

Validación Clínica del Diagnóstico de Enfermería Riesgo de Presión Arterial Desequilibrada (00362) en Hipertensos Ambulatorios

Clinical Validation of the Nursing Diagnosis Risk for Imbalanced Blood Pressure (00362) in Outpatient Hypertensive Patients

Validación Clínica del Diagnóstico de Enfermería Riesgo de Presión Arterial Desequilibrada (00362) en Hipertensos Ambulatorios

RESUMO

Objetivo: Verificar se o fator de risco seguimento inadequado do regime terapêutico é preditivo do diagnóstico de enfermagem risco de pressão arterial desequilibrada. **Método:** Análise secundária de dados, realizado com hipertensos em acompanhamento ambulatorial. O fator de risco foi avaliado pela Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8), aplicada no dia da consulta ambulatorial em 2019. Considerou-se como valor de controle da pressão arterial <140/90 mmHg. Houve aprovação ética. **Resultados:** Foram incluídos 253 hipertensos com tempo médio de diagnóstico de 20,78 (11,91) anos, sendo a maioria mulheres (61,7%), com idade média de 65 (13,3) anos. O número médio de medicamentos anti-hipertensivos utilizados foi de 3,7 (1,9). A adesão ao tratamento medicamentoso foi alta (82,2%), mas apenas (69,2%) teve a pressão arterial controlada. **Conclusão:** O fator de risco não foi preditivo do diagnóstico de enfermagem, provavelmente devido o MMAS-8 avaliar a adesão por meio de autorrelato.

DESCRIPTORIOS: Hipertensão Arterial; Adesão ao Tratamento Medicamentoso; Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To verify whether the risk factor inadequate follow-up of the therapeutic regimen is predictive of the nursing diagnosis risk for imbalanced blood pressure. **Method:** Secondary data analysis conducted with hypertensive patients under outpatient follow-up. The risk factor was assessed using the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), applied on the day of the outpatient visit in 2019. Blood pressure control was defined as <140/90 mmHg. Ethical approval was obtained. **Results:** A total of 253 hypertensive patients were included, with a mean time since diagnosis of 20.78 (11.91) years. Most participants were women (61.7%), with a mean age of 65 (13.3) years. The mean number of antihypertensive medications used was 3.7 (1.9). Medication adherence was high (82.2%); however, only 69.2% had controlled blood pressure. **Conclusion:** The risk factor was not predictive of the nursing diagnosis, probably because the MMAS-8 assesses adherence through self-report.

DESCRIPTORS: Hypertension; Medication Adherence; Nursing Diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Verificar si el factor de riesgo seguimiento inadecuado del régimen terapéutico es predictivo del diagnóstico de enfermería riesgo de presión arterial desequilibrada. **Método:** Análisis secundario de datos realizado con pacientes hipertensos en seguimiento ambulatorio. El factor de riesgo fue evaluado mediante la Escala de Adherencia Terapéutica de Morisky de ocho ítems (MMAS-8), aplicada el día de la consulta ambulatoria en 2019. El control de la presión arterial se definió como <140/90 mmHg. Se obtuvo aprobación ética. **Resultados:** Se incluyeron 253 pacientes hipertensos, con un tiempo medio desde el diagnóstico de 20,78 (11,91) años. La mayoría de los participantes eran mujeres (61,7%), con una edad media de 65 (13,3) años. El número medio de medicamentos antihipertensivos utilizados fue de 3,7 (1,9). La adherencia al tratamiento farmacológico fue alta (82,2%); sin embargo, solo el 69,2% presentó presión arterial controlada. **Conclusión:** El factor de riesgo no fue predictivo del diagnóstico de enfermería, probablemente porque la MMAS-8 evalúa la adherencia mediante autorreporte.

DESCRIPTORIOS: Hipertensión; Adherencia al Tratamiento Farmacológico; Diagnóstico de Enfermería.

Regina Célia dos Santos Diogo

Enfermeira, Pós doutoranda do departamento de enfermagem médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7469-6555>

Geovana Ayumi Nakamura

Graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ORCID: <https://orcid.org/0009-000-5111-2668>

Mayra Cristina Luz Pádua Guimarães

Enfermeira, Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6874-0206>

Ângela Maria Geraldo Pierin

Enfermeira, Professora Titular do departamento de enfermagem médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3274-7729>

Recibido en: 10/11/2025

Aprobado en: 26/11/2025

INTRODUCCIÓN

La identificación de los diagnósticos de enfermería y sus factores de riesgo en la atención a personas con hiper-

tensión arterial es fundamental para garantizar una mayor fiabilidad y mejora de la asistencia, lo que contribuye a obtener mejores resultados en materia de salud. Esta relevancia se justifica por la alta prevalencia de la hipertensión en la mayoría de los países. Datos procedentes de 200 países estimaron que la prevalencia global estandarizada por edad de la hipertensión en adultos de 30 a 79 años fue del 32 % entre las mujeres y del 34 % entre los hombres ⁽¹⁾.

