

Asociación entre tiempo sin farmacoterapia y desarrollo de complicaciones en pacientes con ECNT referidos al Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra

Association between time without pharmacotherapy and the development of complications in patients with NCDs referred to Hospital San Vicente de Paul, Ibarra

Mirian Paulina Aguas Herrera¹

E-mail: mirianpaulinaah@gmail.com

ORCID: 0009-0009-0344-9157

¹Investigadora independiente, Ecuador.

Forma de citación en APA, séptima edición.

Aguas, M. P. (2026). Asociación entre tiempo sin farmacoterapia y desarrollo de complicaciones en pacientes con ECNT referidos al Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra. *Revista Nova Praxis*, 2 (1), 24-33.

Fecha de presentación: 30/11/2025

Fecha de aceptación: 22/12/2025

Fecha de publicación: 22/01/2026

RESUMEN

Introducción: Las demoras en el acceso al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) pueden favorecer la aparición de complicaciones y agravar la carga asistencial. **Objetivo:** determinar la relación entre el tiempo sin tratamiento farmacológico y el desarrollo de complicaciones en pacientes con ECNT referidos al Hospital San Vicente de Paúl (Ibarra), entre enero y junio de 2024. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, correlacional y transversal. Se analizaron 126 pacientes con diagnóstico de ECNT sin tratamiento farmacológico atendidos en consulta externa, provenientes del primer nivel de atención. **Resultados:** Se aplicó estadística descriptiva y, dada la no normalidad, correlación de Spearman ($\alpha=0,05$). La edad media fue 48,09 años (DE 20,58) y el 54,8% correspondió a mujeres. El tiempo promedio sin tratamiento fue 39,9 días. El 83,3% desarrolló complicaciones durante ese periodo; las más frecuentes fueron cardiovasculares (15,1%), digestivas (14,3%), endocrino-metabólicas (10,3%) y neurológicas (10,3%). Se evidenció una asociación positiva, estadísticamente significativa pero de magnitud baja entre el tiempo sin tratamiento y la presencia de complicaciones ($\rho=0,177$; $p=0,048$). **Conclusiones:** un mayor tiempo sin tratamiento farmacológico se asocia con mayor presencia de complicaciones en pacientes con ECNT referidos, lo que respalda la necesidad de estrategias para reducir demoras en el acceso a tratamiento y fortalecer el seguimiento oportuno, especialmente en población derivada desde el primer nivel de atención.

Palabras clave: complicaciones, enfermedades crónicas no transmisibles, farmacoterapia, referencia y contrarreferencia, tiempo sin tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: Delays in access to pharmacological treatment in patients with non-communicable chronic diseases (NCDs) may promote the development of complications and increase the burden of care. **Objective:** To determine the relationship between time without pharmacological treatment and the development of complications in patients with NCDs referred to Hospital San Vicente de Paúl (Ibarra) between January and June 2024. **Methodology:** A quantitative, non-experimental, correlational, cross-sectional study was conducted. A total of 126 patients diagnosed with NCDs who were not receiving pharmacological treatment and were seen in outpatient care, referred from the primary level of care, were analyzed. **Results:** Descriptive statistics were applied and, given non-normality, Spearman's correlation was used ($\alpha = 0.05$). The mean age was 48.09 years (SD 20.58) and 54.8% were women. The average time without treatment was 39.9 days. During this period, 83.3% developed complications; the most frequent were cardiovascular (15.1%), digestive (14.3%), endocrine-metabolic (10.3%), and neurological (10.3%). A positive, statistically significant but low-magnitude association was found between time without treatment and the presence of complications ($\rho = 0.177$; $p = 0.048$). **Conclusions:** Longer time without pharmacological treatment is associated with a higher presence of complications in referred patients with NCDs, supporting the need for

strategies to reduce delays in access to treatment and strengthen timely follow-up, especially among patients referred from the primary level of care.

Keywords: complications, non-communicable chronic diseases, pharmacotherapy, referral and counter-referral, time without treatment.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan un reto prioritario para los sistemas de salud por su alta prevalencia, curso prolongado y demanda sostenida de recursos. Para Bejerano (2018) su control depende, en gran medida, de la continuidad de la atención, el acceso oportuno a terapias farmacológicas y el seguimiento clínico regular, especialmente en condiciones como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias y otras patologías metabólicas. Cuando estos componentes fallan, aumenta la probabilidad de descompensaciones clínicas, eventos agudos y progresión de daño orgánico.

