



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud “Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería.

Lic. Enfermería en Salud Pública.



Seminario de graduación para optar al título de Lic. Enfermería en Salud Pública

Línea de Investigación: Enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles.

Tema: Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud “Villa Bosco Monge”, Masaya, I Semestre 2019.

Elaborado por:

Br. Meriling Samanta Flores López.

Br. María Elena González García.

Br. Mariluz Abigail Solís Cruz.

Tutor: MSc. Marta Espinoza Lara

Docente del Departamento de Enfermería

Managua, I semestre, 2019

Tema: Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud “Villa Bosco Monge”, Masaya, I Semestre 2019.

Dedicatoria

A Dios por darme el don de la vida y la sabiduría para poder llegar hasta esta etapa, a Mamita María bajo la advocación de María Auxiliadora por brindarme su amparo en los momentos que más lo necesitaba.

A mis padres: Karla Reyes y José Flores por brindarme su amor incondicional, apoyo moral y económico durante el transcurso de mi preparación profesional, sin ellos esto no se hubiese logrado.

A todos mis familiares, en especial a mis abuelitos maternos: Juana Castañeda y Olinto Reyes, quienes son como mis segundos padres y parte de fundamental de mi vida, a mis tíos maternos: Migdonio, Cheyla, Verónica Conto, Juan Sotelo, Maribel Reyes, Magda Castañeda y José Antonio Bejarano.

A mis amigos: Daniel Cano, Maynor Pérez, Elena González, Mariluz Solís y Cristina Acevedo; de manera especial a los que hoy en día por circunstancias ajenas a su voluntad se encuentran en el exilio.

Este logro es para ustedes, por ustedes y de ustedes.

Con amor, Meriling Samanta Flores López.

Agradecimientos

Primeramente, a Dios por darme el don de la vida y la sabiduría para poder llegar hasta esta etapa, seguidamente agradezco la intercesión de María Auxiliadora ante el buen Dios por el éxito de mi preparación académica.

A mis padres: Karla Reyes y José Flores por brindarme su amor incondicional, apoyo moral y económico durante el transcurso de mi preparación profesional.

A todos mis familiares y amigos por brindarme su apoyo moral en los momentos que más los necesitaba.

A mis compañeras y amigas María Elena González García y Mariluz Abigail Solís Cruz, por darme la oportunidad de compartir estos 5 años de estudio juntas, en especial esta etapa final y de gran importancia para nosotras como lo es la culminación de nuestros estudios superiores.

A mis docentes: MSc. Melvin Ramos, MSc. Marta Espinoza, MSc. Paola Castillo, MSc. Carla Mejía, MSc. Wilber Delgado y Lic. Jonathan Mejía, quienes durante estos 5 años no dudaron en brindarme su tiempo y compartir conmigo sus conocimientos, los cuales fueron fundamentales para mi preparación académica.

De manera especial agradezco a la MSc. Elizabeth Hernández, quien, con sus orientaciones brindadas mediante las tutorías, nuestro seminario de graduación se logró concluir con gran éxito, de la misma forma agradezco infinitamente al MSc. Trinidad Díaz, quién, a pesar de las diferentes circunstancias no ha dudado en brindarme su apoyo incondicional.

A todos y cada uno de ustedes ¡¡Gracias!!

Con amor, Merilíng Samanta Flores López.

Dedicatoria

Al único Dios Todopoderoso que prometió cumplir su propósito en mí (Salmo 138:8) y lo ha hecho cada día, a cada momento.

A mi madre Isabel Cristina García Pérez por apoyarme incondicionalmente a lo largo de mis estudios, por esforzarse durante extensas jornadas laborales y por enseñarme que no existe un límite de superación.

A mi segunda madre Uvania del Carmen García Pérez por cuidar de mí, por cada consejo, cada plática, cada muestra de cariño, cada noche en vela.

A mis abuelas Ana Rosa Pérez y Ana Dolores por cuidarme desde mi niñez, por educarme con paciencia y respeto.

A mi amado Héctor Rojas, por ser una de mis principales motivaciones, te dedico este y cada uno de mis logros.

A mis figuras paternas: Henry González, David García y Manuel López por apoyarme con lo que estaba en sus manos.

A mi hermano Henry González y mi hermana Germayoni López, mi pequeña mejor amiga, mi guerrera.

A mis amistades: Samanta Flores, Abigail Solís, John & Joanne Clingen, a mi mejor amiga desde la infancia Lucía Navarro y a nuestra pequeña Ximena.

Este logro también es de ustedes.

Con todo mi amor, María Elena González García.

Agradecimientos

Ante todo, agradezco infinitamente a Dios por ser el centro de este seminario de graduación, por permitirme culminar mis estudios superiores con éxito y al lado de las mejores compañeras.

A mis madres Isabel García, Uvania García, Ana Pérez y Ana Dolores por ser las mejores guías a lo largo de mi vida, por apoyarme en todo lo que pudieron. Todos mis logros son de ustedes.

A mi prometido Héctor Rojas por motivarme a ser mejor cada día, por enseñarme a ser paciente y a no rendirme a pesar de las adversidades. Todos mis logros y debilidades los compartiré siempre contigo, ¡Koishiteru!

A mis amigas y compañeras Samanta Flores y Mariluz Solís por dar su mayor esfuerzo en esta profesión, por acompañarme en cada momento que las necesité y sobre todo, por demostrarme el verdadero significado de la amistad.

Al Dr. Álvaro Cucalón y Lic. Marianela Muñiz por abrirme las puertas del Puesto de salud “Villa Bosco Monge” desde el segundo año de mi carrera universitaria, por instruirme con paciencia en las diversas funciones de Enfermería, y sobre todo por permitir que este estudio se llevara a cabo en dicho lugar.

A los docentes MSc. Melvin Ramos, MSc. Jonathán Mejía, MSc. Marta Espinoza, MSc. Trinidad Díaz, MSc. Paola Castillo y MSc. Wilber Delgado por sus diversas enseñanzas a lo largo de mis estudios superiores, por su paciencia, tiempo y dedicación.

En especial, a MSc. Elizabeth Hernández por guiarnos con paciencia y amor en el desarrollo de este trabajo investigativo, por brindarnos su tiempo y compartir conmigo sus conocimientos, los cuales fueron fundamentales para mi preparación académica.

Con todo mi amor, María Elena González García.

Dedicatoria

El presente escrito se lo dedico a Dios por darme la vida, salud y sabiduría, así como permitir la culminación de esta etapa de mi vida,

A mis padres Luz Ramona Cruz Villareal y Francisco Javier Solís Pomares por ayudarme y apoyarme a lo largo de mi vida.

A la memoria de mi tío Roberto Solís por brindarnos su apoyo incondicional. A mi familia y amigos con los que puedo contar.

Con cariño, Mariluz Abigail Solís Cruz.

Agradecimientos

Le doy gracias a Dios por permitir que llegara a esta etapa de mi vida, por brindarme sabiduría, salud y bendecirme con una buena familia y amigos.

A mis padres: Luz Ramona Cruz Villareal y Francisco Javier Solís Pomares por ayudarme económicamente y apoyarme en todos los ámbitos a lo largo de mi vida.

A todas aquellas personas que de alguna forma me han apoyado, a mis tíos, tías, y hermana Marling Javiera Solís Cruz. En especial a mi tío Manuel Cruz Villarreal y mi tía Marileth Solís.

A nuestra tutora Marta Espinoza por disponer de su tiempo para la revisión del trabajo investigativo, a todos los maestros que han compartido sus conocimientos con nosotras.

A mis compañeras, María Elena González y Meriling Samanta Flores por brindarme su amistad y trabajar conmigo.

Y en especial a MSc. Elizabeth Hernández por guiarnos e instruirnos en la elaboración del presente trabajo y brindarnos su valioso tiempo y conocimientos.

A mis Amigos con los que puedo contar en especial a Edward A. Smith y María Florencia A. por darme ánimos.

Con cariño, Mariluz Abigail Solís Cruz.

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), la hipertensión, “es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos, cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear” (p.1, pp.1). En toda enfermedad, sea crónica, transmisible, viral, etc, está inmersa la condición de adherencia al tratamiento, ésta se define como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento. En el Puesto de Salud “Villa Bosco Monge” Masaya, se implementa el Programa de atención a Pacientes crónicos en un único ESAFC con un censo total de 255 pacientes, de los cuales 165 son Hipertensos. Desde el punto de vista sectorial, el ESAFC abarca a 8 barrios, de los cuales el barrio con mayor prevalencia de población hipertensa es la Villa Bosco Monge con 95 pacientes activos, de los cuales 69 son mujeres. Mediante los datos obtenidos durante la aplicación del cuestionario estructurado se obtuvo como resultado que: La mayoría de la población afectada oscila entre las edades de 49-68 años, por lo general poseen secundaria incompleta y se desempeñan como amas de casa. En cuanto a la adherencia los porcentajes están similares entre los no adherentes y los adherentes, cercanos al 50% cada uno.

Palabras claves: Hipertensión arterial, tratamiento farmacológico, adherencia terapéutica

Contenido

Introducción	1
Antecedentes	2
I.1 A nivel internacional	2
II.1 A nivel Nacional	4
Planteamiento del problema	6
Justificación	8
Objetivos	9
Marco teórico	10
I. Hipertensión Arterial	10
I.1. Estadios de la Hipertensión Arterial	10
I.2. Factores de riesgo	11
I.3. Diagnóstico	12
I.4. Evolución	13
I.5. Tratamiento	13
I.6. Complicaciones	15
II. Características demográficas	16
II.1. Edad	16
II.2. Sexo	17
II.3. Etnia	17
III. Características económicas	19
III.1. Situación laboral	19
III.2. Nivel educativo	20
III.3. Bienes y servicios	21
IV. Factores socioculturales del paciente	22
IV.1 Creencias religiosas	22
V. Adherencia del Tratamiento	23
V.1. Adherencia terapéutica en la hipertensión	25
Diseño metodológico	32
Resultados	54
Análisis de los resultados	98
Conclusiones	101

Recomendaciones	106
Bibliografía	107
Anexos	111

Índice de tablas

I. Marco teórico.

Tabla 1. Estadios de la Hipertensión arterial.....	23
Tabla 2. Clasificación de los valores del índice de masa corporal.....	39
Tabla 3. Matriz de objetivos.....	44
Tabla 4. Matriz de operacionalización de variable.....	45

Introducción

Dentro de las líneas de investigación de Enfermería en Salud Pública se incluye a las Enfermedades crónicas no transmisibles con el tema de Enfermedades Cardiovasculares: hipertensión arterial (HTA), cardiopatías coronarias o congénitas, insuficiencia cardíaca, enfermedades de las válvulas cardíacas, accidente cerebro vascular, lo cual está relacionado con la Política Nacional de Desarrollo Humano (PNDH), el Arto. 381 estipula que “El gobierno de reconciliación y unidad nacional considera la salud al igual que la educación, como un derecho humano y un factor de desarrollo, la política de salud ha estado centrada en asistir el derecho de los nicaragüenses a un medio sano, mediante la salud preventiva y a recibir servicios integrales de asistencia y rehabilitación.”

El Arto 389 menciona el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC) ejecutado desde el año 2007 que abarca diferentes programas para brindar atención en salud, entre ellos el Programa de Crónico donde se atiende a pacientes con HTA, cardiopatías, Artritis, Epilepsia, entre otras enfermedades. Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene entre sus retos “Realizar una evaluación general de las características de las enfermedades crónicas no transmisibles y de la magnitud de los problemas que plantean, incluido un análisis de las repercusiones en esas enfermedades.” En el presente trabajo se abordó la HTA desde el enfoque de Adherencia del tratamiento antihipertensivo en pacientes que asisten al Programa de crónicos en el Puesto de Salud “Villa Bosco Monge” siguiendo así la PNDH y líneas de investigación propia de la carrera.

Antecedentes

A nivel internacional

En el 2015 la DrC¹. Libertad Martín Alfonso, el DrC. Héctor Bayarre Veá, la MSc. María del Carmen Corugedo Rodríguez & Colaboradores, realizaron un estudio de investigación acerca de la **“Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas”**, con enfoque mixto, de corte transversal, prospectivo y descriptivo, con el objetivo de evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en personas hipertensas en áreas de salud del nivel primario de atención y describir el comportamiento de sus componentes en esas áreas, en este estudio se aplicó el cuestionario "Martín-Bayarre-Grau" para evaluar los niveles de adherencia y describir sus componentes: implicación personal, relación profesional-paciente y cumplimiento del tratamiento, a partir de los puntajes obtenidos en los ítems del cuestionario se logra constatar dificultades en la adherencia a la terapéutica antihipertensiva en los pacientes de las áreas de salud estudiadas. En general, solo la mitad de los pacientes estaban adheridos de manera total al tratamiento indicado. El resto lo hizo de forma parcial o no se adhirió, si bien estos últimos fueron en menor proporción que los restantes. Se concluye que la adherencia al tratamiento antihipertensivo se manifiesta en diferentes grados considerados como niveles: total, parcial y no adherencia con predominio del nivel de adherencia total, sin embargo, en una magnitud insuficiente en relación con la necesidad de lograr altos niveles de adherencia para el control de la enfermedad. (Libertad, y otros, 2015).

Eugenia Herrera Guerra realizó un estudio en el 2012, titulado y enfocado en la situación de Salud de Colombia en relación a la **“Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial”** el cual tiene como objetivo describir y analizar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con HTA inscritas en el Programa de Control de HTA. Este estudio es de enfoque mixto,

¹ DrC Doctor catedrático

diseño descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo que permitió describir la adherencia al tratamiento en una muestra aleatoria de 177 personas con HTA, el instrumento utilizado fue el diseñado por Bonillay de Reales, que cuenta con criterios de validez y confiabilidad (alfa Cronbach 0,60), obteniendo como resultado que la mayor parte de los afectados con HTA se caracterizaron por tener una edad mínima de 26 años y máxima de 98 años. La mayor frecuencia fue de > 55 años (67 %) y del sexo femenino (51 %), lo que corresponde con otros estudios que afirman que los individuos > 55 años tienen un 90 % de probabilidad de riesgo de desarrollar ha (19). La mayor prevalencia de HTA en Colombia se da en el sexo femenino (20). De la misma manera la presencia de factores socioeconómicos influye negativamente en la adherencia al tratamiento, debido principalmente al bajo nivel educativo y a la poca disponibilidad económica para cubrir los gastos que requiere el tratamiento, lo cual es compatible con las características de los participantes. Por tanto, es importante tener en cuenta que el perfil de bajo nivel socioeconómico pone en evidencia el riesgo de no poder responder con los comportamientos de adherencia a los tratamientos.

En el 2006, Noé Sánchez Cisneros, realizó un estudio el cual está enfocado en la situación de salud de México con respecto a la “**Adherencia terapéutica en hipertensión arterial**”, con enfoque mixto, de corte transversal, prospectivo y descriptivo, con el objetivo de conocer la importancia de la adherencia terapéutica y establecer estrategias para llevarla a cabo en la HTA debido a que es el principal factor de riesgo de la enfermedad isquémica del corazón y del cerebro, obteniendo como resultado que en México aproximadamente 15.2 millones de personas tienen hipertensión arterial sistémica (HAS). Uno de cada 2 mexicanos después de los 50 años es portador de HTA. El 61% de las personas con HTA lo ignoran. Del 49% de personas con diagnóstico previo de HTA menos del 50% están bajo tratamiento médico-farmacológico. En el año 2000 se estimaron 194,000 muertes relacionadas de manera directa a hipertensión, es decir, más de una muerte cada 3 minutos. La distribución poblacional de la HTA en México, le aporta de los patrones globales de detección, diagnóstico, tratamiento y prevención. Gran concentración de dicha población está compuesta por personas menores de 50 años de edad, lo que determina una gran proporción de HTA de predominio diastólico.