El aumento de la prevalencia global está relacionado principalmente con el envejecimiento de la población y los estilos de vida poco saludables. En Brasil, la hipertensión afecta al 32,5 % de los adultos y a más del 60 % de los ancianos ⁽²⁾, lo que contribuye directa o indirectamente a alrededor del 50 % de las muertes por enfermedades cardiovasculares ⁽³⁾. La hipertensión es una afección sistémica y multifactorial, caracterizada por valores de presión arterial sistólica mayores o iguales a 140 mmHg y/o diastólica mayores o iguales a 90 mmHg ⁽⁴⁾.

El tratamiento farmacológico y la adopción de hábitos de vida saludables son esenciales para controlar la presión arterial y prevenir complicaciones y daños en los órganos diana. Sin embargo, la falta de control de la hipertensión es frecuente, incluso en países desarrollados ^(5, 6). La principal causa de este control insatisfactorio es la baja adherencia al tratamiento farmacológico ⁽⁷⁻⁹⁾, lo que representa un gran desafío para los profesionales de la salud, especialmente para los enfermeros.

El enfermero utiliza el proceso de enfermería como instrumento esencial para orientar sus intervenciones, siendo imprescindible la correcta identificación de los diagnósticos de enfermería y sus factores relacionados y de riesgo. Los lenguajes de enfermería estandarizados proporcionan una terminología común para describir las contribuciones de la enfermería a la asistencia sanitaria, comunicando los elementos centrales de la práctica profesional: diagnósticos, resultados e intervenciones ^(10, 11).

En la clasificación de diagnósticos de NANDA Internacional (NANDA-I), un diagnóstico de enfermería consiste en un juicio clínico sobre una respuesta humana a condiciones de salud, procesos de vida o vulnerabilidades a tales respuestas. Cada diagnóstico tiene un título, una definición, características definitorias, factores relacionados y/o factores de riesgo ⁽¹²⁾. Es fundamental que el enfermero conozca estos elementos, así como los conceptos relacionados con las respuestas humanas, para sustentar su razonamiento clínico y seleccionar intervenciones eficaces.

El diagnóstico de enfermería Riesgo de presión arterial desequilibrada (00362), aprobado por la NANDA-I en 2023, pertenece al Dominio 4 - Actividad/Reposo, Clase 4 - Respuestas Cardiovasculares/Pulmonares, y presenta un nivel de evidencia 3.2. Se define como «susceptibilidad al aumento o disminución recurrente de la fuerza ejercida por el flujo sanguíneo sobre la pared arterial, por encima o por debajo de los niveles individuales deseados», teniendo como uno de los factores de riesgo el seguimiento inadecuado del régimen terapéutico y como población de riesgo a las personas con antecedentes de hipertensión ⁽¹²⁾.

La validación de los factores de riesgo de los diagnósticos de enfermería en la práctica clínica constituye una etapa esencial para el avance del conocimiento en esta área. Los estudios de validación contribuyen a mejorar los diagnósticos ya existentes, elevando su nivel de evidencia, o contribuyendo al desarrollo de nuevos diagnósticos ⁽¹³⁾. La evaluación del factor de riesgo «seguimiento inadecuado del régimen terapéutico» puede realizarse mediante métodos directos o indirectos de adherencia al tratamiento, siendo el autoinforme uno de los más utilizados, por su simplicidad y bajo coste. Entre las escalas de autoinforme, destaca la Escala de Adherencia Terapéutica de Ocho Ítems de Morisky (MMAS-8), ampliamente utilizada en Brasil por su facilidad de aplicación y buena fiabilidad ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

La validación de los factores de riesgo

relacionados con los diagnósticos de enfermería refuerza la credibilidad científica de la práctica profesional y ha sido objeto de estudios, incluso en el contexto de la atención a personas hipertensas ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Ante lo expuesto, cabe preguntarse si el factor de riesgo «seguimiento inadecuado del régimen terapéutico», evaluado mediante la adherencia al tratamiento, sería predictivo del diagnóstico de enfermería «Riesgo de presión arterial desequilibrada (00362)».

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es verificar si el factor de riesgo «seguimiento inadecuado del régimen terapéutico», evaluado mediante la adherencia al tratamiento, es predictivo del diagnóstico de enfermería «riesgo de presión arterial desequilibrada» (00362) y caracterizar los datos sociodemográficos y clínicos de las personas con hipertensión arterial.

