L., & Schoj, V. (2019). Cuarta encuesta nacional de factores de riesgo. Visión nefrológica de los principales resultados. *Rev Nefrol Dial Traspl.*, 39(4), 271-278. DOI: <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/497/988>.

Zubeldía, L., Izquierdo, J., Mañes, J., Rendón, J. (2016). Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunitat valenciana. *Rev Esp Salud Pública.*,90(1), 1-11. DOI:<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e40006.pdf>.

Gijón-Conde T, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial.

Melano-Carranza E, Lasses Ojeda LA, Ávila-Funes JA. Factores asociados con la hipertensión no tratada en los adultos mayores: resultados del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(5):295–302

Dr tagle Rodrigo, Diagnóstico de hipertensión arterial, *Revista médica clínica Las Condes*, enero - febrero, 2018.

DOI: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300099>

Orueta S R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2005; 2(29); 40-45

Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (Toma de Posición sobre Adherencia al Tratamiento Hipertensivo). ELEA.cardiovascular. Document downloaded from <https://www.revespcardiol.org/day26/10/2020>.

Tratamiento no Farmacológico de la Hipertensión Arterial José Manuel Sosa-Rosado (Médico Cardiólogo, Clínica Internacional), (An Fac Med. 2010;7184);241-243.

Revista de Salud y Bienestar-2020 Consultas Healthare, S.A. (actualizado:3 de febrero de 2020). Elsevier, España Revista (Atención Primaria), volumen 22-número 9.

ANEXO

A continuación, usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

CUESTIONARIO

Martín-Bayarre-Grau

AFIRMACIONES	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
	4	3	2	1	0
1) Toma sus medicamentos en el horario indicado					
2) Se toma todas las dosis indicadas					
3) Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4) Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5) Realiza los ejercicios físicos					

indicado por su médico					
6) Acomoda sus horarios para tomar sus medicamentos					
7) Usted y su médico, deciden el tratamiento a seguir					
8) Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9) Lleva su tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10) Utiliza recordatorios que facilitan su tratamiento					
11) Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12) Usted acepta el tratamiento que le ha prescrito su médico					

GRADO DE ADHERENCIA	PUNTAJE
Adherente total	
Adherente parcial	
No adherente	