A nivel Nacional

Fabiola Alejandra Avilés, Anagabriela Concepción Duarte & Saúl Alexander Iván Estrada en el 2014, realizaron un estudio en la ciudad de Rivas, el cual está enfocado y tiene por objetivo **“Determinar la Adherencia al tratamiento antihipertensivo, factores asociados y su repercusión en el control de la presión arterial de los pacientes que asisten al programa de atención de dispensarizados en el municipio de Rivas durante los meses de octubre y noviembre 2013”**, este estudio es de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, el instrumento utilizado fue la encuesta, una entrevista estructurada, la cual constaba de dos partes y un Formulario que contenía preguntas cerradas, la prueba de Morinsky-Green-Levine para valorar adherencia al tratamiento antihipertensivo y el test de batalla para valorar el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, obteniendo como resultado que la muestra en su mayoría fue femenina, de 65 o más años de edad, de zonas rurales, viviendo en unión de hecho estable y católicos, siendo un 72.4% tratados con monoterapia (55.1%). El 54.5% tiene un control óptimo de cifras tensionales, teniendo asociación con la adherencia al tratamiento. En conclusión, la prevalencia de adherencia fue de 47%, entre los factores que determinaron una mayor adherencia al tratamiento están la pertenencia de los hipertensos a grupos de apoyo para pacientes crónicos y tener familiares que le brindaran ayuda y motivación para cumplir su tratamiento.

En el 2005 Norma Lorena López Rivera realizó un estudio investigativo en la ciudad de León con el título y objetivo establecido de **“Determinar el cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos de la ciudad de León durante el segundo semestre del 2004”**, con un diseño descriptivo de corte transversal, obteniendo como resultado que, el grado de control de la HTA en términos poblacionales es de aproximadamente del 20-30%, aunque aún no se ha precisado cual sería el porcentaje de incumplimiento mínimo necesario en un paciente mensual, por lo tanto la educación del paciente hipertenso es necesario para su control, debe ser orientado sistemáticamente por el médico de asistencia. La adherencia terapéutica se ha

considerado la piedra angular del control de la presión arterial, nos obstante el 50% de los pacientes no perseveran por más de un año.

Planteamiento del problema

Según la Organización panamericana de la salud (OPS, 2017), se estima que el 25% al 30% de la población a nivel mundial padece de hipertensión, pero solamente el 57% de los hipertensos conoce su condición, el 40.6% recibe tratamiento farmacológico, y únicamente el 13.2% logra cifras de HTA controlada. Desde el punto de vista epidemiológico la HTA es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en el mundo, afectando al 25% de la población adulta, lo que representa 1.000.000.000 de personas en todo el mundo. A nivel nacional, el Ministerio de Salud reporta que los casos de Hipertensión Arterial representan el 42% de las enfermedades crónicas más frecuentes en Nicaragua, en el 2016 la población hipertensa nicaragüense era de 172,644 pacientes con una tasa de 271 personas por cada 10,000 habitantes. Sin embargo, en el 2017 se observó un aumento significativo de la Hipertensión Arterial con 208,982 pacientes, con una tasa de 327 personas por cada 10,000 habitantes, es decir, 56 habitantes más en comparación con la tasa del año anterior.

En el Puesto de Salud “Villa Bosco Monge”, Masaya, se implementa el Programa de atención a Pacientes crónicos en un único ESAFC con un censo total de 255 pacientes, de los cuales 165 son Hipertensos. Desde el punto de vista sectorial, el ESAFC abarca a 8 barrios:

- Villa San Jerónimo
- Villa 10 de mayo (Constituida por 15 grupos)
- Anexo villa 10 de mayo
- Reparto Gonzalo Martínez
- Villa Holanda
- Comarca los cocos
- El candil
- Villa Bosco Monge (Constituida por 8 grupos)

Siendo el barrio con mayor prevalencia de población hipertensa la Villa Bosco Monge con 95 pacientes activos, de los cuales 69 son mujeres, por ende, al ser la población con un

número mayor de afectados se decide realizar el estudio sólo en el sexo femenino. Los pacientes asisten una vez al mes para ser atendidos por la Dra. Bermúdez, quien se encarga de llevar el control de la Presión Arterial e IMC, brindar consejería sobre autocuidado y prescribir tratamiento farmacológico, el cual es retirado por los pacientes en la Farmacia del Puesto de salud, de no haber suficiente dotación de medicamentos antihipertensivos el paciente puede dirigirse al Centro de Salud “Alejandro Dávila Bolaños” para su respectivo retiro; sin embargo a pesar de la atención en salud y disponibilidad de fármacos, se ha observado que la mayoría de pacientes no logra obtener control en su presión arterial, por ende, padecen con frecuencia de crisis hipertensivas donde refieren que los síntomas propios de la HTA son más intensos y prolongados causando que la enfermedad progrese de manera negativa exponiéndolos a sufrir de cardiopatías coronarias, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebro vasculares y en menor medida daños en la visión.

Por lo expuesto anteriormente, surge la siguiente interrogante: **¿Cómo es la adherencia al tratamiento antihipertensivo de las pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud “Villa Bosco Monge” Masaya, I semestre 2019?**

Preguntas de investigación

Para lograr responder la interrogante base del estudio, se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

1. ¿Cuáles son las características demográficas y económicas de la población en estudio?
2. ¿Cuáles son los factores socioculturales de los pacientes en estudio?
3. ¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo?
4. ¿Qué complicaciones de salud se han desarrollado en los pacientes no adherentes al tratamiento antihipertensivo?
5. ¿Cuál es el porcentaje de adherencia terapéutica de las pacientes en estudio?

Justificación

La importancia de la realización de este estudio radica en que no sólo se abordará el grado de adherencia, sino también las principales razones por las cuales los pacientes no logran adherirse al tratamiento médico. En cuanto a la relevancia social, los pacientes hipertensos podrán reconocer hasta qué nivel han cumplido su esquema de tratamiento y la forma en que esto influye en la progresión de la enfermedad, lo que ayudará a que opten por cambiar o modificar estilos de vida en pro de su salud y tener un compromiso propio para adherirse al tratamiento, disminuyendo así el riesgo de crisis hipertensivas y complicaciones de mayor grado.

También se beneficiará con los resultados de este estudio a los trabajadores del Puesto de Salud Villa Bosco Monge, en especial el Médico encargado del Programa de crónicos, porque este es el primer estudio realizado en el puesto de salud y le permitirá conocer las características demográficas, socioeconómicas y la situación actual de los pacientes, para poder crear planes de intervención o enfocar la consejería hacia los factores que inciden en la no adherencia. Este estudio al ser de enfoque amplio puede ser de utilidad para futuras investigaciones en el mismo establecimiento de salud o en otros departamentos del país.

Objetivos

Objetivo General:

Analizar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud “Villa Bosco Monge”, Masaya, I semestre 2019.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar demográfica y económicamente a las pacientes hipertensas de Villa Bosco Monge.
2. Identificar los factores socioculturales de las pacientes en estudio.
3. Detallar los factores asociados a la no adherencia del tratamiento antihipertensivo.
4. Mencionar las complicaciones de salud que se han desarrollado en las pacientes no adherentes al tratamiento antihipertensivo.
5. Calcular el porcentaje de Adherencia terapéutica según la técnica “Recuento de comprimidos”.

Marco teórico

I. Hipertensión Arterial

Cuando se habla de enfermedades crónicas en lo primero que se piensa es en la Hipertensión Arterial, enfermedad en la cual el corazón ejerce presión sobre las arterias para que éstas conduzcan la sangre hacia los diferentes órganos del cuerpo humano, a esta acción es lo que se conoce como "presión arterial"; la presión máxima se obtiene en cada contracción del corazón y la mínima, con cada relajación.

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), la hipertensión también conocida como tensión arterial alta o elevada, "es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos, cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear" (p.1). Es una enfermedad frecuente que afecta a un tercio de la población adulta, no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas.

I.1. Estadios de la Hipertensión Arterial

En el séptimo informe del Joint Nacional Committe emitido en el año 2013, se proporciona una tabla con la clasificación de presión arterial para adultos mayores de 18 años. Dicha clasificación está basada en la media de dos o más medidas correctas, en posición sentada en cada una de dos o más visitas en consulta. En contraste con la clasificación del Sexto Informe JNC, se añade una nueva categoría denominada pre hipertensión, y los estadios 2 y 3 han sido unificados. (p.4, pp.1-3)

Tabla 1. Estadios de la Hipertensión Arterial.

Clasificación	Presión arterial sistólica (mmHg)	Presión arterial diastólica (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre-Hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión estadio 1	140-159	90-99
Hipertensión estadio 2	Igual o mayor a 160	Igual o mayor a 100

Fuente: Séptimo informe del Joint Nacional Committe

La clasificación “pre-hipertensión”, introducida en este informe (tabla 1), reconoce esta relación y señala la necesidad de incrementar la educación para la salud por parte de los profesionales sanitarios y las autoridades oficiales para reducir los niveles de PA y prevenir el desarrollo de HTA en la población general.

I.2. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. En el año 2016 el Instituto estadounidense del corazón, pulmón y la sangre realizó una investigación sobre la HTA con enfoque teórico, donde destacaron factores de riesgo para padecer la enfermedad, entre ellos destacan los siguientes:

- **Edad:** La tensión arterial tiende a aumentar con la edad, la población con mayor vulnerabilidad son los adultos mayores de 60 años, sin embargo, el riesgo de pre-hipertensión y HTA está aumentando para los niños y los adolescentes, posiblemente debido al mayor número de niños y adolescentes con sobrepeso.
- **Raza o grupo étnico:** La HTA es más común entre los adultos afroamericanos que entre los adultos blancos o los hispanos.
- **Sobrepeso:** El sobrepeso ocurre cuando el índice de masa corporal es igual o mayor a 25 kg/m². Por su parte, la obesidad es cuando el índice de masa corporal es igual o

superior a 30 kg/m². Tanto la obesidad como el sobrepeso se consideran los factores ambientales desencadenantes más importantes de todos los implicados en la aparición de la hipertensión. El exceso de grasa corporal contribuye a elevar la presión arterial desde la infancia. Se ha comprobado que por cada 10 kilos de peso ganados se produce un incremento de la tensión arterial de unos 2-3 mm Hg.

- **Sexo:** Antes de los 55 años de edad, las mujeres tienen más probabilidad de tener presión arterial alta que los hombres.
- **Hábitos en los estilos de vida:** Los hábitos poco saludables en el estilo de vida pueden incrementar el riesgo de padecer de HTA, incluyendo: consumir demasiado sodio (sal) o potasio, ingerir alcohol, fumar, no realizar actividad física y estar bajo situaciones de estrés.
- **Antecedentes familiares:** Abarca la parte genética, tener padres o abuelos hipertensos aumentan la probabilidad de padecer HTA.

I.3. Diagnóstico

La hipertensión es una enfermedad de etiología múltiple que produce daño vascular sistémico, precipita la aparición de enfermedades cardiovasculares y aumenta la morbimortalidad. Su presentación clínica con una prolongada etapa asintomática impide hacer un diagnóstico oportuno. El diagnóstico de la HTA se basa principalmente en la toma de la presión arterial. La HTA tiene un curso asintomático en los estadios primarios, por lo que hay un número significativo de pacientes no diagnosticados.

Se debe contar con profesionales de la salud debidamente capacitados para la toma adecuada de la presión arterial en forma sistemática a todos los pacientes que acuden al primer nivel de atención, en lugares de concentración o en los sitios de trabajo. Según la R5 Eva Castells et al (2015, p.1, pp.16-20):

Se puede realizar utilizando un esfigmomanómetro de mercurio, más exacto, o uno anerode, necesitando, éste último, de calibración cada 6 meses con un aparato de mercurio. Hoy es

cada vez más frecuente la utilización de aparatos electrónicos, que eliminan el sesgo del observador y facilitan las mediciones repetidas en la consulta, o en el domicilio del paciente.

I.4. Evolución

La hipertensión arterial es una enfermedad que no se queda estática, cambia conforme pasa el tiempo, es decir, evoluciona, el Dr. Tomás Rodelgo (2014, p.1, pp. 1-2), explica en su página web Onmeda, que:

La evolución de la hipertensión arterial depende en gran medida de la adopción temprana de un tratamiento. Por lo general, la hipertensión cursa de manera silente durante años o incluso décadas. La presión arterial elevada aumenta la probabilidad de desarrollar una patología secundaria. Si no recibe tratamiento, puede ocasionar daños en el corazón, los vasos sanguíneos, el cerebro, los ojos y los riñones. La administración de un tratamiento adecuado y una modificación del estilo de vida permiten reducir la presión arterial hasta unos valores normales.

Para que el tratamiento tenga éxito es fundamental que el afectado colabore cambiando sus hábitos de vida y tomando la medicación con regularidad y de manera continuada. Existen programas de formación especiales en los que las personas hipertensas pueden obtener información sobre el manejo de la hipertensión arterial y las opciones terapéuticas. Si no reciben tratamiento a tiempo, muchos afectados mueren a causa de las complicaciones de la presión arterial elevada. Aproximadamente la mitad debido a una cardiopatía coronaria (infarto cardíaco), un tercio a causa de trastornos circulatorios en el cerebro (accidente cerebrovascular) y hasta un 15% por una insuficiencia renal.

I.5. Tratamiento

Hablando desde el enfoque farmacológico antihipertensivo con frecuencia, se usa uno o más de estos medicamentos, con el fin de estabilizar la hipertensión arterial y prolongar la vida de los pacientes, evitándoles el aumento de las probabilidades de sufrir complicaciones. Los medicamentos utilizados se dividen en los siguientes grupos:

- **Diuréticos:** También se denominan píldoras de agua. Ayudan a los riñones a eliminar algo de sal (sodio) del cuerpo. Como resultado, los vasos sanguíneos no tienen que contener tanto líquido y su presión arterial baja.
- **Betabloqueadores:** Hacen que el corazón palpite a una tasa más lenta y con menos fuerza.
- **Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina:** (también llamados inhibidores IECA) relajan los vasos sanguíneos, lo cual reduce su presión arterial.
- **Bloqueadores de los receptores de angiotensina II:**(también llamados BRA) funcionan más o menos de la misma manera que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.
- **Bloqueadores de los canales del calcio:** Relajan los vasos sanguíneos al impedir que el calcio entre en las células.

Los medicamentos para la presión arterial que no se usan con tanta frecuencia incluyen:

- **Bloqueadores alfa:** Ayudan a relajar los vasos sanguíneos, lo cual reduce su presión arterial.
- **Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central:** Le dan una señal al cerebro y al sistema nervioso para relajar sus vasos sanguíneos.
- **Vasodilatadores:** Le dan una señal a los músculos en las paredes de los vasos sanguíneos para que se relajen.
- **Inhibidores de renina:** Un tipo de medicamento más nuevo para tratar la hipertensión arterial, actúan reduciendo la cantidad de precursores de angiotensina, relajando por ende los vasos sanguíneos.

I.6. Complicaciones

La HTA puede acarrear a la larga diversas complicaciones cuando no se aplica un tratamiento o este resulta insuficiente. Según el Dr. Rodelgo (2014, p.1, pp.4-6), las complicaciones más frecuentes son a nivel de:

- **Sistema cardiovascular**

Las complicaciones derivadas de la HTA afectan en multitud de ocasiones al corazón y a los vasos sanguíneos ya que supone una sobrecarga permanente para el sistema cardiovascular. Esto causa una hipertrofia del ventrículo izquierdo, lo que a su vez puede provocar una insuficiencia cardíaca. Además, propicia la aparición de arteriosclerosis en las arterias coronarias y en otras regiones del cuerpo, a consecuencia de lo cual pueden aparecer una angina de pecho o un infarto de miocardio. La HTA se considera un factor de riesgo para el desarrollo de una cardiopatía coronaria, dado que se produce un estrechamiento de las arterias coronarias. La arteriosclerosis puede causar trastornos vasculares en las piernas. Los hipertensos también tienen una mayor probabilidad de sufrir una dilatación de la aorta (aneurisma de aorta), que en ocasiones provoca desgarros y hemorragias potencialmente mortales.

- **Cerebro**

La hipertensión constituye el principal factor de riesgo para sufrir un accidente cerebro vascular. Hasta el 70% de los ictus cerebrales en personas mayores de 65 años son atribuibles a una presión arterial elevada.

- **Riñones**

Pueden aparecer desde enfermedades renales hasta insuficiencia renal. La hipertensión es la causa más habitual de insuficiencia renal crónica progresiva: daña los pequeños vasos sanguíneos de los riñones y provoca la muerte de las nefronas. De este modo va perdiéndose la función renal hasta que se produce una insuficiencia renal aguda. Después de la diabetes, la hipertensión arterial es la causa más frecuente de enfermedad renal terminal obligando por ello a un gran número de pacientes a recurrir a diálisis.

II. Características demográficas

Para hablar sobre características demográficas primero es necesario conocer la definición de demografía. “La demografía es el análisis de las comunidades humanas a partir de las estadísticas. El concepto procede de un vocablo griego compuesto que puede traducirse como descripción del pueblo” (Julián Pérez Porto, 2012, p.1, pp.1). Como disciplina estudia el tamaño, la estratificación y el desarrollo de una colectividad, desde una perspectiva cuantitativa.