MÉTODO

Se trata de un estudio metodológico, realizado a partir de un análisis secundario de datos de una investigación observacional, descriptiva y exploratoria. El estudio se llevó a cabo en un ambulatorio de alta complejidad especializado en hipertensión arterial, perteneciente a un hospital universitario situado en la ciudad de São Paulo, Brasil.

La muestra estuvo compuesta por 253 personas con hipertensión arterial. Los criterios de inclusión fueron: edad igual o superior a 18 años, seguimiento ambulatorio durante al menos seis meses y consentimiento voluntario para participar en la tesis de maestría titulada «Control de la hipertensión arterial en un ambulatorio especializado de alta complejidad», de autoría de Mayra Cristina da Luz Pádua Guimarães. Se excluyó a las mujeres embarazadas y a las personas con cualquier impedimento que imposibilitara la entrevista.

Se recopilaron datos sociodemográficos, hábitos de vida, comorbilidades e información sobre el tratamiento farmacológico antihipertensivo. El factor de riesgo «seguimiento inadecuado del régimen terapéutico» se evaluó mediante la Escala

de Adhesión Terapéutica de Ocho Ítems de Morisky (MMAS-8), validada para el portugués de Brasil por Oliveira-Filho et al. (2014)⁽¹⁶⁾. Esta escala evalúa las actitudes relacionadas con el uso de medicamentos antihipertensivos, asignando una puntuación de 0 a 1 a cada ítem. La adherencia se clasifica como alta (8 puntos), moderada (6 a 7 puntos) y baja (menos de 6 puntos). El resultado de la adherencia según la clasificación MMAS-8 se relacionó con los valores de presión sistólica y diastólica de los participantes.

La presión arterial (PA) se midió tres veces con un aparato semiautomático validado, considerando el promedio de las dos

últimas mediciones. Se consideraron controlados los valores inferiores a 140 mmHg para la presión sistólica y 90 mmHg para la diastólica. Los datos se recopilaron en 2019, durante las consultas previamente programadas en el ambulatorio.

El análisis de los datos se realizó con el apoyo de un asesor estadístico, utilizando el software R (versión 3.5.2). Se realizaron análisis descriptivos de los datos y análisis de la especificidad y sensibilidad de la Escala de Morisky.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (dictámenes n.º 2.831.454 y n.º 3.003.912) y los participantes firmaron el Término de Consen-

timiento Libre y Esclarecido (TCLE), cumpliendo con los requisitos de la Resolución n.º 466/2012 del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

La población del estudio fue de 800 hipertensos. De ellos, se excluyó a 547 pacientes por no cumplir los criterios de inclusión. La muestra estuvo compuesta por 253 pacientes hipertensos. La tabla 1 muestra la caracterización sociodemográfica y clínica de los hipertensos incluidos en la investigación.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica, antropométrica, hábitos de vida, comorbilidades y tratamiento farmacológico de los participantes.

Variables	n	%
Sexo		
Femenino	156	61,7
Masculino	97	38,3
Etnia		
Amarilla	1	0,4
Negra	60	23,7
Moreno	32	12,7
No blanca	93	36,8
Blanca	160	63,2
Edad, media (DP)	65,0 (13,3)	
Estado civil		
Casado	133	52,8
Soltero	41	16,7
Divorciado	28	11,1
Viudo	51	19,9
Nivel educativo		
Analfabeto	2	0,8
Educación primaria incompleta	18	7,1
Educación primaria completa	75	29,6
Secundaria incompleta	7	2,8
Secundaria completa	112	44,3
Incompleto superior	9	3,6
Título universitario completo/ Posgrado	30	11,9
Ingresos mensuales medios (DP)	2.302,00 (1.781,00)	
Índice de masa corporal en kg/m ² , media (DP)	29,5 (5,3)	

Estado nutricional		
Bajo peso	2	0,8
Eutrófico	45	17,8
Sobrepeso	97	38,3
Obesidad	109	43,1
Tabaquismo		
Sí	19	7,5
Exfumador	92	36,4
Actividad física		
Activo	55	21,7
Activo de forma irregular	101	39,9
Sedentario	97	38,3
Consumo bebidas alcohólicas	102	40,3
Comorbilidades		
Dislipidemia	181	71,5
Diabetes mellitus	103	40,7
Insuficiencia renal crónica	48	19,0
Insuficiencia cardíaca	34	13,4
Número de antihipertensivos recetados, media (DP)	3,7 (1,9)	