Según Cabrera (2024) en la práctica, las demoras en el inicio o la reanudación del tratamiento farmacológico pueden estar vinculadas a barreras administrativas, limitaciones en disponibilidad de medicamentos, dificultades de acceso geográfico o económico, y brechas en los procesos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención. En pacientes derivados desde el primer nivel, estas interrupciones pueden prolongarse y traducirse en un periodo significativo sin terapia, con impactos directos en el control de la enfermedad y el riesgo de complicaciones cardiovasculares, metabólicas, neurológicas y otras.

A pesar de que se reconoce la importancia del tratamiento continuo, en contextos locales persiste evidencia limitada sobre la magnitud de la relación entre el tiempo sin farmacoterapia y la ocurrencia de complicaciones en población referida, lo que dificulta priorizar intervenciones y optimizar rutas de atención. Por tanto, generar información específica del contexto hospitalario y su red de derivación permite orientar mejoras operativas, fortalecer la coordinación asistencial y reducir riesgos prevenibles.

En este marco, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el tiempo sin tratamiento farmacológico y el desarrollo de complicaciones en pacientes con ECNT referidos al Hospital San Vicente de Paúl (Ibarra) durante el periodo enero–junio de 2024, aportando evidencia para la toma de decisiones enfocadas en acceso oportuno a medicamentos y seguimiento clínico efectivo.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, correlacional y de corte transversal en el Hospital San Vicente de Paúl (Ibarra), durante enero–junio de 2024. Se incluyeron 126 pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles referidos desde el primer nivel de atención y sin tratamiento farmacológico al momento de la consulta externa. Se registraron variables sociodemográficas, el tiempo sin tratamiento y la presencia/tipo de complicaciones. Se aplicó estadística descriptiva y, ante la no normalidad de los datos, se utilizó la correlación de Spearman con un nivel de significancia de $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

Se analizaron 126 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que acudieron a consulta externa sin tratamiento farmacológico. La edad media fue $48,09 \pm 20,58$ años y el 54,8% correspondió a mujeres. En cuanto a procedencia, predominó el área urbana (72,2%). El nivel educativo más frecuente fue primaria (38,9%) y la autoidentificación étnica predominante fue mestiza (62,7%), seguida de afroecuatoriana (21,4%) e indígena (15,9%).

Respecto al tipo de ECNT en pacientes sin tratamiento, destacaron las enfermedades del sistema osteomioarticular (SOMA) (19,0%) y, con proporciones similares, las endocrino-metabólicas (15,1%), cardiovasculares (15,1%) y digestivas (15,1%); también se reportaron neurológicas (10,3%), entre otras.

Tabla 1 Tipo de complicaciones durante el periodo sin tratamiento (n=126)

ECNT	n (%)
Endocrino-metabólicas	19 (15,1)
Otra	14 (11,1)
Hematológicas	4 (3,2)
Cardiovascular	19 (15,1)
Respiratorias	1 (0,8)
Digestiva	19 (15,1)
Neoplásica	9 (7,1)
Soma	24 (19,0)
Neurológica	13 (10,3)
Genitourinaria	4 (3,2)

Nota: Los valores se presentan como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%) calculado sobre el total de pacientes (n=126).

En relación con el tiempo sin tratamiento, el promedio global fue 39,9 días. El intervalo más frecuente fue 16–30 días (63,5%), tanto en población rural como urbana; sin embargo, la concentración de casos fue mayor en procedencia urbana. En el grupo urbano se observó una variabilidad más amplia del tiempo sin tratamiento.

Durante el periodo sin farmacoterapia, 83,3% de los pacientes presentó complicaciones. Las complicaciones más frecuentes fueron las cardiovasculares (15,1%) y digestivas (14,3%), seguidas de endocrino-metabólicas (10,3%) y neurológicas (10,3%); el 16,7% no registró complicaciones. Finalmente, se evidenció una asociación positiva y estadísticamente significativa, aunque de magnitud baja, entre el tiempo sin tratamiento y la presencia de complicaciones ($\rho=0,177$; $p=0,048$).