En cuanto al contexto de salud, el diccionario multilingüe de Naciones Unidas (2018) demografía se define como “una ciencia que tiene como finalidad el estudio de la población humana y se ocupa de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales considerados fundamentales desde el punto de vista cuantitativo.” (cap. 1, pp.1).

II.1. Edad

El número de años de vida que posee un paciente con hipertensión arterial es de vital importancia, puesto que la mayoría de personas con esta enfermedad son adultos mayores, sin embargo, el resto de la población no está exenta de padecer dicha enfermedad. Porto & Gardey (2012) expresan en su sitio web Definicion-De que la palabra edad “proviene del latín aetas, el cual es un vocablo que permite hacer mención al tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser. La noción de la edad brinda la posibilidad de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales” (pp.1-2).

Para ello se debe de estudiar las etapas del desarrollo humano, las cuales según Mendieta (2013, pp. 3-11) se clasifican en:

- **Periodo de la juventud.** De los 20 a los 35 años. Durante los años de juventud o vida adulta temprana, deben resolverse retos importantes como alcanzar la intimidad, elegir carrera y lograr éxito vocacional. Los jóvenes enfrentan otras decisiones como el matrimonio, la lección de pareja y la posibilidad de convertirse en padres. Muchas de las decisiones tomadas establecen el escenario para la vida posterior.

- **Periodo de la madurez.** De los 35 a los 50 años. Durante este periodo, mucha gente empieza a sentir que el tiempo se le escapa. En esta edad las personas llegan a su mayor y último crecimiento o desarrollo corporal humano, en esta etapa ya son lo suficientemente maduros para tomar alguna decisión, como el matrimonio, los hijos, negocios, etc.
- **Periodo de la adultez.** De los 50 a los 60 años. Es un periodo que mucha gente alcanza una máxima responsabilidad personal y social, así como el éxito profesional, sin embargo, es necesario ajustarse a los cambios corporales y a las situaciones emocionales, sociales y laborales.
- **Periodo de la vejez o tercera edad.** De los 65 en adelante. Es un momento de ajustes y particularmente a los cambios de las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales y las relaciones. Es necesario prestar mayor atención al cuidado de su salud.

II.2. Sexo

Se define sexo como un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer, y a los animales como macho y hembra, es decir:

El sexo no se elige ya que es una construcción determinada por la naturaleza, que viene dada desde el nacimiento. Se diferencia del género, que es una construcción sociocultural referida a los rasgos que la sociedad considera femeninos o masculinos, con múltiples opciones. Estas diferencias físicas tienen consecuencias más allá de lo únicamente biológico y se manifiesta en roles sociales, especialización de trabajo, actitudes, ideas y, en lo general, un complemento entre los dos sexos que va más allá de lo físico generalmente en un todo que se conoce como familia, donde la reproducción se realiza en el medio ambiente ideal. (Mora, 2012, pp. 3-6).

II.3. Etnia

No se debe confundir con el termino raza, "Etnia se define como una población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos, normalmente con base en una real o presunta genealogía y ascendencia común. Dichas comunidades reclaman para sí una estructura social,

política y un territorio” (Ecured, 2018, pp.1-3). Es decir que presenta un ancestro común y estas poblaciones poseen a menudo su propia organización y formas de gobierno.

En Nicaragua existen 10 principales etnias indígenas, las cuales son:

- **Los Chorotegas:** Estos se asentaron en la región del pacífico, por lo que los habitantes de ésta región son descendientes de este grupo étnico.
- **Los Creole:** La gran mayoría de este grupo se encuentra actualmente habitando las zonas de Bilwi, cuyo dialecto es una mezcla de inglés y lenguas africanas e indígenas.
- **Garífunas:** Extendidos en gran parte de la Región del Atlántico Norte y del Atlántico Sur, aunque su mayor concentración se encuentra en las ciudades de Bluefields, Corn Island y Laguna de Perlas, son de descendencia africana e indígenas Arahúaca con mezcla de Anglófonos.
- **Los Matagalpa:** Actualmente existen alrededor de 75 mil indígenas en el departamento de Matagalpa, localizados principalmente en los municipios de Terrabona, San Dionisio, Esquipulas, San Ramón y el propio municipio de Matagalpa.
- **Miskitos:** Ubicados cerca del Río Coco y parte del territorio hondureño, también son conocidos como Mayangnas.
- **Los Nahua:** Contaba con asentamientos importantes en la región del Pacífico y cerca de la riberas del Río San Juan de Nicaragua.
- **Los Nicaraos:** Los pueblos nicaraos tienen raíces nahua, los cuales se ubicaron en lo que hoy se llama el Istmo de Rivas y la Isla de Ometepe. Los habitantes de esa zona son descendientes de los Nicaraos.
- **Los Rama:** Se encuentran exclusivamente en la región del Atlántico y la mayoría se encuentra en la Región Autónoma del Atlántico Sur, en el municipio de Bluefields y en un grupo minoritario en el Río San Juan de Nicaragua.
- **Los Sumos:** Son parte de los pueblos Mayangnas, los cuales habitan en parte de la RAAN, RAAS y Jinotega.

- **Los Sutiabas:** Estuvieron localizados cerca de la Ciudad de León.

En cuanto a lo referente de las Razas en Nicaragua, la mayoría de la población principalmente de la zona del pacífico y la zona Central es **Mestiza**, lo que quiere decir una mezcla de dos Razas la Indígena (grupos étnicos antes mencionados) y los Españoles.

III. Características económicas

Con el fin de conocer holísticamente a las personas, se investigan sus características económicas; entre las cuales se destacan la adscripción ocupacional de las personas, ingreso monetario, acceso a ciertos servicios, tenencia de bienes durables y aspectos parciales de consumo.

III.1. Situación laboral

La situación laboral está totalmente relacionada con el trabajo que realizan las personas, entendido como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social. Es decir, actividades por las cuales la persona recibe remuneración monetaria. Existen diversas situaciones de trabajo algunas de ellas son:

- **Empresaria con asalariadas/os:** Persona con empresa propia y con trabajadoras/es a su cargo.
- **Autónoma:** Persona que trabaja por cuenta propia, pero no tiene empresa constituida.
- **Cooperativista:** Persona que trabaja en una cooperativa, como socio cooperativista.
- **Asalariada:** Persona que trabaja por cuenta ajena, con un contrato laboral fijo o eventual.
- **Desempleado:** Persona que no trabaja y está a la búsqueda de empleo, bien si ha tenido antes trabajo remunerado o nunca lo ha tenido y busca su primer empleo.

En Nicaragua lo más común es que las personas posean negocio propio, como: pulperías, fritangas, venta de ropa de segunda mano, confecciones de ropa, comedores, etc. Sin

embargo, como el nivel educativo ha ido en aumento, la población obtiene mejores empleos. No obstante, la mayoría de las mujeres son amas de casa. Por lo consiguiente para realizar un estudio donde se abarque este aspecto, se deben tomar como variables los empleos más comunes del país.

III.2. Nivel educativo

Para conocer el concepto de nivel educativo primero se debe entender el significado de Nivel, según Definición Abc (2018), afirma que Nivel “Hace referencia a la presencia de etapas y estados que se dan en una situación particular y que por lo general está compuesta por dos o más de ellos” (pp.1). En el caso específico de la educación se encuentran 3 niveles, los dos primeros como primario y secundario que están considerados como básicos y de cumplimiento obligatoria, en tanto el nivel terciario, que corresponde a la enseñanza que se imparte en universidades. Cada uno de los niveles tiene sus propias características:

III.2.1. Nivel primario

El nivel primario, también denominado como enseñanza básica o primaria es aquella que a los individuos les garantiza la alfabetización conforme, es decir, en el tiempo que dura la misma que normalmente son seis años, identificados con grados, se aprende a leer, escribir, a realizar cálculos y a comprender algunos conceptos básicos que resultan esenciales para el desempeño en la sociedad. La meta de este nivel es aportarles a los alumnos una formación común e integral que les permita desarrollar sus capacidades motrices, personales, de relación y sociales. Los niños ingresan a la escuela primaria entre los 5 y 6 años, finaliza cuando tienen entre 12 y 13 años; es de cumplimiento obligatorio y es el paso previo obligatorio para poder ingresar al nivel siguiente que es el secundario.

III.2.2. Nivel Secundario

También llamado educación secundaria es el paso previo a los estudios de enseñanza media o superior y se propone preparar al alumno para que pueda alcanzar el siguiente nivel, y además que pueda desarrollar capacidades, habilidades y valores que le permitan desempeñarse satisfactoriamente en la sociedad. El nivel secundario se aplica entre los 13 y 17 años.

III.2.3. Nivel Terciario

El nivel terciario o enseñanza superior se refiere a todos aquellos centros educativos o instituciones de enseñanza que permiten cursar una carrera profesional y obtener tras su cumplimiento un título de grado o superior. Tal es el caso de abogado, médico, enfermero, odontólogo, veterinario, diseñador, entre otros. Una condición habitual antes de ingresar a este nivel es realizar un curso de ingreso y aprobarlo.

III.3. Bienes y servicios

Tanto la situación y medio laboral como el nivel educativo, producen una influencia positiva o negativa en el ingreso económico de la población, una persona con un nivel terciario en educación tiene mayor posibilidad de conseguir un empleo bien remunerado a una que solo obtuvo el nivel primario, otro ejemplo es el de alguien que posee una situación laboral en paro el cual no tendrá un ingreso económico fijo como el que es asalariado.

Otro aspecto importante es la accesibilidad que posee la población, familia o persona a los bienes y servicios, estos poseen influencia en la salud y van ligados a los ingresos económicos y ubicación geográfica, por ejemplo el tamaño de la casa en que habiten debe poseer una habitación por cada dos personas de lo contrario estaríamos ante hacinamiento, el cual es un factor de riesgo para la obtención de enfermedades, esto depende del nivel económico, personas que dependan de esa fuente de ingreso, entre otros. La ubicación geográfica es fundamental para el acceso a algunos servicios básicos, aunque estamos en el siglo XXI, aún

existen muchas comunidades rurales alejadas en las cuales no se cuenta con energía eléctrica, agua potable, aguas negras, centros de salud cercanos etc.

IV. Factores socioculturales del paciente

Los factores culturales (religiosos) determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente, e influyen directa o indirectamente sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud. En la literatura se han descrito diversas estrategias para incrementar la adherencia terapéutica (Becker y Rosenstock 1984, Sarafino en 1990 y Spilker en 1992). Algunas de ellas están destinadas a modificar las creencias, actitudes y atribuciones tanto en el profesional de la salud como en el paciente en relación con la adherencia, sus dificultades y consecuencias. Otras están orientadas a la modificación de la creencia del paciente en materia de salud, y otras se proponen modificar el apoyo social fomentando en el entorno social inmediato del enfermo su adherencia a las prescripciones, o integrándolo a grupos de autoayuda.

IV.1 Creencias religiosas

La religión abarca creencias subjetivas acerca de un ser superior, Pérez & Merino (2012) indican que la “religión se refiere al credo y conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina e implica un vínculo entre el hombre y Dios o los dioses.” La influencia de la religión en las personas modifica su comportamiento según sus normas morales e incurrirá en determinados ritos. Entre las principales religiones que encontramos están.

IV.1.1. Católico

Es la religión de mayor predominancia a nivel mundial, es la congregación de los fieles al cristianismo que se encuentra regida por el papa, según la doctrina, fue fundada por Jesucristo y dirigida por los apóstoles en sus primeros tiempos. Su misión principal, apare de elaborar, impartir y propagar las enseñanzas de Cristo y preservar la unidad de los fieles, es ayudar a recorrer el camino espiritual hacia Dios.

IV.1.2. Evangélico

El cristianismo evangélico o religión protestante arguye la esencia del evangelio que consiste en la doctrina de la salvación por gracia a través de la fe en la expiación de Jesús de Nazaret. Es la segunda religión con más fieles en el mundo.

IV.1.3. Testigo de Jehová

Son una denominación cristiana milenarista con creencias anti- Trinitaritas distintas a las vertientes del cristianismo.

IV.1.4. Mormona

Es llamado también como movimiento de los santos de los últimos días, es una religión basada en el libro del mormón.

Estas son las religiones más comunes que hay en Nicaragua, sin embargo, existen una diversidad de religiones a lo largo y ancho del país.

V. Adherencia del Tratamiento

En toda enfermedad, sea crónica, transmisible, viral, etc, está inmersa la condición de adherencia al tratamiento. La Organización Mundial de la Salud (2018, p.1, pp.2), define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como “la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento”.

Dicho concepto no siempre es utilizado por todos los trabajadores de la salud, muchas veces ellos se encargan de crear un concepto más acertado y realista de la Adherencia Terapéutica, por ejemplo, el concepto adaptado que elaboraron Salinas & Nava (2012 p.103, pp.4) es el siguiente:

La palabra adherencia ha ido adquiriendo diversos significados a lo largo del proceso de las investigaciones, ya que hoy en día esta palabra es conocida como un tratamiento médico o farmacológico, y es definida también como algo correcto e incorrecto de acuerdo con el cuidado que cada paciente necesita. La adherencia al tratamiento implica también aceptar el diagnóstico correspondiente a la propia enfermedad, ya que esto lleva al enfermo al éxito y a un pronóstico favorable. Ocurre lo contrario cuando el paciente no se apega a su diagnóstico e, incluso, puede llegar a ser señalado o excluido dentro de una sociedad por su enfermedad.

El incumplimiento es la principal causa que evita la obtención de todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los enfermos. La falta de adherencia terapéutica es la herramienta que se utiliza para considerar la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo cual implica la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables. Por esta razón, los pacientes con problemas crónicos debido a esquizofrenia, epilepsia, hipertensión, diabetes mellitus, entre otros, recaen y se complican por no llevar un tratamiento adecuado, puesto que hay estudios que mencionan que las recaídas se van presentando cada vez más severas y éstas son por la falta de adherencia al tratamiento; esto conlleva un riesgo de retrocesos, hasta del 100% en aquellos pacientes que interrumpen el tratamiento farmacológico.

Factores de riesgo:

- Antecedentes de abandono.
- Antecedentes de mala respuesta subjetiva por efectos adversos.
- Ausencia de acuerdo explícito.
- Mala evolución.
- Ausencia de control externo de la familia
- Ausencia de la enfermedad.
- Baja expectativa terapéutica.
- Baja adherencia a las expectativas terapéuticas.

- Consumo de sustancias ilícitas.
- Acatisia, embotamiento y aumento de peso

V.1. Adherencia terapéutica en la hipertensión

Es bien conocido que la hipertensión incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general.

La incidencia del accidente cerebrovascular (ACV) aumenta aproximadamente tres veces en los pacientes con hipertensión fronteriza, y aproximadamente ocho veces en aquellos con hipertensión definitiva. Se ha calculado que 40% de los casos de infarto agudo de miocardio (IAM) o de ACV es atribuible a la hipertensión.

A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, los estudios revelan que, en muchos países, menos del 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran una presión arterial óptima. Por ejemplo, en el Reino Unido y los Estados Unidos, solo 7 y 30% de los pacientes, respectivamente, tenía buen control de la presión arterial, y, en Venezuela, solo 4,5% de los tratados lo presentaba. La adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de la falta de control de la hipertensión. El mejor cálculo disponible es que la adherencia deficiente al tratamiento contribuye a la falta de buen control de la presión arterial en más de dos tercios de los hipertensos. (OMS, 200, cap. III, p.12, pp.6-7).

Según los datos aportados por el doctor Javier Soto, del Departamento de Fármaco economía de Pfizer, “la mala adherencia es responsable de entre el 5 y 10% de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas y 125.000 fallecimientos al año en Estados Unidos”. De hecho, la no adherencia se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, en un incremento de la morbi-mortalidad, en la disminución de la calidad de vida y en la necesidad de administrar otros tratamientos, además de aumentar el consumo de recursos socio-sanitarios. Cuando un paciente acude al sistema sanitario se generan una serie de costos asociados a ese acto médico, derivados de:

- Costo de adquisición, preparación, administración y monitorización de los medicamentos.