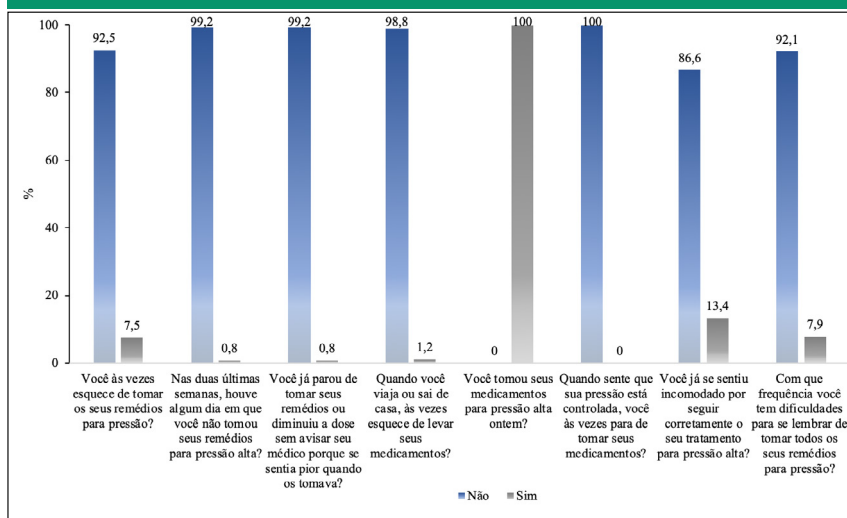
DP = desviación estándar

La mayoría (61,7 %) de los participantes eran mujeres, se declaraban blancos (63,2 %), casados (52,8 %), con sobrepeso/obesidad (81,4 %), edad media en la sexta década de 65 años (13,3) e ingresos salariales en el rango de dos salarios mínimos 2.302,00 (1.781,00). Menos de la mitad (44,3 %) había completado la enseñanza secundaria con 10,2 (3,9) años de estudios. La prescripción médica era de más de tres antihipertensivos al día 3,7 (1,9).

Poco más de la mitad de los hipertensos declararon no ser fumadores (56,1 %), y fue significativo el número de aquellos que referían consumo de alcohol (40,3 %) y no realizaban actividad física regularmente (78,2 %). A pesar de que el índice de masa corporal medio se encontraba en el límite, la mayoría tenía sobrepeso u obesidad (81,4 %). Las comorbilidades más prevalentes fueron la dislipidemia (71,5 %) y la diabetes (40,7 %).

La figura 1 presenta las respuestas de los participantes a los ocho ítems del MMAS-8.

Figura 1. Resultado de las respuestas de los participantes a los ocho ítems del MMAS-8 (n=253).



En la figura 1 se observa que más del 90 % de los participantes hipertensos afirmaron: no olvidarse de tomarlos (92,5 %); no dejar de tomarlos en las últimas dos semanas (99,2 %); no dejar de tomarlos ni reducir la dosis cuando se sentían peor (99,2 %); no se olvidó de llevarla cuando salió de casa o cuando viajó (98,8 %);

no tiene dificultades para tomar todos los medicamentos (92,1 %); y el 86,6 % informó haber tomado el medicamento antihipertensivo el día anterior a la entrevista. Por lo tanto, la mayoría de los participantes respondieron que siguen correctamente el tratamiento e incluso cuando sienten que la presión está controlada, no

dejan de tomar sus medicamentos.

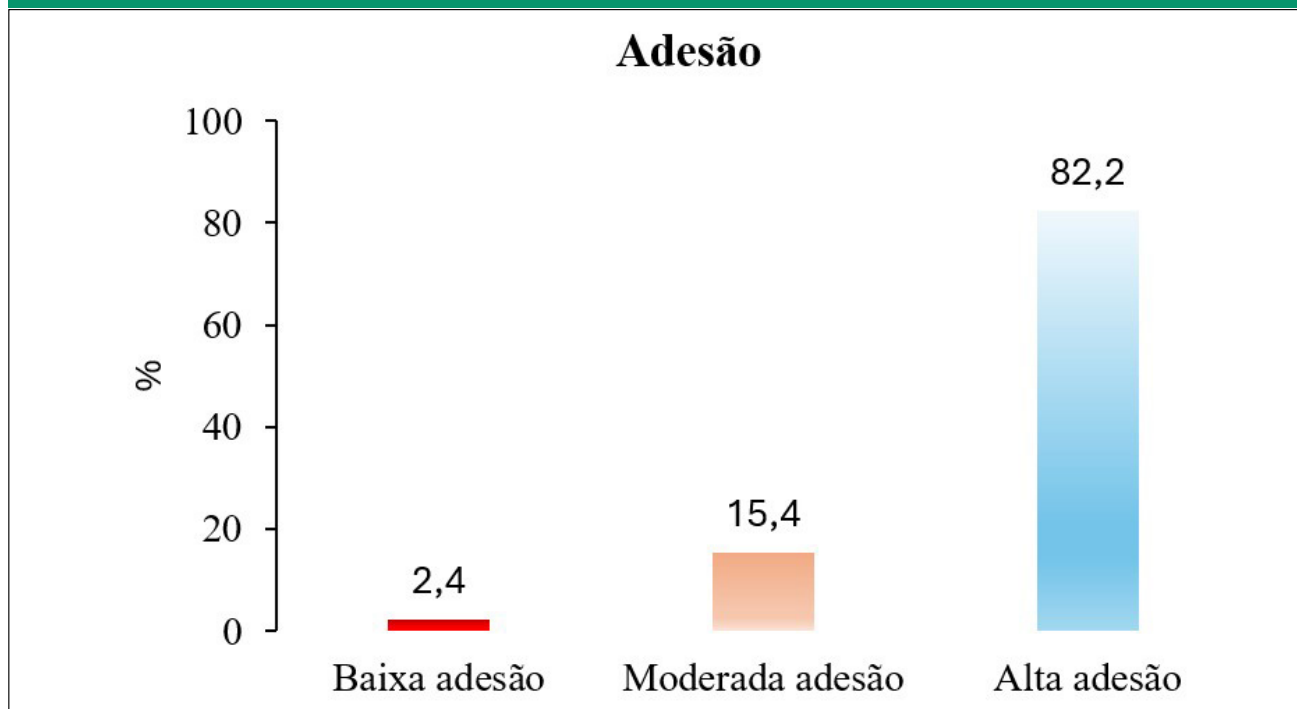
La figura 2 presenta la clasificación de la adherencia al tratamiento según la Es-