Tabla 2 Distribución de pacientes con ECNT que desarrollaron complicaciones durante el tiempo sin tratamiento farmacológico (n=126)

Tipo de complicaciones	n (%)
Endocrino-metabólicas	13 (10,3)
Otra	15 (11,9)
Sin complicaciones	21 (16,7)
Hematológicas	5 (4,0)
Cardiovascular	19 (15,1)
Respiratorias	1 (0,8)
Digestiva	18 (14,3)
Neoplásica	9 (7,1)
Soma	8 (6,3)
Neurológica	13 (10,3)
Genitourinaria	4 (3,2)

Nota. Los datos se presentan como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%) respecto del total de la muestra (n=126); la categoría “Sin complicaciones” corresponde a pacientes que no presentaron eventos durante el periodo sin tratamiento farmacológico.

Antes de contrastar la hipótesis, se evaluó la distribución de las variables TIEMPO (días sin tratamiento farmacológico) y ECNT/complicaciones. La prueba de Shapiro–Wilk evidenció significancia $< 0,05$ en ambas variables, lo que indica ausencia de normalidad; por ello, se optó por un análisis no paramétrico mediante correlación de Spearman.

Tabla 3 Prueba de normalidad (Shapiro–Wilk) (n=126)

Variable	Estadístico (W)	gl	p
TIEMPO	0,694	126	0,000
ECNT/complicaciones	0,927	126	0,000

Nota. Valores de $p < 0,05$ indican que la distribución se aparta de la normalidad.

Tabla 4 Correlación de Spearman entre TIEMPO y complicaciones (n=126)

Variables	Rho de Spearman (ρ)	p (bilateral)
TIEMPO vs. ECNT/complicaciones	0,177	0,048

Nota: La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En el análisis de correlación, se observó una asociación positiva estadísticamente significativa, aunque de magnitud baja, entre el tiempo sin tratamiento farmacológico y el desarrollo de complicaciones ($\rho=0,177$; $p=0,048$), lo que sugiere que a mayor demora, aumenta la ocurrencia de eventos durante el periodo sin farmacoterapia.

Los hallazgos muestran que la interrupción farmacológica no fue un evento aislado, sino una condición frecuente en la población atendida, con predominio de periodos de espera ubicados principalmente en rangos intermedios. La distribución clínica evidencia que los casos sin tratamiento abarcaron distintos grupos de ECNT y que, durante ese lapso, la mayoría de los pacientes presentó algún tipo de complicación, con concentración en eventos de carácter cardiovascular y digestivo. Además, el análisis estadístico respalda que, aunque la relación es de magnitud baja, existe una asociación significativa entre el mayor tiempo sin tratamiento y la presencia de complicaciones, lo que refuerza la importancia de acortar las demoras terapéuticas y fortalecer los mecanismos de continuidad asistencial en pacientes referidos, especialmente en la articulación entre el primer nivel y la atención hospitalaria.

PLACE estandarizado

Como componente aplicado de los resultados, se elaboraron Planes de Cuidados Estandarizados (PLACE) orientados a las principales patologías identificadas, con enfoque de atención integral y uso de taxonomías NANDA (2018), NIC (2009) y NOC (2018), permitiendo estandarizar intervenciones para grupos con necesidades de cuidado similares.

Tabla 5 Resumen del PLACE estandarizado por patología (NANDA–NOC–NIC)

Patología priorizada	Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
Endócrino–metabólicas	Riesgo de nivel de glucemia inestable; Desequilibrio nutricional: ingesta inferior; Obesidad; Disfunción sexual	Conocimiento: control de la diabetes; Conducta de pérdida de peso; Funcionamiento sexual	Asesoramiento nutricional; Enseñanza: ejercicio prescrito; Terapia de relajación; Vigilancia; Control de la medicación; Manejo del peso
Cardiovasculares	Dolor agudo torácico; Estilo de vida sedentario	Control del dolor; Conducta de fomento de la salud	Cuidados cardiacos; Manejo/administración de medicación; Apoyo emocional; Fomento del ejercicio; Relajación

			muscular; Identificación de riesgos; Ayuda para dejar de fumar
SOMA (osteomioarticular)	Dolor crónico; Riesgo de caídas	Dolor: efectos nocivos; Conducta de prevención de caídas	Manejo del dolor crónico; Mejorar afrontamiento; Mejorar sueño; Fomentar mecánica corporal; Prevención de caídas; Ayuda con el autocuidado