- Costo de hospitalización, visitas consulta externa y/o médico de familia, visita al servicio de urgencia, etc.
- Costo de consulta intrahospitalaria o entre niveles asistenciales.
- Pruebas complementarias efectuadas y analíticas realizadas.
- Cirugía y otros procedimientos (diálisis, trasplante, etc.)
- Costo de tratamiento recaídas/recidivas

La buena adherencia terapéutica mejora la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los modos de vida saludables, como modificar regímenes alimentarios, aumentar la actividad física, no fumar y observar un comportamiento sexual seguro, y de las intervenciones farmacológicas de reducción de riesgos. Se ha demostrado que la buena adherencia mejora el control de la presión arterial y reduce las complicaciones de la hipertensión. El grado de adherencia se ha correlacionado en forma directa con los resultados de tratamiento en pacientes deprimidos, independientemente de los medicamentos antidepressivos usados.

Existen pruebas fehacientes que sugieren que los programas de autocuidados ofrecidos a los pacientes con enfermedades crónicas mejoran el estado de salud y reducen la utilización y los costos. Cuando el autocuidado y los programas de adherencia se combinan con el tratamiento regular y la educación específica de la enfermedad, se han observado mejoras significativas en los comportamientos que fomentan la salud, la atención de los síntomas cognoscitivos, la comunicación y el tratamiento de las discapacidades. Además, tales programas parecen reducir la cantidad de pacientes hospitalizados, los días de estadía hospitalaria y las consultas ambulatorias.

V.1.1. Factores implicados en la falta de adherencia terapéutica

V.1.1.1. Factores relacionados con la enfermedad

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

V.1.1.1.1. Ausencia de los síntomas

No es más que la falta de todos aquellos malestares o signos que nos dan a conocer la presencia de un malestar o enfermedad.

V.1.1.1.2. Aceptación de la enfermedad

La Dra. Elisabeth Kubler-Ross (2014, pp.2-20) ha identificado las cinco etapas de ajuste a medida que aprendemos a aceptar una enfermedad crónica:

- 1. Negación:** Las personas no estamos preparados para enfrentarnos a la pérdida de la salud, de manera que negamos la enfermedad.
- 2. La ira o el enfado:** En esta etapa reconocemos que la negación no puede continuar, porque la enfermedad es totalmente evidente. Aparecen sentimientos como la ira y todos los sentimientos asociados a la misma y esto provoca que no nos dejemos cuidar o si se dejamos que resulte más complicado.
- 3. Negociación:** En esta etapa alcanzaremos un último intento de llegar a un compromiso con la propia realidad de la enfermedad crónica.
- 4. Depresión:** El problema de salud que causa la enfermedad realmente nos impacta a diferentes niveles como el físico, el psíquico y el social

- 5. Aceptación:** Habiendo pasado por las cuatro etapas anteriores, ahora la enfermedad se acepta como parte más de nuestra vida, una realidad con la que debemos de vivir porque no existe otra vía de escape.

V.1.1.2. Factores relacionados con el tratamiento

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

V.1.1.2.1 Efectos colaterales

No todos los fármacos causan efectos colaterales o efectos secundarios en las personas que los toman, puesto que para que esto ocurra se ve vinculado el organismo del paciente y la farmacología del medicamento. Según la OMS (2018), una reacción adversa a un medicamento (RAM) se puede definir como "cualquier respuesta a un fármaco que es nociva, no intencionada y que se produce a dosis habituales para la profilaxis, diagnóstico, o tratamiento" (pp.1). Por tanto, las RAM son efectos no deseados ni intencionados de un medicamento, incluidos los efectos idiosincrásicos, que se producen durante su uso adecuado. Difieren de la dosificación excesiva accidental o intencionada o de la mala administración de un fármaco. Se sabe que distintos pacientes suelen responder de manera diferente a una determinada pauta de tratamiento. Por ejemplo, en una muestra de 2.422 pacientes que habían tomado combinaciones de fármacos con interacciones conocidas, sólo 7 (0,3%) presentó alguna manifestación clínica de interacción. Por tanto, además de las

propiedades farmacéuticas del fármaco, algunas características del paciente predisponen a RAM:

- Extremos de edad.
- Enfermedades intercurrentes.
- Interacciones farmacológicas.

V.1.1.3 Factores relacionados con la atención en salud

Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

V.1.1.4 Factores relacionados con el paciente

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

V.1.1.4.1 Confianza en efectividad del tratamiento

La confianza en que un tratamiento farmacológico reduzca o elimine los síntomas de una enfermedad es un aspecto meramente subjetivo, donde el paciente espera sentir mejoría en su salud después de tomar un tratamiento. Sin embargo, existen pacientes que son renuentes al uso de medicinas, esto puede suceder por falta de conocimiento acerca del medicamento.

V.1.2 Porcentaje de adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo

Cuando hablamos de Adherencia a un tratamiento no basta con decir si el paciente es o no adherente, resulta sumamente necesario calcular su porcentaje de adherencia con el fin de buscar las medidas necesarias para que el paciente logre ser completamente adherente, es decir, logre un 100% de cumplimiento. Según Guillen (2010):

Existen métodos directos e indirectos; en cuanto a los métodos directos, estos son los más sensibles y específicos, se basan en la determinación analítica del medicamento prescrito al paciente o de alguno de sus metabolitos en los fluidos orgánicos; es muy costoso y sofisticado, quedan lejos de ser utilizados por el médico de atención primaria puesto que suelen ser invasivos y precisan de exploraciones analíticas complementarias. Mientras que los métodos indirectos son de menor costo, sin embargo, la mayoría de ellos son subjetivos, se basan en la propia estimación del médico o enfermera acerca del grado de cumplimiento por parte de sus pacientes; por desgracia el personal de salud suele sobreestimar la adherencia de sus pacientes.

Siguiendo con los métodos indirectos, existe uno basado en la objetividad, este lleva por nombre **“Recuento de comprimidos o tabletas”**, el cual nos permite identificar el porcentaje de cumplimiento (PC), este método consiste en contar los comprimidos que quedan en el envase o blíster entregados al paciente y así de este modo los que ha ingerido, para ello se requiere la fecha en que se les entregó el tratamiento, todo este a través de una fórmula matemática donde se divide el número total de comprimidos consumidos hasta la fecha entre el número de comprimidos que el paciente debió tomar, y el resultado de esta división se multiplica por 100%, de esta manera obtenemos el PC.

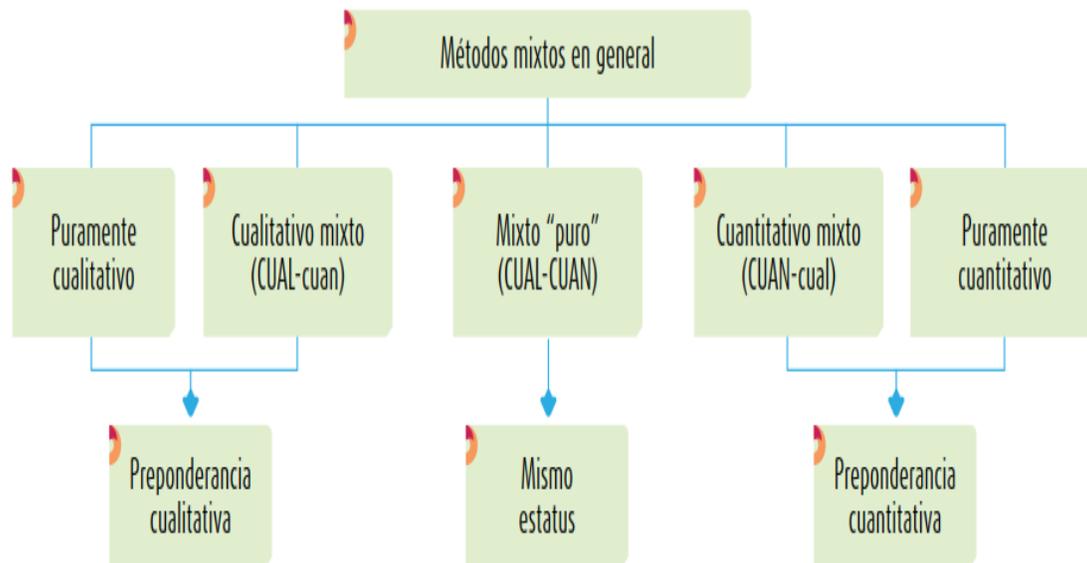
Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud "Villa Bosco Monge", Masaya, I semestre 2019.

Para que el paciente sea considerado Adherente a su tratamiento tiene que obtener de un 80%-100% de PC, aquellos pacientes que obtienen menos de 80% se clasifican como No Adherentes o Hipo adherentes.

Diseño metodológico

Según el enfoque filosófico de la investigación

Es una investigación de **enfoque mixto**, porque representa: un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implica la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta para realizar inferencias producto de toda la información recabada. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Es así que este estudio dentro de las clasificaciones de los estudios mixtos tiene un predominio cuantitativo (CUAN - Cual).



Página 535

Enfoque cualitativo: Se estudia las variables no medibles numéricamente entre ellas están el impacto de las creencias de los pacientes sobre la adherencia al tratamiento. Éstas variable se obtuvieron mediante el cuestionario estructurado.

Enfoque cuantitativo: Es el enfoque predominante dentro del estudio, porque contiene la mayor cantidad de variables, entre ellas: edad, factores socio económicos y el grado de

adherencia al tratamiento antihipertensivo, dichas variables se midieron a través del cuestionario estructurado y la guía de valoración del paciente.

Según el tiempo de ocurrencia

Se considera **ambispectivo**, debido a que “es una combinación del estudio prospectivo y el retrospectivo.” Es retrospectivo porque recoge datos procedentes de la historia clínica del paciente (expediente) y también es prospectivos porque se recogen datos actuales a partir del cuestionario aplicado a cada paciente en estudio.

Según el periodo y la secuencia del estudio

Es **de corte transversal** realizado en un periodo de tiempo determinando: febrero, 2018-marzo, 2019. Se consideran transversales los estudios en los que se examinan la relación entre una enfermedad y una serie de variables en una población determinada y en un momento del tiempo. Es decir, la presencia de la enfermedad y la exposición se observa simultáneamente, lo que dificulta la interpretación causa efecto.

Según el análisis y el alcance de los resultados

Es **de alcance descriptivo**, este tipo de estudio únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta, busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). El presente estudio busca especificar las características sociales, demográficas y económicas de las pacientes, y pretende medir el grado de adherencia terapéutica.

Área de estudio: Como su nombre lo dice es el área geográfica donde se lleva a cabo un estudio, en este caso, se centra en el barrio Villa Bosco Monge, ubicada en el departamento de Masaya; esta villa está conformada por 8 grupos (A, B, C, D, E, F, G, H) y la II Etapa. Posee un aproximado de mil habitantes. Sus límites son:

- Al norte: Con la comarca El Comején.
- Al sur: Con el barrio La Estación.
- Al este: Con el barrio Héroes y Mártires de Monimbó.
- Al oeste: Con el barrio San Fernando.

Sujeto de estudio: Los sujetos en estudio son personas de sexo femenino con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten al programa de crónicos del puesto de salud Villa Bosco Monge, las cuales fueron elegidas a través del muestreo aleatorio sistemático.

Criterios de Inclusión

- Ser mayor de edad.
- Padecer Hipertensión arterial.
- Ser paciente activo en el programa de crónico en el Puesto de Salud “Villa Bosco Monge”.
- Habitar en Villa Bosco Monge.
- No padecer alteraciones mentales.
- Tener disposición de participar en el estudio.
- Estar presente en el momento de las visitas domiciliarias.
- No estar bajo la influencia del alcohol ni ninguna otra sustancia alucinógena durante las visitas domiciliarias.

Criterios de exclusión

- No estar presente durante las visitas domiciliarias.
- No tener la disposición de participar en el estudio.

Universo, muestra y muestreo

Universo: Según Ludewing (2010), es el “conjunto de elementos que poseen una característica en común, la cual es objeto de estudio.” El universo de este estudio está

conformado por 69 pacientes hipertensas, todas integrantes activas del Programa de Crónicos en el Puesto de Salud Villa Bosco Monge.

Muestra: Según Hernández, Fernández, & Baptista (2010), es “un subgrupo de la población, se utiliza por economía de tiempo y recursos. Implica definir la unidad de análisis y requiere delimitar la población para generalizar resultados y establecer parámetros.” La muestra de este estudio se calculó mediante el programa “**Decisión Analyst STATS™ 2.0**” en donde se agregó el número de personas que constituye la población (69 mujeres hipertensas), el margen de error deseado (en este caso: 5%) y el margen de confiabilidad (en este caso: 95%), la muestra se obtiene dando clic en la opción “calculate”, obteniendo que la muestra del estudio es de 58 pacientes.

The screenshot displays the 'Sample Size Determination' window of the Decision Analyst STATS™ 2.0 software. The window is titled 'Sample Size Determination (Sample Size for Population Percentage Estimates)'. It features two main sections: 'Inputs' and 'Results'. In the 'Inputs' section, the 'Universe Size' is set to 69, the 'Maximum Acceptable Percentage Points of Error' is 5%, the 'Estimated Percentage Level' is 50%, and the 'Desired Confidence Level' is 95%. The 'Results' section shows 'The Sample Size Should Be...' with the value 58. The software logo and tagline 'The global leader in analytical research systems' are visible at the bottom right. A footer bar contains the contact information '817 640-6166 | www.decisionanalyst.com'.

Muestreo: Según Pineda, Alvarado, & Canales (1994) el “muestreo es la extracción de una porción de el universo en estudio cuando este es muy grande o se complica la recolección de los datos”. Para definir quiénes serán los pacientes participantes del estudio se realizó un **muestreo aleatorio sistemático** utilizando la siguiente fórmula:

$$muestra = \frac{N}{n}$$

Donde N es el universo y n es la muestra de individuos a estudiar.

$$N=69$$

$$n= 58$$

$$muestra = \frac{69}{58} = 1.1 = 1$$

Según la fórmula se escogerá a los individuos en intervalos de un puesto, es decir, los primeros 58 pacientes del censo de pacientes femeninas hipertensas (Ver Tabla 46 en Anexos).

Tabla 3. Matriz de Objetivos

Objetivos Específicos	Fuente	Técnica	Instrumento
Caracterizar demográfica y económicamente a las pacientes hipertensas de Villa Bosco Monge.	Paciente	Encuesta	Cuestionario estructurado
Identificar los factores socioculturales de las pacientes en estudio.	Paciente	Encuesta	Cuestionario estructurado
Detallar los factores asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo	Paciente	Encuesta Test de Hermes	Cuestionario estructurado
Mencionar las complicaciones de salud que han presentado las pacientes hipertensas no adherentes al tratamiento antihipertensivo.	Paciente	Encuesta	Cuestionario estructurado
Calcular el porcentaje de Adherencia terapéutica según la técnica "Recuento de comprimidos".	Paciente	Recuento de comprimidos	Guía de valoración

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Matriz de Operacionalización de Variable

Variable	Sub-Variable	Indicadores	Valor	Criterio	Instrumento
Características demográficas	Edad		<ul style="list-style-type: none"> • 18-28 años • 29-38 años • 39-48 años • 49-58 años • 59-68 años • 69 en adelante 		Cuestionario estructurado
	Sexo		<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Femenino	
	Etnia		<ul style="list-style-type: none"> • Los Chorotegas • Los Creole • Garífunas • Los Matagalpa • Miskitos • Los Nahua • Los Nicaraos • Los Rama • Los Sumos • Los Sutiabas • Mestiza 		

Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud "Villa Bosco Monge", Masaya, I semestre 2019.

Variable	Sub-Variable	Indicadores	Valor	Criterio	Instrumento	
Características económicas	Situación laboral actual	<ul style="list-style-type: none"> • Empresaria • Autónoma • Cooperativista • Asalariado • Desempleado 	Asalariado		Cuestionario estructurado	
			Secundaria completa			
	Nivel Educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Iltrado • Primaria incompleta • Primaria Completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Técnico incompleto • Técnico completo • Universidad Incompleta • Universidad Completa 				
			Tamaño de la Vivienda	Mediana		
			Bienes y servicios	Todos los servicios		
			Materiales de construcción	Piedra y zinc		
			Accesibilidad	Transporte urbano colectivo: Buses.		
	Hacinamiento	No más de 2 personas por cuarto				

Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud "Villa Bosco Monge", Masaya, I semestre 2019.