cala de Adherencia Terapéutica de Ocho Ítems de Morisky (MMAS-8).

Figura 2. Clasificación de la adheren-

cia al tratamiento farmacológico de los participantes según la MMAS-8 (n=253).

Figura 2. Clasificación de la adherencia al tratamiento farmacológico de los participantes según la MMAS-8 (n=253).



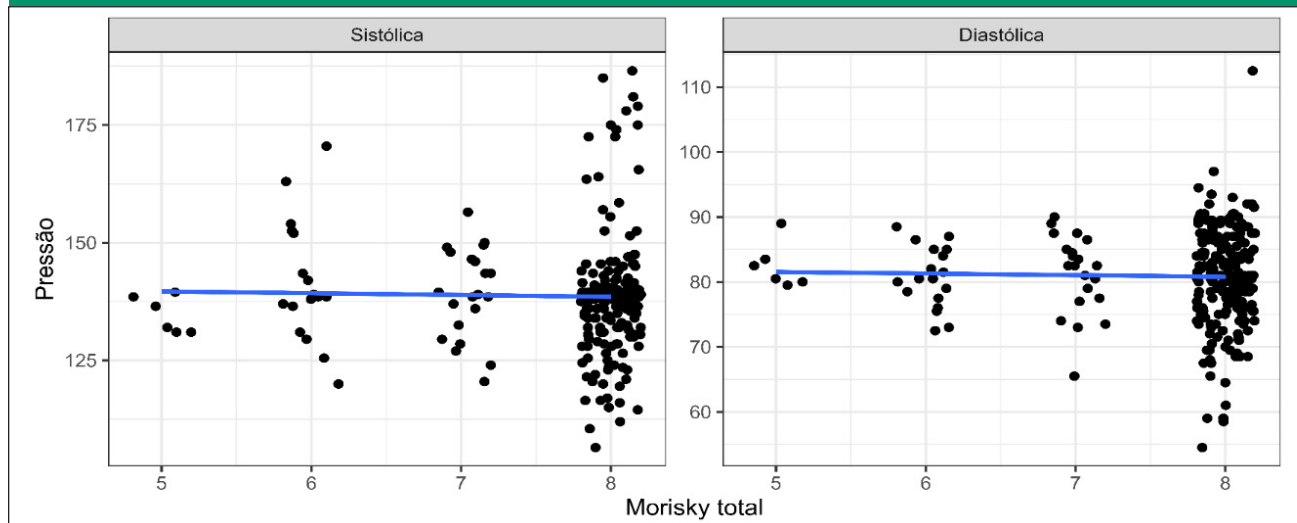
Según la figura 2, la gran mayoría (82,2%) de los hipertensos que participaron en la investigación fueron clasificados con una

alta adherencia al tratamiento farmacológico según la MMAS-8.

La figura 3 muestra la relación entre las

presiones sistólica y diastólica de los participantes y la clasificación de la adherencia al tratamiento según la MMAS-8.

Figura 3: Relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo según la MMAS-8 y los valores de presión arterial sistólica y diastólica de los participantes.



La figura 3 muestra que la mayoría de los participantes, con presiones controladas o no, fueron clasificados como con alta adherencia según la MMAS-8. Solo el 69,2 % de los hipertensos tenían

la presión arterial controlada. La tabla 2 presenta los valores de concordancia de la Escala Morisky (MMAS 8).

mentarios. A pesar de estas limitaciones, las escalas de adherencia de Morisky (versiones de cuatro y ocho ítems) siguen siendo ampliamente utilizadas y validadas en el manejo de la hipertensión (21, 22).