Nota: El PLACE se presenta como una propuesta estandarizada para orientar el cuidado por grupos diagnósticos, facilitando la planificación y continuidad de intervenciones basadas en NANDA–NOC–NIC

La elaboración del PLACE estandarizado permitió traducir los principales hallazgos clínicos del estudio en una propuesta operativa de cuidados, orientada a fortalecer la continuidad asistencial en pacientes con ECNT que presentan interrupciones terapéuticas. Al organizar diagnósticos, resultados esperados e intervenciones mediante el enfoque NANDA–NOC–NIC, el PLACE facilita la priorización de necesidades frecuentes y promueve una atención más homogénea entre profesionales y turnos. De este modo, el cierre de los resultados incorpora una herramienta estandarizada que puede contribuir a disminuir riesgos prevenibles, orientar la educación del paciente y mejorar el seguimiento clínico, especialmente en escenarios de referencia desde el primer nivel.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio sugieren que el tiempo sin farmacoterapia en pacientes con ECNT referidos a consulta externa puede entenderse como un marcador operativo de riesgo clínico: a medida que se prolonga el periodo sin medicación, aumenta la probabilidad de registrar complicaciones, aun cuando la magnitud de la asociación sea baja. Este hallazgo es coherente con la evidencia que describe la adherencia y la continuidad terapéutica como procesos complejos, influenciados por determinantes clínicos, conductuales y del sistema sanitario. En esa línea, Mendoza (2021) indica que la adherencia terapéutica en diabetes, hipertensión y obesidad se ha descrito como un desafío persistente, condicionado por barreras individuales, pero también por fallas estructurales relacionadas con acceso, seguimiento y oportunidad en la atención

Desde una perspectiva regional, los resultados se alinean con la evidencia que muestra que el cumplimiento farmacológico en ECNT es heterogéneo y, en muchos contextos, insuficiente. La revisión sistemática con metaanálisis de Cáceres et al. (2023) en la población colombiana identificó niveles de cumplimiento subóptimos en ECNT, con variabilidad según patología y características poblacionales, lo que refuerza la plausibilidad de que interrupciones o demoras en la farmacoterapia contribuyan a un control clínico irregular y a desenlaces adversos. De forma complementaria, Camacllanqui y Carrasco (2025) han señalado que en Latinoamérica la adherencia se relaciona de manera estrecha con el conocimiento del tratamiento, la comprensión del régimen prescrito y el acompañamiento sanitario, por lo que la continuidad terapéutica debe analizarse no solo como conducta individual, sino como producto de condiciones del entorno asistencial.

En el contexto de este trabajo, el “tiempo sin tratamiento” adquiere relevancia adicional porque ocurre en una población referida, lo que ubica el problema en el punto crítico de la transición entre niveles de atención. Para Bejerano (2018) la continuidad asistencial en pacientes crónicos depende de la articulación efectiva de la red, y cuando esta coordinación se fragmenta, se incrementa el riesgo de discontinuidades terapéuticas, pérdida de seguimiento, indicaciones contradictorias o demoras en la resolución. En otras palabras, el periodo sin farmacoterapia puede reflejar no solo una interrupción terapéutica, sino también una trayectoria asistencial con quiebres en la referencia–contrarreferencia, con implicaciones clínicas directas.

A esta fragmentación se suma un problema operativo ampliamente documentado: los tiempos de espera en consulta externa. En Ecuador, investigaciones como la de Gómez y Rivera (2019) sobre la consulta externa hospitalaria han descrito que las demoras pueden convertirse en un obstáculo sistemático para el acceso oportuno a la atención especializada, afectando tanto la experiencia del usuario como la oportunidad de las intervenciones. Aunque el presente estudio no evalúa causalidad ni desagrega los motivos del retraso, la asociación encontrada entre demora y complicaciones es consistente con la idea de que las listas de espera prolongadas, en pacientes crónicos, pueden traducirse en periodos clínicamente “desprotegidos”, donde se reduce el control y aumenta la probabilidad de descompensación.