Variable	Sub-Variable	Indicadores	Valor	Criterio	Instrumento
Factores socioculturales		¿A cuál religión pertenece?	<ul style="list-style-type: none"> • Católico • Evangélico • Testigo de Jehová • Mormona • Otros 		Cuestionario estructurado
		¿En su religión se les restringe tomar fármacos?	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	No	
		¿Qué tipo de tratamiento prefiere consumir para controlar su presión arterial?	<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos • Medicina natural • Ambos 	Fármacos	
		Según usted, ¿Cuál es la mejor manera de controlar su presión arterial? Puede elegir más de una opción.	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar remedios caseros • Mantener la fe • Tomar tratamiento médico solo cuando se siente mal • Tomar tratamiento médico en tiempo y forma • Otra 		

Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud "Villa Bosco Monge", Masaya, I semestre 2019.

Variable	Sub-VARIABLES	Indicadores	Valor	Criterio	Instrumento
Adherencia del tratamiento antihipertensivo	Factores relacionados con la enfermedad	Ausencia de síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomático • Asintomático 	Sintomático	Cuestionario estructurado
		Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuál de estos síntomas presenta?	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza • Mareos • Vómitos • Visión borrosa • Observa chispas • Otro 		
		¿Cómo se siente con respecto a su enfermedad?	<ul style="list-style-type: none"> • No me considero enferma • Acepto mi enfermedad • Tratando de aceptar mi enfermedad • Deprimida • Enojada 	Aceptación	
	Factores relacionados con el tratamiento	¿El tratamiento farmacológico le ocasiona efectos secundarios?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	No	
		Si su respuesta es positiva, ¿Cuál de estos efectos secundarios le ha causado su tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> • Palpitaciones aceleradas • Dolor de cabeza • Sofocamiento • Mareos • Diarrea • Otro 		

Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud "Villa Bosco Monge", Masaya, I semestre 2019.

Variable	Sub-Variable	Indicadores	Valor	Criterio	Instrumento
Adherencia del tratamiento antihipertensivo	Factores relacionados con el tratamiento	¿Considera que es demasiado complejo (difícil) cumplir con el horario en que se debe tomar el medicamento?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	No	Cuestionario estructurado
		¿Por qué considera que es difícil cumplir con el horario de su tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> • Porque a esa hora estoy trabajando • Porque me aburre estar tomando medicamentos • Porque en el momento se me olvida y no me lo tomo • Otro 		
	Factores relacionados con la Atención en salud	¿Cómo calificaría la atención que le brinda el médico del puesto de salud?	<ul style="list-style-type: none"> • Mala • Regular • Buena • Excelente 	Excelente	
		¿En el puesto de salud le explicaron la importancia de tomarse tu tratamiento en tiempo y forma?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Sí	
		¿En el puesto de salud le entregan la cantidad completa de pastillas que le receta el médico para controlar la presión arterial?	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • La mayoría de las veces • Siempre 	Siempre	

Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud "Villa Bosco Monge", Masaya, I semestre 2019.

Variable	Sub-Variabl e	Indicadores	Valor	Criterio	Instrumen to
Adherencia del tratamiento antihiperten sivo	Test de Hermes	¿Ha dejado alguna vez de tomar el medicamento porque se encontraba peor de salud tomándola?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	No	Cuestiona rio estructura do
		Cuando se siente bien de salud, ¿Se le olvida tomar la medicina?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	No	
		Cuando se encuentra mal, ¿Se le olvida tomar la medicina?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	No	
		¿Cuántas crisis hipertensivas ha padecido en el transcurso del año?	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4 • Ninguna 	Ninguna	
		¿Cuáles complicaciones ha presentado en su salud debido a la hipertensión arterial?	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardíaca • Accidente cerebro vascular • Arteriosclerosis • Angina de pecho • Infarto • Aneurisma de aorta • Insuficiencia renal • Problema visual • Otra • Ninguna 	Ninguna	

Técnicas e Instrumentos

Técnicas

- **Revisión del expediente clínico:**

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud, el cual posee un conjunto único de información y datos personales de los pacientes, que puede estar integrado por documento escritos, gráficos, entre otros. Los cuales se hacen constar en diferentes momentos del proceso de la atención, las diferentes intervenciones del personal del área médica. Muñiz, (2018)

En el campo de la investigación médica el expediente clínico es una fuente de información confiable, al ser un documento de soporte legal en el ejercicio de la atención en salud, los datos contenidos en él son reales, además de que aporta tanto información del pasado como del presente. Por ende, se realizó una revisión exhaustiva a cada expediente correspondiente a pacientes femeninas hipertensas, para clasificar las que se encuentran activas e incluirlas como población del estudio, además se indagó aspectos importantes en la evolución de la enfermedad como el tratamiento prescrito por el médico y las cita por crisis hipertensivas.

- **Encuesta**

La encuesta es un procedimiento que permite explorar cuestiones que hacen a la subjetividad y al mismo tiempo obtener esa información de un número considerable de personas. Según Grasso (2016) citado en Eumed.net (2013): "Permite explorar la opinión pública y los valores vigentes de una sociedad, temas de significación científica y de importancia en las sociedades democráticas" (pp. 14). El cuestionario estructurado a aplicar consta de 37 preguntas cerradas.

- **Visitas domiciliarias**

Las visitas domiciliarias no son más que un instrumento de investigación y análisis del núcleo familiar de un candidato. Según la Red de Gestión Humana (2010), las visitas domiciliarias consisten en:

La realización de una entrevista al candidato y a los miembros de su familia en la que se observan y se indagan aspectos relacionados con la dinámica familiar, el entorno socio económico, las relaciones y roles del candidato con su familia, el tipo de interacción, el clima emocional, la correlación entre el nivel de ingresos económicos y el estilo de vida, los valores y costumbres del candidato y su familia, la red de apoyo familiar y social del candidato, el tipo y condiciones de la vivienda y del sector en el que habita el candidato. (p. 1)

En cuanto a los pacientes que forman parte de este estudio, se les realizó una o dos visitas domiciliarias, en dependencia del tiempo que sea necesario para lograr una correcta anamnesis, con el propósito de evitar al máximo los sesgos de información.

- **Test de Hermes**

Existe otro tipo de test para medir el conocimiento y adherencia que posee el paciente en cuanto a su tratamiento antihipertensivo. El Test de Hermes es:

Una técnica se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento. Consta de 2 partes. En la primera, se evita interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación, se intenta crear un ambiente adecuado de conversación, y se le comenta al paciente la dificultad de los enfermos para tomar la medicación mediante la siguiente frase: «la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos»; posteriormente, en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta: «¿Tiene usted dificultades en tomar los suyos?». Si la respuesta es afirmativa, el paciente es incumplidor, será un método fiable y podrán utilizarse las medidas o intervenciones que se consideren necesarias. Si responde que no, es posible que no diga la verdad por diversas causas. (p.413, pp.3)

En el test de Hermes se plantean 8 preguntas al paciente, de las cuales las preguntas número 1, 3, 4 y 8 son valorables, es decir suman puntos, un punto cada pregunta si responde correctamente. El o los pacientes serán cumplidores si suman 3 o 4 puntos, de lo contrario se verifica que el paciente tiene problemas de adherencia terapéutica. Cabe mencionar que no se realizó ningún tipo de modificación a este test, conservando así su estandarización.

- **Recuento de comprimidos**

Consiste en contar la medicación que le queda al paciente en el envase, considerando el tiempo transcurrido desde la fecha de prescripción hasta la fecha de recuento. De esta forma, conociendo la pauta de administración, podremos saber el número de comprimidos que debía haber consumido el paciente y el que realmente ha tomado, lo que nos permitirá saber si el paciente es cumplidor o no. El cálculo se realiza mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Porcentaje de adherencia} = \frac{\text{número total de comprimidos consumidos}}{\text{número de comprimidos que debía haber consumido}} \times 100$$

Así se obtiene el porcentaje de cumplimiento terapéutico; es un método suficientemente validado objetivo y fiable. Además, se ha utilizado con éxito en diversas patologías crónicas, dadas sus ventajas: es poco costoso, permite una medida cuantitativa, es objetivo y relativamente poco sofisticado; por tanto, es aplicable en la farmacia comunitaria.

Instrumento

Por instrumento para la recolección de datos se entiende cualquier material u objeto que sirva para realizar las observaciones o experiencias o para recolectar los datos. Para efectos prácticos del estudio se elaboró:

- **Cuestionario estructurado:** Integrado por 7 secciones:
 1. Datos generales
 2. Aspectos demográficos
 3. Aspectos económicos
 4. Aspectos culturales

5. Factores asociados a la No Adherencia terapéutica
 6. Complicaciones de salud secundarias a Hipertensión arterial
 7. Test de Hermes.
- **Guía de valoración del paciente:** Permite al encuestador recolectar datos como nivel de presión arterial, el total de comprimidos tomados y no tomados por el paciente, de esta manera se realiza un contraste entre lo que respondió el paciente sobre el cumplimiento de su tratamiento médico y la realidad misma.

Validación de instrumentos

Durante esta fase de la investigación se busca encontrar el grado en el que el instrumento en verdad mide la variable, esto es llamado validez del instrumento. La validación se realizó por personas expertas en la profesión: MSc. Elizabeth Hernández (Especialista en paciente crítico y Geriatría) y MSc. Marta Lorena Espinoza (Especialista en Salud Pública), ambas docentes del Instituto Politécnico de la salud “Luis Felipe Moncada”, quienes luego de examinar detalladamente el contenido de este estudio redactaron diferentes recomendaciones, las cuales fueron analizadas e incorporadas.

Pilotaje de instrumentos

El día 22 de enero se realizó el pilotaje de los instrumentos, el cual se llevó a cabo en el Centro de Salud “Altagracia”, ubicado en la ciudad de Managua, detrás del Mercado “Israel Lewites”, bajo la aprobación de la Lic. Carmen Traña, (Jefa de Enfermería), para ello se escogieron al azar 5 pacientes que asistían a su cita del programa de crónicos, con el objetivo de probar la claridad del instrumento y posteriormente hacerles los ajustes necesarios para que las participantes del estudio comprendieran mejor las preguntas y la forma de llenado del mismo, así mismo verificar si verdaderamente nos da salida a los objetivos planteados en la investigación.

Mediante el pilotaje se logró identificar algunas fallas de redacción y escasas de preguntas, las cuales serán necesarias para completar el 100 por ciento de los datos en concordancia con los objetivos del presente estudio. En conclusión, la realización del pilotaje fue de gran importancia para la mejora del instrumento, lo que facilitará la obtención de datos durante la fase de recolección de la información y así posteriormente en el procesamiento de la información y las etapas de análisis, permitiendo obtener datos confiables con el menor sesgo posible.

Método de recolección de la información

Antes de aplicar los instrumentos:

En primera instancia se procedió a presentar las cartas correspondientes para la autorización de la aplicación de los instrumentos, a la unidad de salud en la cual se realiza el estudio, al ser un puesto salud, también se solicitó la aprobación de la unidad de salud que lo rige, así como al SILAIS correspondiente, en este caso en específico fue en el SILAIS-Masaya, el Centro de Salud “Alejandro Dávila Bolaños” y al Puesto de Salud “Villa Bosco Monge”, en los cuales se obtuvo la aprobación de las siguientes autoridades:

- MSc. Edgar Membreño (Docencia del SILAIS-Masaya)
- Lic. Maritza Chavarría (Jefa del Centro de Salud “Alejandro Dávila Bolaños”)
- Dra. Ana Bermúdez (Médico encargada del Programa de crónicos del Puesto de Salud “Villa Bosco Monge”)
- Lic. Marianela Muñiz (Jefa de enfermería asistencial del Puesto de Salud “Villa Bosco Monge”)

Luego, la Dra. Bermúdez permitió realizar la revisión del expediente clínico para anotar las direcciones exactas de las pacientes, en pro de agilizar el proceso de búsqueda de cada una de ellas.

Durante la aplicación de los instrumentos:

El día viernes 25 de enero del 2019 se visitó el Puesto de salud “Villa Bosco Monge” para informar a los recursos de salud que ese mismo día se daría inicio al proceso de recolección de la información; al ser una muestra amplia (58 pacientes) el proceso se realizó en varios días, considerando el tiempo que se necesitaría para realizar las visitas domiciliarias y el tiempo disponible que poseen los encuestadores.

Ese mismo día el trabajo de campo se inició a las 8:00 am y finalizó a las 4:00 pm, tomando 1 hora de almuerzo de 12md a 1pm. Este día se logró abarcar la II etapa de Villa Bosco Monge con 7 pacientes, encontrando 5 casas cerradas. También se visitó parte del grupo A con 6 pacientes encuestadas, completando de esta manera el llenado de **13 Cuestionarios estructurados**.

El día jueves 31 de enero del 2019 se continuó con la aplicación de instrumentos, iniciando a las 8:00 am y finalizando a las 3:00 pm. Se visitó nuevamente la II etapa con el objetivo de rescatar las casas cerradas que se encontraron en la visita anterior, logrando un total de 5 pacientes encuestadas. También se logró completar el grupo A con 5 pacientes más, logrando **un total de 10 pacientes encuestadas**.

Posteriormente, el día viernes 01 de febrero del 2019 se visitó el grupo B y C con un horario de 8:00 am hasta las 4:00 pm, tomando una hora de almuerzo de 12:00 md a 1:00 pm. En el grupo B se encuestaron a 2 pacientes y se encontraron 3 casas cerradas. También se visitó el grupo C donde se encuestaron a 12 pacientes. En total, se realizó un total de **14 pacientes encuestadas**.

El día 05 de febrero se continuó con el trabajo de campo en un horario de 8:00 am a 3:00 pm, tomando una hora de almuerzo de 12:00 md a 1:00 pm. En primera instancia se visitó el grupo B con el objetivo de rescatar las casas cerradas que se encontraron en la visita anterior, luego, se visitó el grupo D donde se encontraron 1 casa cerrada y una única paciente

encuestada, culminando con la visita al grupo E encontrando a una paciente renuente al estudio y 2 pacientes encuestadas. **En total se encuestaron a 6 pacientes.**

El día 06 de febrero del 2019 se visitaron los grupos F y G con un horario de 8:00 am hasta las 4:00 pm, tomando una hora de almuerzo de 12:00 md a 1:00 pm. En el grupo F se lograron encuestar a 6 pacientes y se encontró una casa cerrada; en cuanto al grupo G se lograron encuestar a 4 pacientes y una vivienda que no se localizó. En cuanto al último grupo "H", no se visitó porque ninguna de las pacientes en estudio habita en ese sector. **En total se encuestaron a 10 pacientes.**

Se finalizó el proceso de aplicación de instrumento en un período total de 5 días, equivalente a 33 horas de terreno. Con un producto total de 57 casas visitadas: 53 pacientes anuentes al estudio, 2 pacientes renuentes, 2 casas cerradas y una casa que no se logró localizar.

Cabe destacar que el proceso fue el siguiente: Al llegar al domicilio, los encuestadores daban una pequeña explicación del porqué de la visita, procedían a pedir el consentimiento de la paciente, se daba lectura a las instrucciones del cuestionario estructurado, con el fin de que la paciente quedase clara con respecto al estudio y el procedimiento. La paciente leía las preguntas y marcaba la opción que en su caso fuera la correcta. Dentro del estudio se encontraron a pacientes iletradas y algunas que prefirieron que se les leyeran las preguntas y ellas indicaban cuál era su respuesta para que el encuestador la marcara. Al terminar de llenar el cuestionario, los encuestadores realizaban la toma de la presión arterial en ambos brazos de la paciente, los valores obtenidos se plasmaban en la guía de valoración del paciente y se calculaba la media de la P/A. por último, pero no menos importante, procedían a el recuento de comprimidos con el fin de obtener el porcentaje de adherencia del paciente.

Ventajas antes de la aplicación:

- El personal del Puesto de salud (incluyendo Enfermeras, médico y encargado de Estadística) se mostraron con toda la disposición para ayudar a la realización de este estudio.

- El Puesto de salud posee un mapa del sector de “Villa Bosco Monge” el cual abarca Los Grupos y II Etapa.
- El puesto cuenta con los archivos del programa de crónicos, el cual tiene las direcciones de los asistentes.

Dificultades durante la aplicación de los instrumentos:

- Algunas casas estaban cerradas.
- Algunas direcciones estaban mal escritas.

Plan de tabulación y análisis

De los datos que se generen en la ficha de recolección de datos, se realizara el análisis estadístico pertinente, según la naturaleza de cada una de las variables, mediante el análisis de contingencia, (crosstab análisis). Se realizarán análisis gráficos de tipo: barras.

Forma en que presentarán los resultados

Se utilizó el programa Ms-Excel para procesar las encuestas, se utilizaron las tablas dinámicas para crear las tablas de distribución de variables y los gráficos de barras. Se utilizó el programa Ms-Word para la redacción del informe final de investigación y se presentará el programa MS-PowerPoint.