La tasa de adherencia observada en este estudio (82,2 %) fue superior a la descrita en la literatura, cuyos índices más elevados rondan el 50 % (9, 23-25). La adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo y multifactorial, influenciado por aspectos relacionados con la enfermedad, el tratamiento, las características individuales y el propio sistema de salud, que determina el acceso al tratamiento (2). Por lo tanto, se recomienda evaluar la adherencia a la terapia farmacológica mediante más de un método, a fin de minimizar posibles sesgos.

De manera similar a nuestros resultados, Padilha et al. (26) identificaron que el 56 % de las personas con enfermedad arterial coronaria fueron clasificadas como no adherentes, estando la no adherencia asociada a la complejidad del tratamiento, el consumo de alcohol y la atención en los servicios públicos de salud. En otro estudio, da Silva et al. (19) encontraron el diagnóstico de enfermería «Autogestión ineficaz de la salud» en el 37,5 % de las personas con hipertensión, siendo el indicador clínico «incapacidad para incluir el régimen terapéutico en la vida diaria» el que presentó mayor sensibilidad. Coelho et al. (27) también demostraron la asociación entre el número de medicamentos recetados y la falta de adherencia al tratamiento.

En el análisis de los datos sociodemográficos, los hábitos de vida y las comorbilidades de los participantes en el presente estudio, se identificaron variables que pueden contribuir a la falta de adherencia, como el elevado número de medicamentos recetados 3,7 (1,9), el consumo de alcohol y la escasa práctica de actividad física. Un estudio con personas hipertensas identificó una alta prevalencia (60 %) del diagnóstico de enfermería «Estilo de vida sedentario», siendo las características definitorias más frecuentes

Tabla 2. Análisis de la especificidad y sensibilidad de la escala de Morisky en relación con el control de la presión arterial de las personas hipertensas.

Hipertensos	Morisky <7,5	Morisky >7,5	Precisión de clase (%)	Valores predictivos (%)
Controlados (n)	29	146	16,57	64,44
No controlados (n)	16	62	79,49	29,81

Precisión: 36,0; Kappa de Cohen: -0,027

El punto de corte estimado (7,5) fue el más cercano posible a una sensibilidad del 100 % y una especificidad del 100 %. De este modo, en la identificación de hipertensos no controlados, la sensibilidad fue del 79,5 %, pero la especificidad fue baja, solo del 16,5 %. La precisión del instrumento para evaluar la proporción de casos clasificados correctamente fue de solo el 36,0 % y el valor Kappa de Cohen, medida de concordancia, fue de -0,027, como se muestra en la tabla 2.

Por lo tanto, no hubo concordancia entre el control de la presión arterial y la adherencia al tratamiento evaluada mediante la escala de autoinforme de Morisky de ocho ítems sobre la adherencia terapéutica (MMAS-8).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue utilizar la Escala de Adhesión Terapéutica de Ocho Ítems de Morisky (MMAS-8) para verificar la presencia del factor de riesgo «seguimiento inadecuado del régimen terapéutico» para el diagnóstico de enfermería de la clasificación de diagnósticos de Nanda Internacional, NANDA-I riesgo de presión arterial desequilibrada (00362), en personas con hipertensión atendidas en un ambulatorio de alta complejidad.

Los resultados revelaron una tasa elevada (82,2 %) de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Sin embargo, solo se logró controlar los valores de presión arterial en el 69,2 % de los participantes. La precisión del instrumento utilizado para evaluar la adherencia mostró que solo el 36 % de los casos se clasificaron correctamente, y el coeficiente Kappa de Cohen (-0,027) indicó una baja concordancia entre la adherencia y el control de la presión arterial.

Estos resultados sugieren que la escala MMAS-8 no fue capaz de predecir adecuadamente los casos de presión arterial descontrolada. La baja precisión (16,5 %) y la ausencia de una asociación significativa entre la adherencia y el control de la presión arterial indican que el factor de riesgo «seguimiento inadecuado del régimen terapéutico» puede no estar directamente asociado al diagnóstico de enfermería «Riesgo de presión arterial desequilibrada» cuando se mide únicamente mediante la adherencia autorreferida.

El MMAS-8 es un método indirecto, basado en el autorreporte, que puede no reflejar de manera fiable el comportamiento real de las personas en cuanto al uso de los medicamentos. La adherencia autorreferida tiende a sobreestimarse debido a sesgos de desabilidad social o fallos de memoria (20). Una revisión integradora realizada por de Sousa et al. (15) concluyó que no existe un método considerado estándar de referencia para medir la adherencia en personas hipertensas, lo que refuerza la necesidad de desarrollar nuevos instrumentos y métodos comple-

la ausencia de acondicionamiento físico y de ejercicio regular, asociadas a la edad y a la diabetes ⁽¹⁷⁾.