La discusión sobre oportunidad debe vincularse también con la calidad de atención y la satisfacción del usuario, porque ambas influyen en la continuidad y en la conducta terapéutica. Evaluaciones locales como la del Salto y Salazar (2017) en Ecuador han destacado que la percepción de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario están asociadas con variables organizacionales, incluyendo la oportunidad y el trato recibido, lo cual puede incidir indirectamente en el seguimiento y en la confianza del paciente para sostener su atención y tratamiento. En el mismo sentido, Gutiérrez y Mendoza (2019) aun en áreas clínicas distintas, se ha descrito que el tiempo de espera se relaciona con componentes de calidad percibida, reforzando la noción de que la oportunidad es un elemento transversal del desempeño del sistema.

La evidencia muestra que la adherencia farmacológica en ECNT está atravesada por factores psicosociales, estilos de vida y creencias sobre la enfermedad y el tratamiento. Para Montealegre (2022) en hipertensión, se ha observado que creencias, hábitos y estilo de vida se asocian con la adherencia farmacológica y no farmacológica, lo que destaca la necesidad de intervenciones que aborden la comprensión del tratamiento, el autocuidado y la motivación del paciente. Esta dimensión ayuda a interpretar por qué la asociación estadística hallada en el presente estudio es significativa pero baja: el tiempo sin tratamiento probablemente interactúa con múltiples factores no medidos como severidad basal, comorbilidades, adherencia histórica, apoyo social, acceso económico; de modo que el riesgo de complicaciones no depende de un solo componente.

En este punto cobra centralidad el rol del personal de enfermería como agente articulador de continuidad y adherencia. Mora (2025) enfatiza que la enfermería tiene capacidad de intervención en dimensiones clave: educación sanitaria, evaluación de barreras, acompañamiento, comunicación efectiva y refuerzo del autocuidado, con impacto potencial en la adherencia y en la prevención de complicaciones. Para Mendoza (2021) esto es particularmente importante en pacientes referidos, donde el “vacío terapéutico” puede mitigarse mediante acciones sistemáticas de educación, vigilancia clínica y coordinación, incluyendo estrategias de seguimiento y verificación de comprensión del régimen farmacológico.

Desde una perspectiva aplicada, el PLACE estandarizado propuesto en el estudio se vincula con esta necesidad de reducir variabilidad y sostener continuidad. La estandarización del cuidado basada en lenguajes enfermeros favorece la trazabilidad del proceso, facilita la comunicación entre profesionales y permite estructurar intervenciones coherentes en pacientes con necesidades similares. En este sentido, el uso de diagnósticos enfermeros y su clasificación contribuye a consolidar un marco común para identificar problemas frecuentes y planificar intervenciones consistentes, aspecto que resulta pertinente cuando el objetivo es fortalecer continuidad y seguridad del paciente en contextos con transiciones asistenciales complejas (NANDA International, 2018).

Finalmente, la relevancia del hallazgo se aprecia mejor cuando se reconoce que las ECNT pueden evolucionar hacia complicaciones de alta complejidad si el control es insuficiente o discontinuo. En Ecuador, Díaz et al. (2018) han descrito patrones epidemiológicos relevantes en enfermedades crónicas avanzadas, como la enfermedad renal crónica terminal, donde condiciones de base como

hipertensión y diabetes desempeñan un rol determinante en la progresión y en la carga asistencial. En consecuencia, aun una asociación de baja magnitud entre demora terapéutica y complicaciones puede ser clínicamente significativa si se considera la escala del problema y el carácter prevenible de parte de los eventos cuando se asegura continuidad terapéutica y seguimiento oportuno.

En términos de limitaciones interpretativas, el diseño transversal y correlacional impide establecer causalidad y no permite ajustar por covariables clínicas o sociales que podrían modular la relación observada. A pesar de ello, la coherencia con la evidencia regional y con los estudios sobre continuidad entre niveles, tiempos de espera y adherencia terapéutica sostiene la conclusión práctica: reducir periodos sin farmacoterapia y fortalecer la continuidad asistencial en la red constituye una estrategia razonable para disminuir el riesgo de complicaciones y mejorar el control de ECNT.