Triangulación metodológica

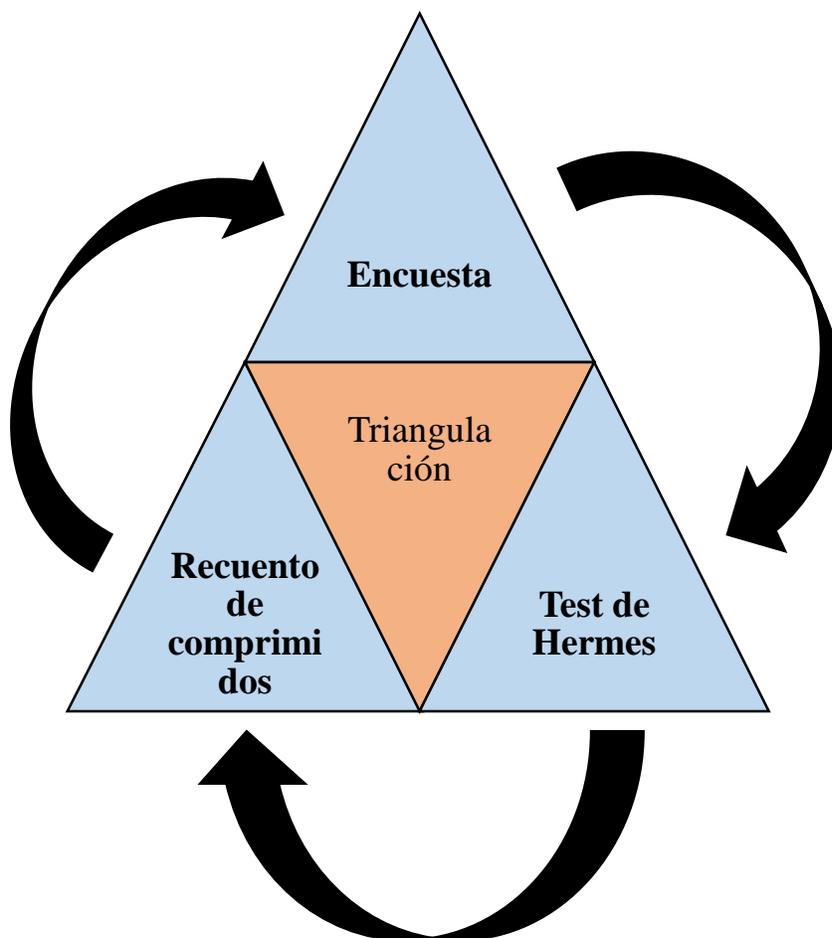
Según el sitio web Normas APA (2018), la triangulación es una “técnica de análisis de datos que se centra en el contrastar enfoques a partir de los datos recolectados. Por medio de esta se mezclan los métodos empleados para estudiar el fenómeno, bien sea aquellos de orientación cuantitativa o cualitativa.”

La triangulación de datos: Los autores al referirse a este tipo de triangulación plantean el cruce de diversas estrategias empleadas para recolectar datos. Su objetivo es verificar las tendencias detectadas en un determinado grupo de observaciones. Por su parte, Leal (2005)

en el libro titulado La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación, se refiere a este tipo de triangulación de este modo:

La denomina de métodos y técnicas y expone que tiene que ver con el uso múltiple de métodos para estudiar un problema específico. "Por ejemplo cuando se emplea la técnica de la entrevista como proceso inicial de recolección de información para luego ser contrastado con la observación participante y/o la discusión grupal" Pág.117

En este estudio se utilizó un cuestionario estructurado y 2 técnicas propias de la adherencia terapéutica: Test de Hermes y Recuento de comprimidos.



Con este tipo de triangulación se pretende contrastar los resultados que se obtengan con el test de Hermes (el cual permite recopilar datos subjetivos) con el Recuento de comprimidos (ésta es una técnica objetiva) cabe resaltar que los autores del estudio son los encargados de realizarlo, de esta manera se creará la relación entre lo que las pacientes refieren en cuanto al cumplimiento terapéutico y la realidad del mismo.

Consideraciones Éticas

Consentimiento informado

Es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales, para que los profesionales de la salud puedan realizar un tratamiento o procedimiento. (2014). Por ende, a cada paciente que forme parte de este estudio, se le entregará un consentimiento informado para que sea firmado, y se tenga el soporte legal y técnico necesario para la realización de este estudio.

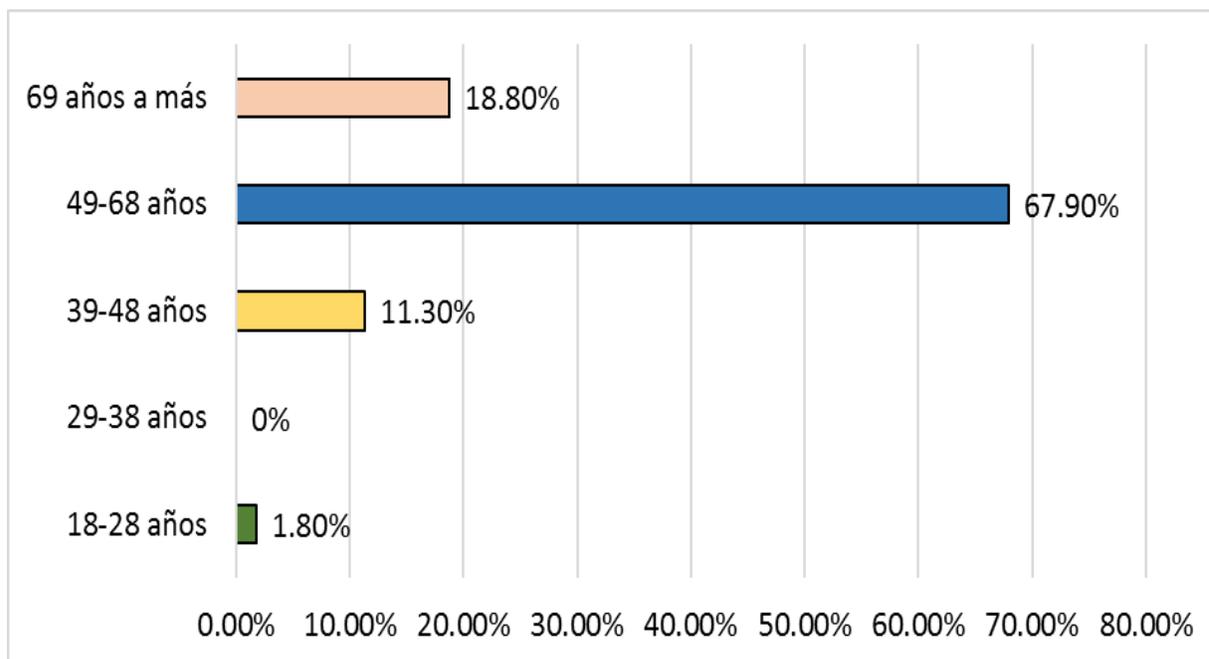
Resultados

En la siguiente sección se presentan mediante figuras los resultados obtenidos a través del instrumento, con el objetivo de mostrar los porcentajes de cada variable abordada en el estudio y así darles salida a los objetivos de investigación.

Figuras de los resultados correspondientes al objetivo: **“Caracterizar demográfica y económicamente a los pacientes hipertensos de Villa Bosco Monge”**

I. Aspectos demográficos

Figura 1. Rango de edades de las pacientes en estudio. (Ver tabla 1 en Anexos)

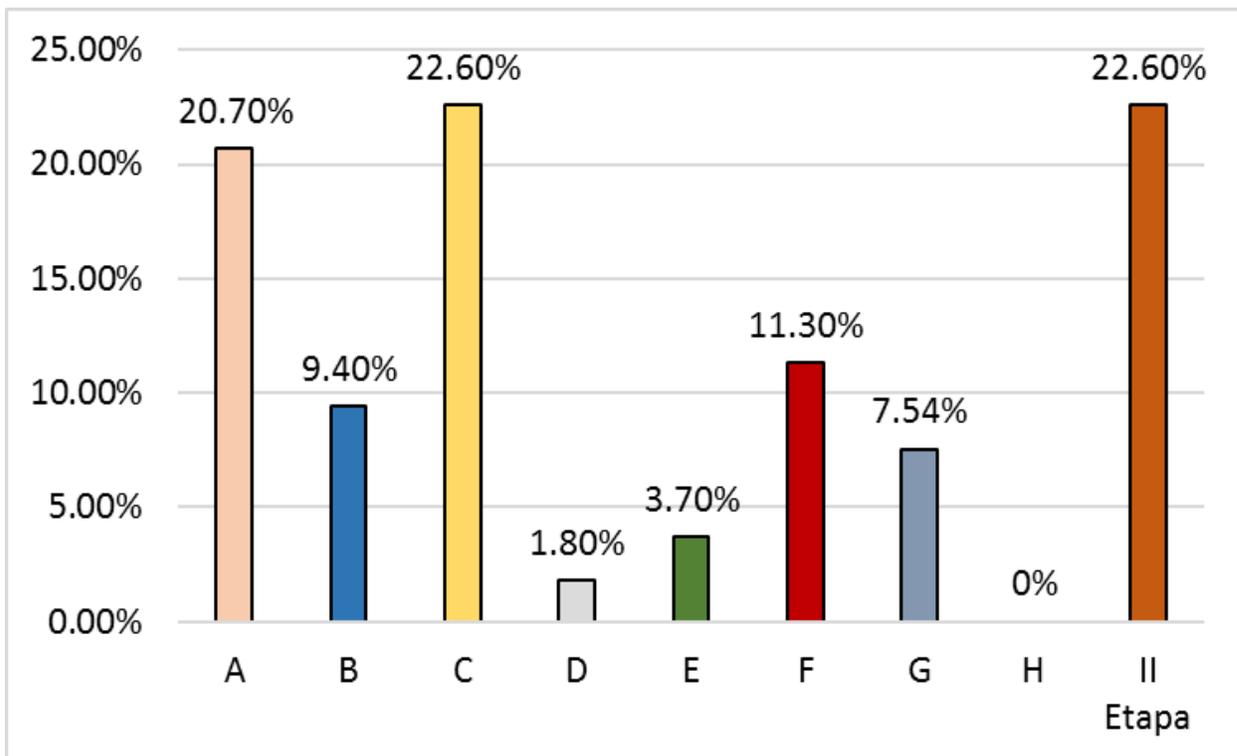


Fuente: Cuestionario estructurado

En la primera figura se puede apreciar que la mayoría de las pacientes con HTA se encuentran en un rango de edad entre 49 a 68 años con un 67.90% de prevalencia (36 pacientes), seguido de 69 años a más con 18.80% (10 pacientes). Esto puede atribuirse a que después de los 40 años comienzan a aparecer las enfermedades crónicas, en el caso de las mujeres surgen junto con la menopausia que ocurre cercana a los 45 años, también se asocia a los factores que predisponen a una persona a padecer HTA, entre ellos sobresale: la edad, debido a que la

HTA es más frecuente en las personas mayores de 60 años y el sexo, en cuanto a este aspecto se remarcó en las pacientes femeninas por ser las que poseen un mayor índice de prevalencia de HTA a nivel mundial y local.

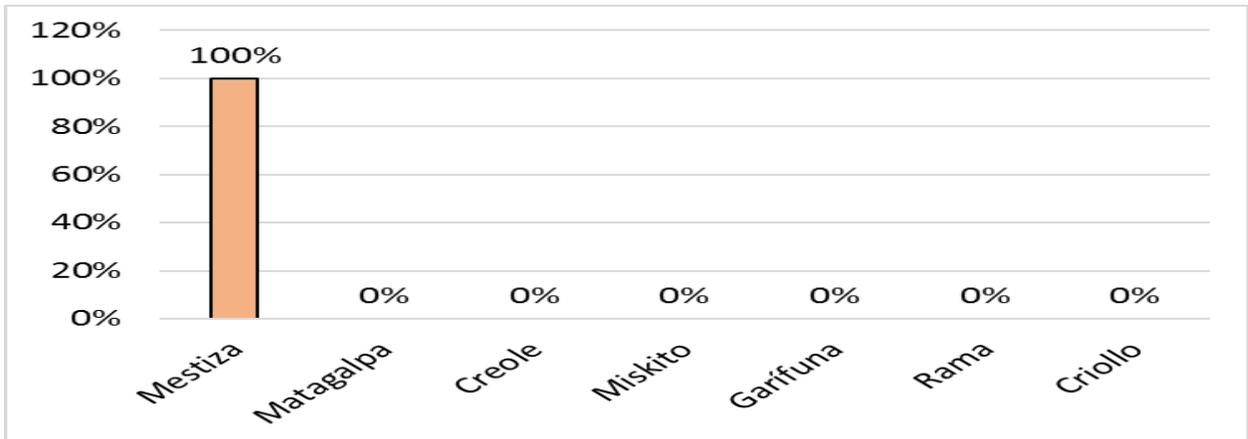
Figura 2. Grupos de la Villa Bosco Monge. (Ver tabla 2 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

La segunda figura refleja la cantidad de pacientes que existe por división territorial de Villa Bosco Monge, la cual se divide en los grupos, los cuales fueron nombrados en orden alfabético desde la A hasta la H y II Etapa. La mayoría de las pacientes hipertensas habitan en el grupo C y la II Etapa con un 22.60% (12 pacientes) cada uno, seguido del grupo A con 20.70% (11 pacientes). Es necesario mencionar que la II Etapa y el grupo C poseen una mayor extensión territorial (Ver figura 4 en Anexos) y por ende una mayor población.

Figura 3. ¿A qué etnia pertenece? (Ver tabla 3 en Anexos)

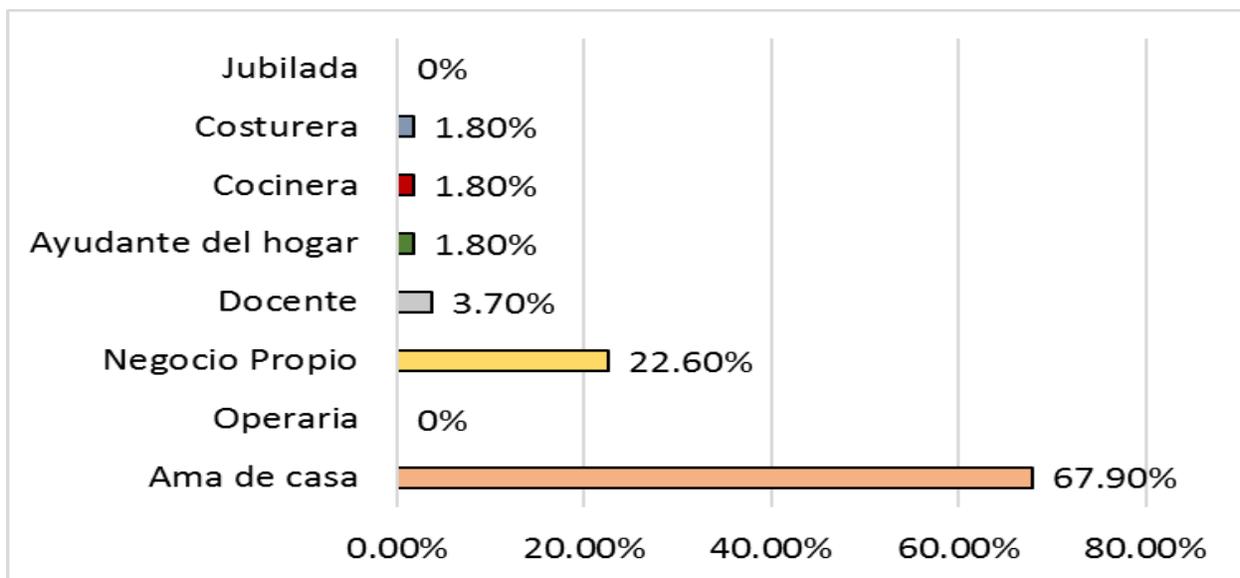


Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 3 se observa el total predominio de la raza Mestiza en los sujetos de estudio con el 100% (53 pacientes). Este resultado es atribuible al lugar de procedencia.