Las personas hipertensas estudiadas fueron atendidas en un ambulatorio especializado de alta complejidad, lo que caracteriza a una población con mayor gravedad clínica, múltiples comorbilidades (diabetes, dislipidemia, sobrepeso/obesidad) y presencia de lesiones en órganos diana, como insuficiencia renal crónica e insuficiencia cardíaca. La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo se señala como la principal causa del control inadecuado de la hipertensión ⁽⁸⁾, lo que favorece la aparición de complicaciones, hospitalizaciones y muertes, además de generar importantes repercusiones sociales y económicas ^(28, 29). La importancia de este control se reafirma en las directrices clínicas ⁽³⁰⁾.

Este estudio presenta algunas limitaciones. No se evaluaron todos los factores de riesgo para el diagnóstico de «riesgo de presión arterial desequilibrada». Además, el diseño transversal no permite es-

tablecer una relación de causa y efecto, y no se tuvieron en cuenta los valores presóricos previos de los participantes.

Por lo tanto, los resultados apuntan a la necesidad de estudios que combinen métodos indirectos (autoinforme) y directos, como la dosificación del principio activo o de los metabolitos del medicamento en los fluidos corporales, con el objetivo de validar la presencia del factor de riesgo «seguimiento inadecuado del régimen terapéutico».

A pesar de las limitaciones, este estudio contribuye al avance del conocimiento en enfermería al reforzar la importancia de la validación de diagnósticos y factores de riesgo en contextos clínicos reales. Además, pone de manifiesto la relevancia del uso del lenguaje estandarizado de enfermería (SNL), que refuerza la comunicación entre los profesionales, apoya la práctica basada en la evidencia y hace que el trabajo de enfermería sea más visible y comparable a nivel internacional.

CONCLUSIÓN

El factor de riesgo «seguimiento inadecuado del régimen terapéutico», evaluado mediante la adherencia al tratamiento en el grupo de personas con hipertensión arterial estudiado, no resultó predictivo del diagnóstico de enfermería «Riesgo de presión arterial desequilibrada (00362)». Este resultado puede estar relacionado con el uso de la Escala de Adherencia Terapéutica de Ocho Ítems de Morisky (MMAS-8), que se basa en el autoinforme, un método indirecto que puede sobreestimar la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Se recomienda realizar nuevos estudios que utilicen métodos directos e indirectos combinados para evaluar la presencia del factor de riesgo «seguimiento inadecuado del régimen terapéutico» en personas con hipertensión arterial, con el fin de reforzar las pruebas clínicas y contribuir a la validación y mejora de los diagnósticos de enfermería relacionados con el control de la presión arterial.

Referencias

1. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Bixby H, Moinat A, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957–80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01339-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01339-5)
2. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Brazilian Guidelines of Hypertension – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(3):516–658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201287>
3. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. *PloS One*. 2012;7(10):e48255. [10.1371/journal.pone.0048255](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048255)
4. Brandão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Armstrong AC, Mulinari RA, Feitosa ADM, et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - 2025. *Arq Bras Cardiol*. 2025;122(9):e20250624. [10.36660/abc.20250624](https://doi.org/10.36660/abc.20250624)
5. Zhou B, Danaei G, Stevens GA, Bix H, Riley LM, Ezzati M. Long-term and recent trends in hypertension awareness, treatment, and control in 12 high-income countries: an analysis of 123 nationally representative surveys. *Lancet*. 2019;394(10199):639–51. [10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4)
6. Muntner P, Hardy ST, Fine LJ, Jaeger BC, Wozniak G, Levitan EB, Colantonio LD. Trends in Blood Pressure Control Among US Adults With Hypertension, 1999–2000 to 2017–2018. *JAMA*. 2020;324(12):1190–200. [10.1001/jama.2020.14502](https://doi.org/10.1001/jama.2020.14502)
7. Redon J, Mourad JJ, Schmieder RE, Volpe M, Weiss TW. Why in 2016 are people with hypertension not 100% controlled? A call to action. *J Hypertens*. 2016;34(8):1480–8. [10.1097/HJH.0000000000000985](https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000985)
8. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2018;36(10):1953–2041. [10.1097/HJH.0000000000001940](https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001940)
9. Burnier M, Azizi M, Magne J, Prejbisz A, Cunha