Desafíos actuales y perspectivas futuras

Los resultados del estudio muestran que la interrupción del tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) no constituye un hecho aislado, sino un fenómeno con relevancia clínica y operativa, asociado a la aparición de complicaciones durante el periodo de espera. En este sentido, los desafíos actuales trascienden la atención individual y se vinculan con la continuidad del cuidado dentro de la red de servicios, particularmente en el tránsito entre niveles asistenciales. La asociación observada entre mayor tiempo sin tratamiento y presencia de complicaciones, aunque de magnitud baja, sugiere un problema multicausal donde confluyen factores clínicos, conductuales y del sistema.

Un primer desafío crítico es evitar el “vacío terapéutico” que puede producirse cuando el paciente es referido y permanece sin farmacoterapia hasta lograr la atención resolutive. En condiciones crónicas, la continuidad terapéutica actúa como un componente preventivo que sostiene la estabilidad clínica; por tanto, su interrupción incrementa el riesgo de descompensaciones y eventos adversos, especialmente en pacientes con mayor vulnerabilidad o antecedentes de complicaciones. Esta situación se agrava cuando el proceso de referencia se limita a un procedimiento administrativo y no se acompaña de medidas de soporte clínico, como prescripción puente, monitoreo básico y educación en signos de alarma mientras se concreta la consulta especializada.

De forma complementaria, la fragmentación del subsistema de referencia y contrarreferencia constituye otro desafío estructural. La contrarreferencia insuficiente o tardía puede dificultar la continuidad del plan terapéutico en el primer nivel, restringiendo la capacidad de ajustar tratamientos, verificar metas clínicas y realizar seguimiento oportuno. Esta discontinuidad no solo afecta la seguridad del paciente, sino que también puede favorecer reconsultas, progresión de la enfermedad y mayores costos institucionales. A ello se suma la gestión de la demanda: la programación de la consulta externa suele basarse en disponibilidad operativa más que en criterios de priorización clínica, pese a que el riesgo en ECNT es heterogéneo y requiere estrategias de triage que incorporen severidad, comorbilidad y signos de descompensación.

De igual manera, la continuidad farmacológica puede verse afectada por determinantes sociales y barreras de acceso que persisten aun cuando existe oferta de servicios, tales como costos indirectos, dificultades laborales, alfabetización sanitaria limitada, creencias sobre la medicación y redes de apoyo insuficientes. En paralelo, la disponibilidad y dispensación de medicamentos esenciales representa un reto operativo que incide directamente en la adherencia y en la posibilidad real de sostener el tratamiento. Finalmente, la calidad del registro clínico y la estandarización del cuidado influyen en la identificación oportuna de complicaciones y en la trazabilidad del seguimiento, por lo que la variabilidad en los registros puede limitar la toma de decisiones basada en datos.

Desde la perspectiva futura, estos hallazgos respaldan la necesidad de implementar rutas asistenciales orientadas a asegurar continuidad terapéutica en pacientes con ECNT referidos, con énfasis en evitar

periodos prolongados sin farmacoterapia. En este marco, resulta pertinente fortalecer protocolos de tratamiento puente y mecanismos de seguimiento desde el primer nivel mientras se concreta la atención hospitalaria, articulando metas clínicas claras, criterios de priorización por riesgo y canales efectivos de contrarreferencia. La incorporación de modelos mixtos de seguimiento se perfila como una alternativa para monitorear signos tempranos de descompensación, reforzar adherencia y ofrecer educación terapéutica durante periodos de espera, especialmente en contextos donde la demanda supera la capacidad instalada.

Un aporte relevante del estudio es la formulación del PLACE estandarizado, que puede proyectarse como una herramienta práctica para homogeneizar la atención de enfermería y fortalecer la continuidad del cuidado mediante diagnósticos, resultados esperados e intervenciones estructuradas. A futuro, su implementación institucional permitiría reducir variabilidad, orientar la educación del paciente y facilitar la coordinación interdisciplinaria, particularmente en escenarios de alta rotación de personal o múltiples turnos. En la misma línea, el desarrollo de sistemas de alerta y priorización basados en riesgo, lo que podría contribuir a un uso más eficiente de la agenda y a la prevención de eventos adversos evitables.