II. Aspectos económicos

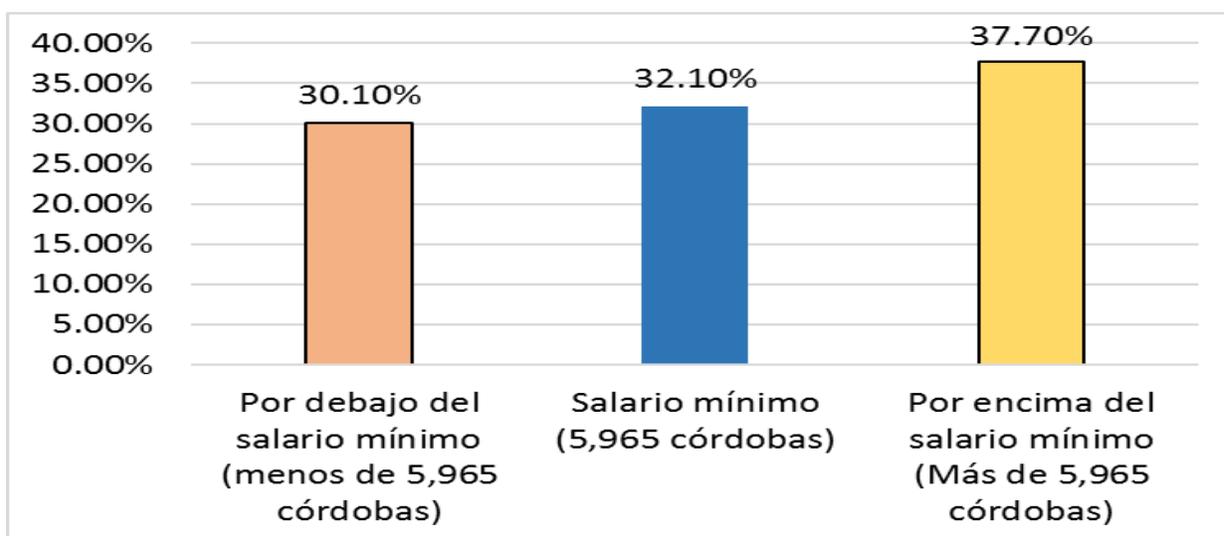
Figura 4. ¿Qué trabajo desempeña actualmente? (Ver tabla 4 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

La figura número 4 arroja datos sobre el desempeño laboral de las pacientes con HTA en estudio, donde se encuentra una mayor predominancia en las Amas de casas con un 67.9% (36 pacientes), seguido por Negocio propio con 22.6% (12 pacientes). Al ser una población femenina la que se encuentra en estudio es común encontrarnos con este tipo de resultado, porque al relacionarlo con las edades que predominan podemos concluir que en el tiempo de su formación se les inculcaron valores donde la mujer es la que se dedica al hogar, además que la tasa de escolaridad en ese período de tiempo era baja; cabe resaltar que algunas de las pacientes desempeñaron trabajos informales en su juventud, los cuales no pudieron seguir desempeñando por la edad y estado de salud. En cuanto a los negocios propios, la mayoría son pulperías (11) y una pequeña tienda de ropa semi-nueva, como una manera extra de generar ingresos económicos al hogar.

Figura 5. ¿Cuál es su ingreso familiar? (Ver tabla 5 en Anexos)

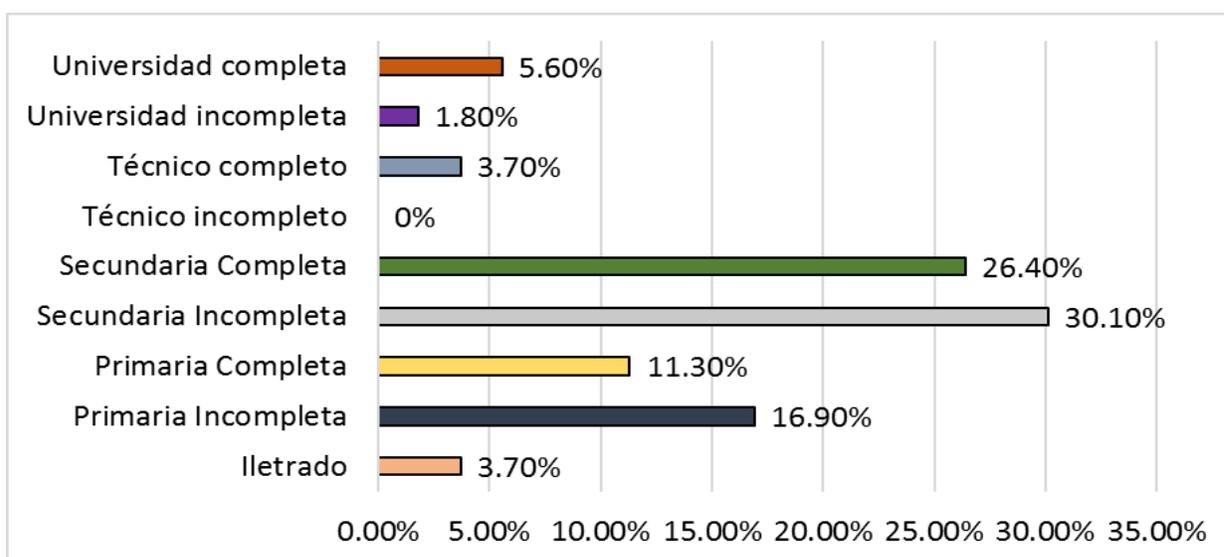


Fuente: Cuestionario estructurado

La figura número 5 muestra el ingreso económico que poseen las pacientes en estudio, donde se observa que la mayoría posee un ingreso por encima del salario mínimo con un 37.7% (20 pacientes), aunque los valores se encuentran cercanos al salario mínimo con un 32.1% (17

pacientes) y por debajo del salario mínimo con 30.10% (16 pacientes). Cabe destacar, que el ingreso en su mayoría proviene del conyugue o hijos de las pacientes, porque la mayoría de ellas es ama de casa, sin embargo, algunas poseen pequeños negocios que ayudan a aportar dinero a su hogar. Por otra parte, las viviendas que cuentan con un ingreso por encima del salario mínimo son aquellas que poseen todos los servicios domiciliarios (agua potable, energía eléctrica, televisión por cable, teléfono e internet).

Figura 6. ¿Cuál es su nivel educativo? (Ver tabla 6 en Anexos)

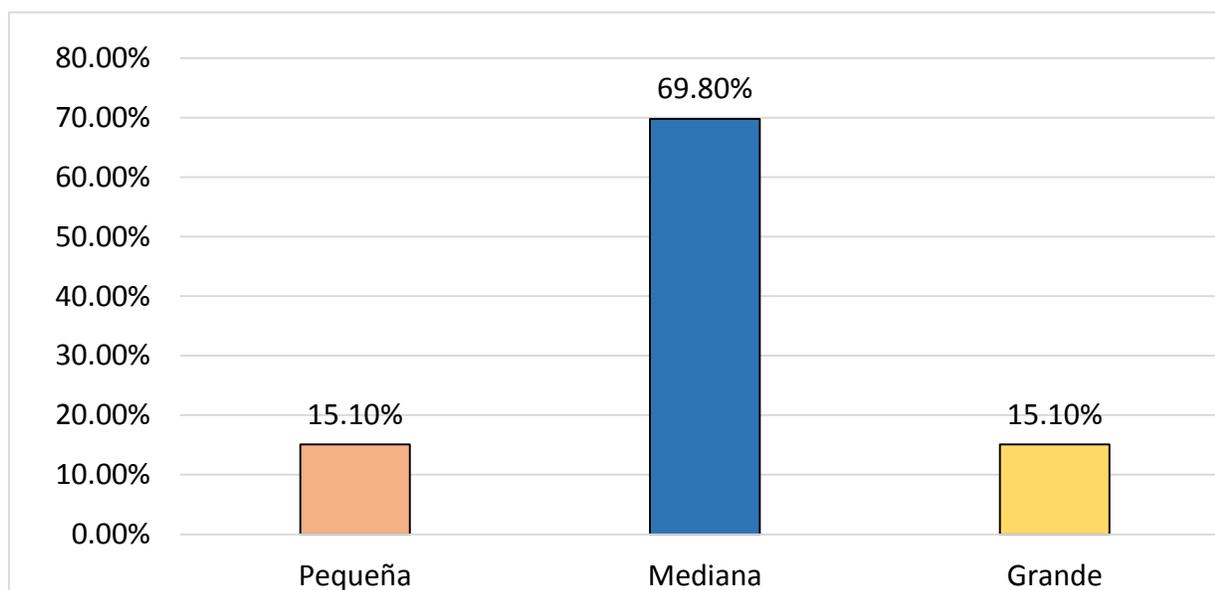


Fuente: Cuestionario estructurado

La figura número 6 representa el nivel educativo de las pacientes en estudio, donde la mayoría no logró culminar sus estudios secundarios con un 30.1% (16 pacientes), seguido de 14 pacientes que sí lograron culminar los estudios de secundaria (26.4%); también se encontró que un 3.7% (2 pacientes) son iletradas, ambas tienen más de 60 años, a estas pacientes se les dio la opción de firmar el consentimiento informado con una "X" o una línea horizontal. Dentro de las pacientes que no lograron culminar la primaria, se encontraron a algunas que refirieron no tener total dominio de la escritura, por lo cual también firmaron con una "X".

Debido a la no culminación de estudios superiores las pacientes no pudieron optar a mejores empleos, además es común que los jóvenes abandonen sus estudios por dificultades económicas, académicas o familiares.

Figura 7. ¿De qué tamaño es su vivienda? (Ver tabla 7 en Anexos)

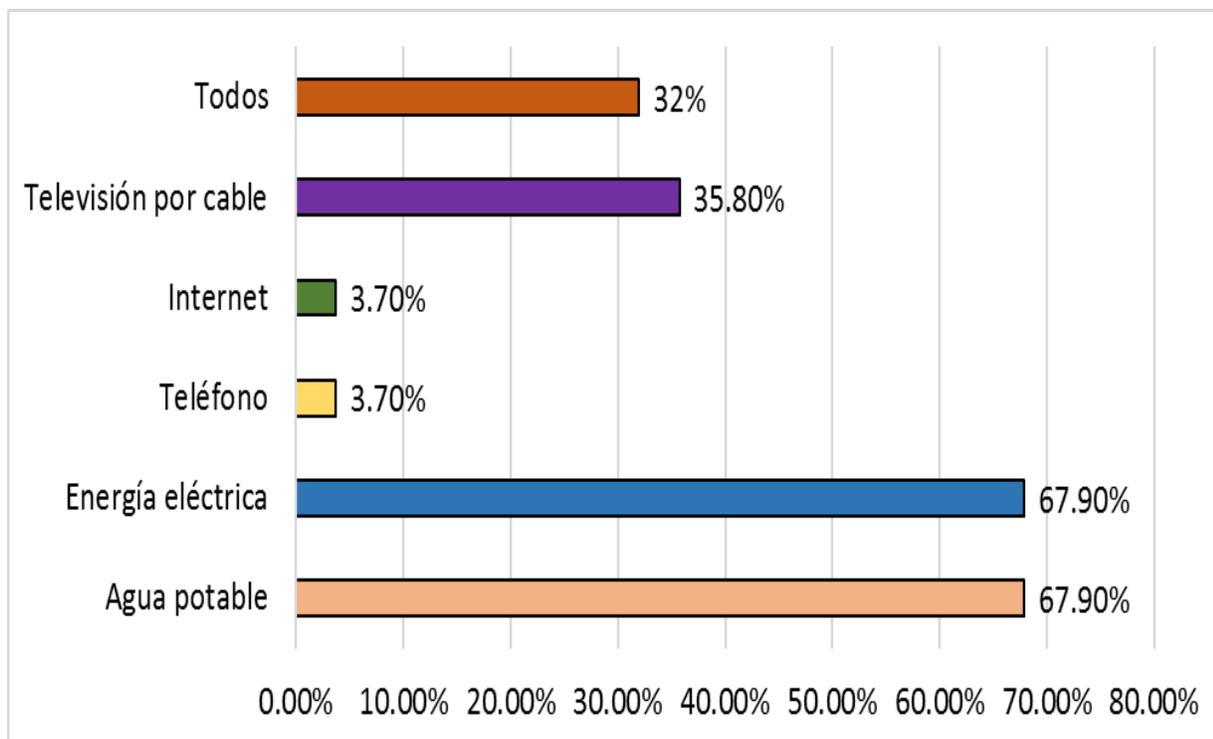


Fuente: Cuestionario estructurado

La figura número 7 representa el tamaño de las viviendas donde habitan las pacientes en estudio, donde las viviendas medianas tienen prevalencia con un 69.8% (37 viviendas), seguido por viviendas pequeñas y grandes con un 15% (8 viviendas) cada una.

Villa Bosco Monge es una urbanización, donde casi todas las viviendas poseen un tamaño estándar, de ahí procede el predominio de las viviendas de tamaño mediano; las casas grandes en su mayoría son de 2 plantas, las cuales fueron ampliadas por los dueños.

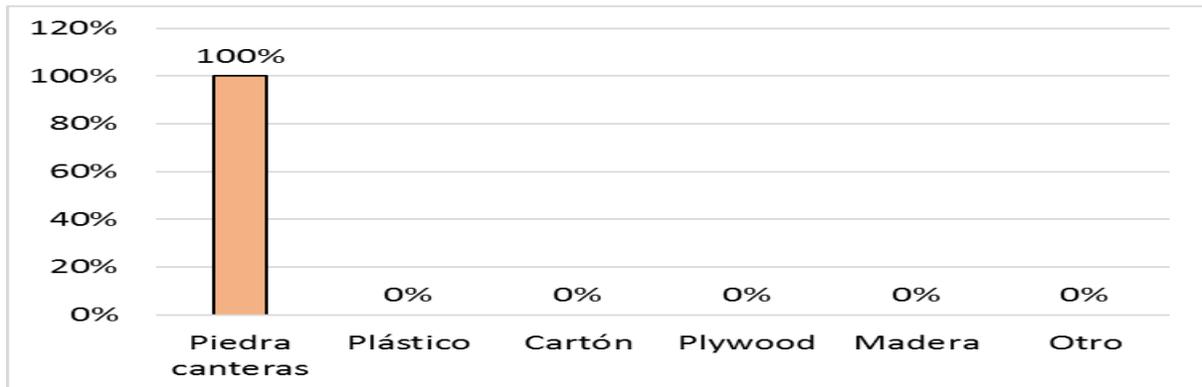
Figura 8. ¿Con qué servicios cuenta en su vivienda? (Ver tabla 8 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 8, se muestran los servicios básicos y domiciliarios que poseen los sujetos en estudio, donde el 67.9% (36 viviendas) poseen agua potable y energía eléctrica, y un 32% (17 viviendas) posee todos los servicios. Cabe destacar que las respuestas fueron de opción múltiple por lo que los resultados se promediaron con el número de veces que cada paciente seleccionó esa opción, posteriormente se dividió entre 53, que es el número total de encuestados y se multiplicó por 100% para obtener el porcentaje. Al ver esta figura se afirma que todos los hogares poseen al menos agua potable y energía eléctrica.

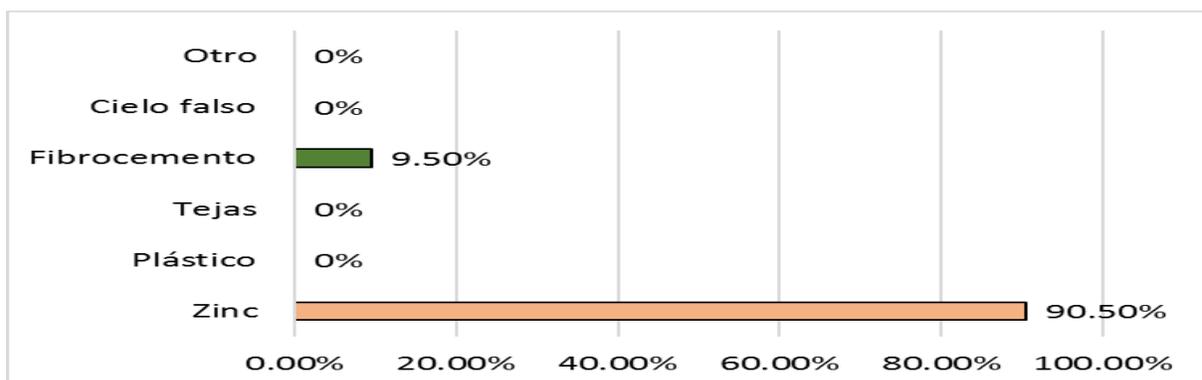
Figura 9. ¿Con qué material están construidas las paredes de su vivienda? (Ver tabla 9 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 9, se aprecia los materiales de construcción de las viviendas. El 100% está construida de piedras canteras. El dominio de este material se debe a que el asentamiento es una urbanización donde las casas están continuas unas de otras.