- V, Gupta P, Weber T. Patient perceptions, motivations and barrier to treatment adherence in hypertension: Results of a questionnaire-based survey in five European countries. *Blood Press.* 2025;1–15. 10.1080/08037051.2025.2458765
10. Clancy TR, Delaney CW, Morrison B, Gunn JK. The benefits of standardized nursing languages in complex adaptive systems such as hospitals. *J Nurs Adm.* 2006;36(9):426–34. 10.1097/00005110-200609000-00004
11. Argenta C, Conceição VM, Poltronieri P, Cubas MR. Sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem. In: *Processo de enfermagem: história e teoria.* Chapecó: Editora UFFS; 2020. p. 26–46.
12. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação.* 13a ed. Porto Alegre: Artmed; 2024.
13. Oliveira CJ, Araújo TL, Costa FBC, Costa AGS. Validação clínica do diagnóstico "falta de adesão" em pessoas com hipertensão arterial. *Esc Anna Nery.* 2013;17(4):611–9. 10.1590/S1414-81452013000400018
14. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2008;10(5):348–54. 10.1111/j.1751-7176.2008.08544.x
15. De Sousa DMP, Silva DL, Fontenele RP, Araujo PM, Carvalho ALM. Indirect methods to measure adherence to drug treatment in arterial hypertension: an integrative literature review. *Boletim Informativo Geum.* 2014;4(1):50–64.
16. De Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJ, Costa FA, de Lyra DP Jr. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Social Adm Pharm.* 2014;10(3):554–61. 10.1016/j.sapharm.2013.08.007
17. Guedes NG, Lopes MV, Moreira RP, Cavalcante TF, de Araújo TL. Prevalence of sedentary lifestyle in people with high blood pressure. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2010;21(2):50–6. 10.1111/j.1744-618X.2010.01150.x
18. Pérez Rivas FJ, Martín-Iglesias S, Pacheco Del Cerro JL, Minguet Arenas C, García López M, Beamud Lagos M. Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. *Int J Nurs Knowl.* 2016;27(1):43–8. 10.1111/2047-3095.12078
19. Da Silva RC, De Lima NX, Lopes MV, Da Silva VM, Cavalcante AMRZ. Ineffective health management in people with hypertension: Accuracy study. *Int J Nurs Knowl.* 2023;34(1):55–64. 10.1111/ijn.12061
20. Koglsdorf M, Costa Júnior ÁL. Self-report in health psychology research: methodological challenges. *Psicol Argum.* 2009;27(57):131–9.
21. Dosse C, Cesarino CB, Martin JF, Castedo MC. Factors associated to people' noncompliance with hypertension treatment. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009;17(2):201–6. 10.1590/S0104-11692009000200004
22. Raymundo AC, Pierin AM. Adherence to anti-hypertensive treatment with in a chronic disease management program: a longitudinal, retrospective study. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(5):811–9. 10.1590/S0080-623420140000500017
23. Nielsen JO, Shrestha AD, Neupane D, Kallestrup P. Non-adherence to anti-hypertensive medication in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of 92443 subjects. *J Hum Hypertens.* 2017;31(1):14–21. 10.1038/jhh.2016.34
24. Schneider APH, Gaedke MÃ, Garcez A, Barcellos NT, Paniz VMV. Effect of characteristics of pharmacotherapy on non-adherence in chronic cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Clin Pract.* 2018;72(1):10.1111/ijcp.13044
25. Guimarães MC, Coelho JC, da Silva GV, Drager LF, Gengo E Silva Butcher RD, Butcher HK, Pierin AM. Blood Pressure Control and Adherence to Drug Treatment in People with Hypertension Treated at a Specialized Outpatient Clinic: A Cross-Sectional Study. *Patient Prefer Adherence.* 2021;15:2749–61. 10.2147/PPA.S339599
26. Padilha JC, Santos VB, Lopes CT, Lopes JL. Prevalence of pharmacological adherence in people with coronary artery disease and associated factors. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2021;29:e3464. 10.1590/1518-8345.4263.3464
27. Coelho JC, Guimarães MCdL P, Campos CL, Santos VB, De Sousa AG, Pierin AM. Blood pressure control of hypertensive people followed in a high complexity clinic and associated variables. *J Bras Nefrol.* 2021;43(2):207–16. 10.1590/2175-8239-JBN-2020-0080
28. Izeogu C, Kalinowski J, Schoenthaler A. Strategies to Improve Adherence to Anti-Hypertensive Medications: a Narrative Review. *Curr Hypertens Rep.* 2020;22(12):105. 10.1007/s11906-020-00812-7
29. Delavar F, Pashaepoor S, Negarandeh R. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2020;103(2):336–42. 10.1016/j.pec.2019.09.006
30. Whelton PK, Carey RM. The 2017 Clinical Practice Guideline for High Blood Pressure. *JAMA.* 2017;318(21):2073–4. 10.1001/jama.2017.18209