En términos de investigación, es recomendable avanzar hacia diseños con mayor capacidad explicativa, incorporando análisis multivariados y control de covariables clínicas y sociales, así como definiciones más específicas de “complicación”. Del mismo modo, una agenda futura debe orientarse a evaluar intervenciones concretas derivadas del problema identificado con métricas de impacto como reducción del tiempo sin medicación, disminución de complicaciones, satisfacción del usuario y eficiencia en el uso de recursos. En suma, los desafíos y perspectivas futuras se concentran en transformar un hallazgo correlacional en acciones sostenibles que reduzcan demoras, fortalezcan la continuidad asistencial y mejoren resultados clínicos en población con ECNT.

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio evidencian que la interrupción del tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en consulta externa se asocia con la presencia de complicaciones durante el periodo sin terapia, confirmando que la continuidad farmacológica constituye un componente determinante para la estabilidad clínica en este tipo de patologías. Si bien la magnitud de la correlación fue baja, su significancia estadística respalda la existencia de una relación consistente entre el incremento del tiempo sin tratamiento y la ocurrencia de eventos adversos, lo que sugiere un riesgo acumulativo en contextos donde existen demoras para retomar la farmacoterapia.

La caracterización del fenómeno muestra que los periodos sin medicación se concentran en rangos de espera intermedios, lo que revela una brecha operativa relevante en la continuidad asistencial, especialmente en pacientes derivados desde el primer nivel. En este marco, las complicaciones registradas se distribuyen en distintos sistemas, con predominio de eventos cardiovasculares y digestivos, lo cual refuerza la necesidad de considerar la interrupción terapéutica como un factor clínico a vigilar y no únicamente como una consecuencia administrativa del proceso de referencia.

Desde un enfoque aplicado, la incorporación del PLACE estandarizado permite traducir los hallazgos en una propuesta operativa orientada a mejorar la planificación de cuidados, reducir la variabilidad en la atención y fortalecer el seguimiento clínico y educativo en pacientes con ECNT. En conjunto, los resultados sostienen la pertinencia de implementar estrategias institucionales que aseguren continuidad farmacológica y monitoreo oportuno durante periodos de espera, a fin de reducir complicaciones prevenibles y optimizar la articulación entre niveles de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bejarano, L. (2018). *Continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas y sus factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Bulechek, G. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Iowa: Elsevier Health Sciences.
- Cabrera, S. (2024). *Factores de adherencia farmacoterapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, en la Unidad Metropolitana de Salud Norte-periodo 2023*. Obtenido de Universidad de las Américas: <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/15909/1/UDLA-EC-TMSP-2024-24.pdf>
- Cáceres, C., Lora, Á., Villabona, S., Rocha, M., & Camachoi, P. (2023). Cumplimiento del tratamiento farmacológico en enfermedades crónicas no transmisibles en la población colombiana: revisión sistemática y metaanálisis. *Biomédica*, 43, 51-65.
- Camacllanqui, H., & Carrasco, N. (2025). *Adherencia y conocimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles en Latinoamérica: una revisión sistemática*. Lima: Universidad María Auxiliadora.
- Del Salto, E., & Salazar, F. (2017). *Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento Médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2017*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Díaz, M., Gómez, B., & Valdivieso, M. (2018). Comportamiento epidemiológico en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en Ecuador. *Correo Científico Médico*, 22(2), 312-324.
- Gómez, R., & Rivera, J. (2019). *Un problema social: Tiempos de espera en la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Gutiérrez, A., & Mendoza, P. (2019). Tiempo de espera y calidad de atención en pacientes de odontoestomatología intervenidos en sala de operaciones. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(2), 183–187.
- Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. Elsevier.
- Mendoza, R. (2021). La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y Ética*, 32(4), 897–945.
- Montealegre, L. (2022). *Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico para el manejo de la hipertensión arterial y su relación con el estilo de vida y creencias en pacientes del régimen subsidiado en el Distrito de Barranquilla-Colombia*. Barranquilla: Universidad autónoma de Barcelona.
- Mora, C. (2025). El rol de la enfermería en la gestión de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas. . *REINCISOL: Revista de Investigación Científica y Social*, 4(7), 1759–1786.
- NANDA International. (2018). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. New York: Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.