Figura 10. ¿Con qué material está construido el techo de su vivienda? (Ver tabla 10 en Anexos)

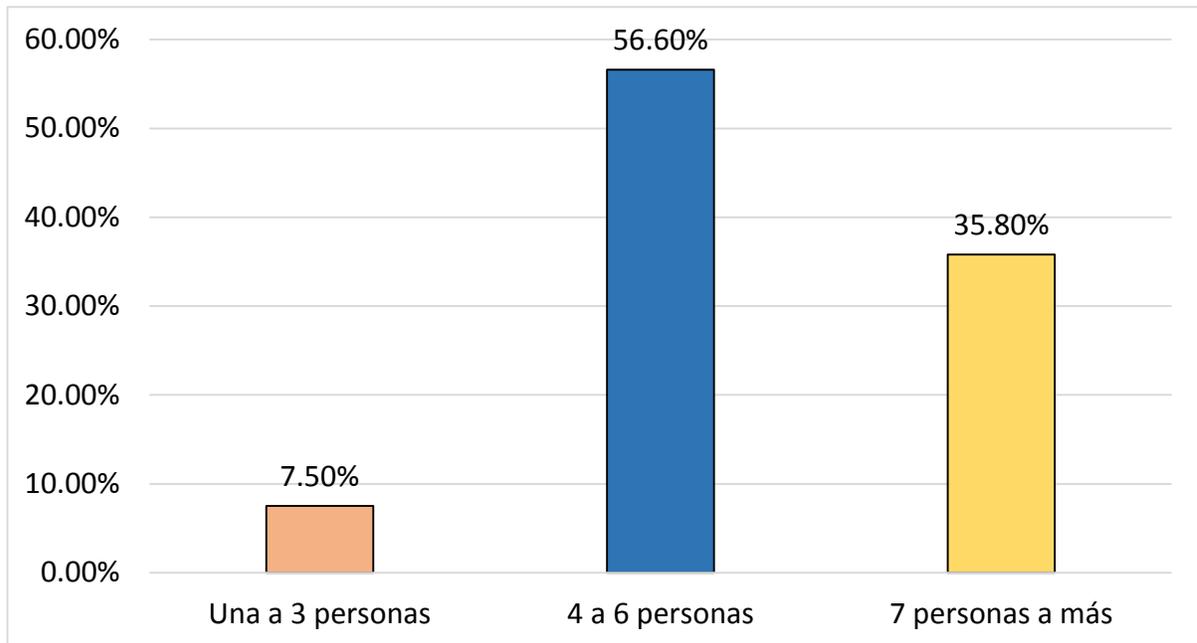


Fuente: Cuestionario estructurado

La figura 10, muestra el tipo de material en que está construido el techo de las viviendas, donde la mayoría posee el techo de zinc con una 90.5% (48 viviendas) y fibrocemento con

9.5% (5 viviendas). Las casas que presentaban fibrocemento están ubicadas en el grupo F, el resto de grupos y segunda etapa posee zinc.

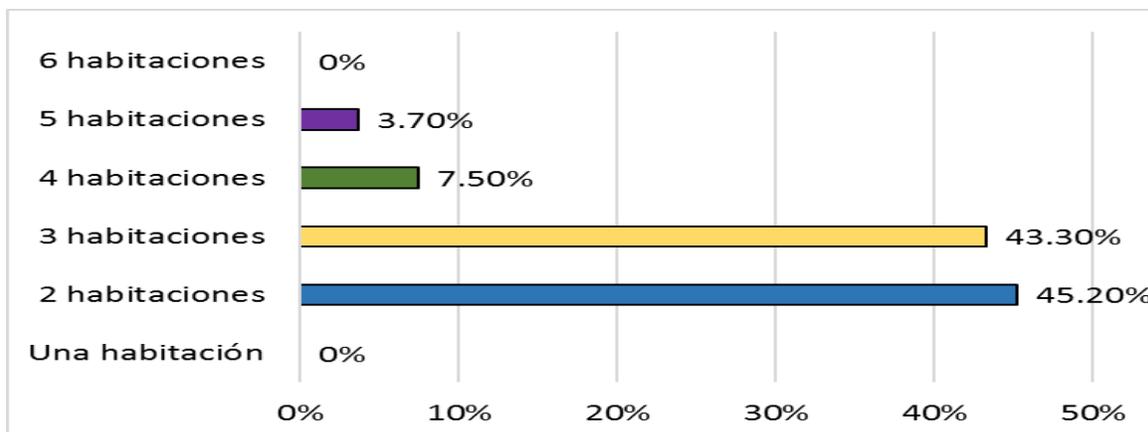
Figura 11. ¿Cuántas personas habitan en su vivienda? (Ver tabla 11 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 11 se aprecia el número de personas que habitan en cada vivienda, donde el que tiene mayor prevalencia es de 4 a 6 personas por vivienda con un 56.6% (30 viviendas), seguido de 7 a más habitantes por viviendas con 35.8% (19 viviendas). Con estos resultados se puede deducir que las familias son en su mayoría de medianas a grandes. En Nicaragua es aún común tener familias extensas, aunque este número va disminuyendo con los años debido al mejor grado de preparación y los métodos anticonceptivos.

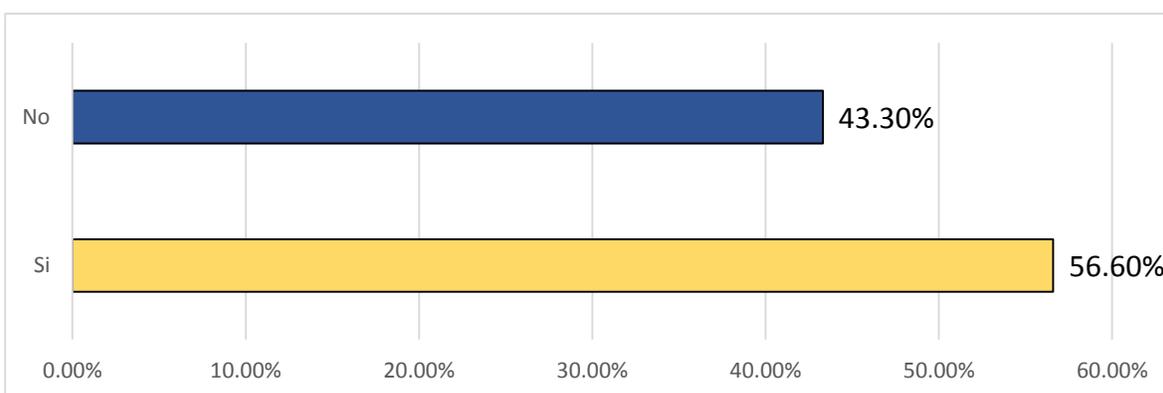
Tabla 12. ¿Cuántas habitaciones hay en su vivienda? (Ver tabla 12 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 12 muestra el número de habitaciones por vivienda con un mayor predominio de 2 habitaciones con 45.2% (24 viviendas), seguido de 3 habitaciones con 43.3% (23 viviendas), por lo que podemos evidenciar que la mayoría de las viviendas son de tamaño mediana.

Figura 13. Número de viviendas que se encuentra en hacinamiento. (Ver tabla 13 en Anexos)

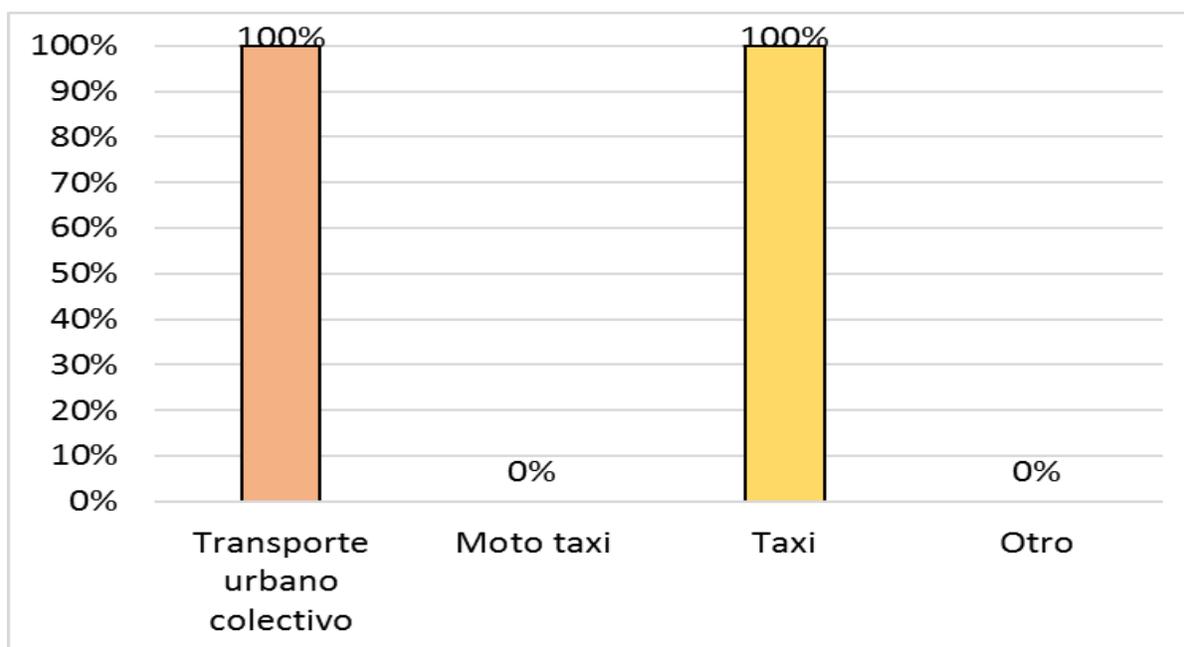


Fuente: Cuestionario estructurado

La figura número 13 muestra que el 56.60% de las pacientes femeninas con HTA se encuentra en hacinamiento, cabe resaltar que esto no es un factor que condiciona que el resto

de la familia padezca de la misma patología. Se asocia que el hacinamiento se debe a que las viviendas son parte de un proyecto de urbanización, donde la mayoría son casas de tamaño mediana; sin embargo, habitan más personas de lo recomendable, recordando que cada habitación debe ser ocupada por un máximo de 2 personas para que no se considere hacinamiento.

Figura 14. ¿Con qué medios de transporte cuentan en su barrio? (Ver tabla 14 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

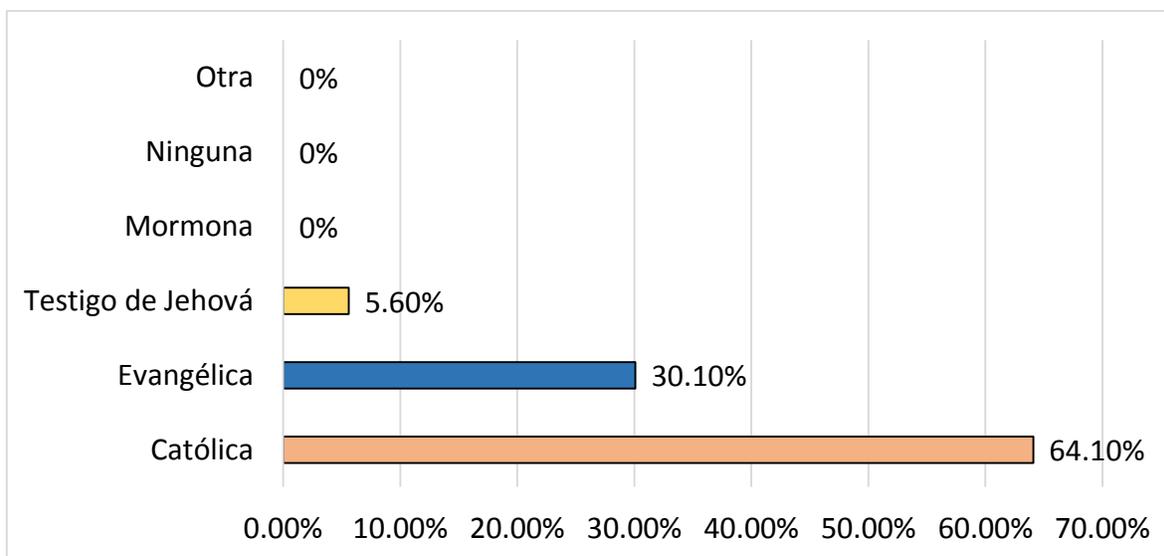
La figura 14 refleja los medios de transporte con los que cuentan los habitantes de Villa Bosco Monge: Transporte urbano colectivo correspondiente a la ruta 410 la cual abarca la vía Villa Bosco Monge-Rotonda San Jerónimo-San Miguel-Mercado Municipal, con un costo del C\$5.00 netos el pasaje por persona, y el Transporte privado el cual corresponde a Taxis, los cuales tienen una tarifa entre C\$20 Y C\$40 de acuerdo a la distancia a recorrer dentro de Masaya.

Cabe resaltar que las pacientes hipertensas no necesitan utilizar un medio de transporte para llegar al Puesto de salud, debido a que éste se encuentra ubicado en el grupo C (Ver figura 4 en Anexos), a una distancia aproximada de 5 minutos de caminata hacia los grupos A, B, C, D, 10 minutos de caminata hacia los grupos E, F, G, H y II etapa.

Figuras de los resultados del objetivo: **“Identificar los factores socioculturales de los pacientes en estudio”**

III. Aspectos socioculturales

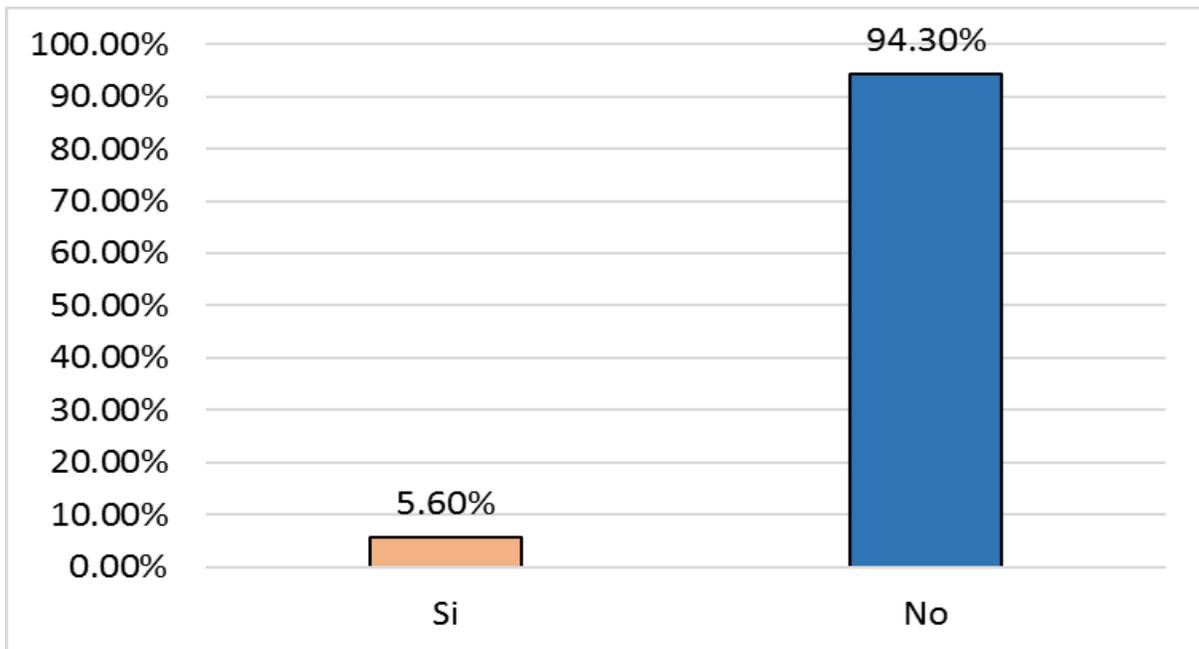
Figura 15. ¿A qué religión pertenece? (Ver tabla 15 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 15 se observa la pequeña variedad de creencias religiosas del paciente en estudio, predominando la religión católica con un 64.10% (34 pacientes), seguida de la religión Evangélica con un 30.10% (16 pacientes) y en menor medida la religión de Testigos de Jehová con un 5.60% correspondiente a 3 pacientes.

Figura 16. ¿En su religión se les restringe tomar fármaco? (Ver tabla 16 en Anexos)

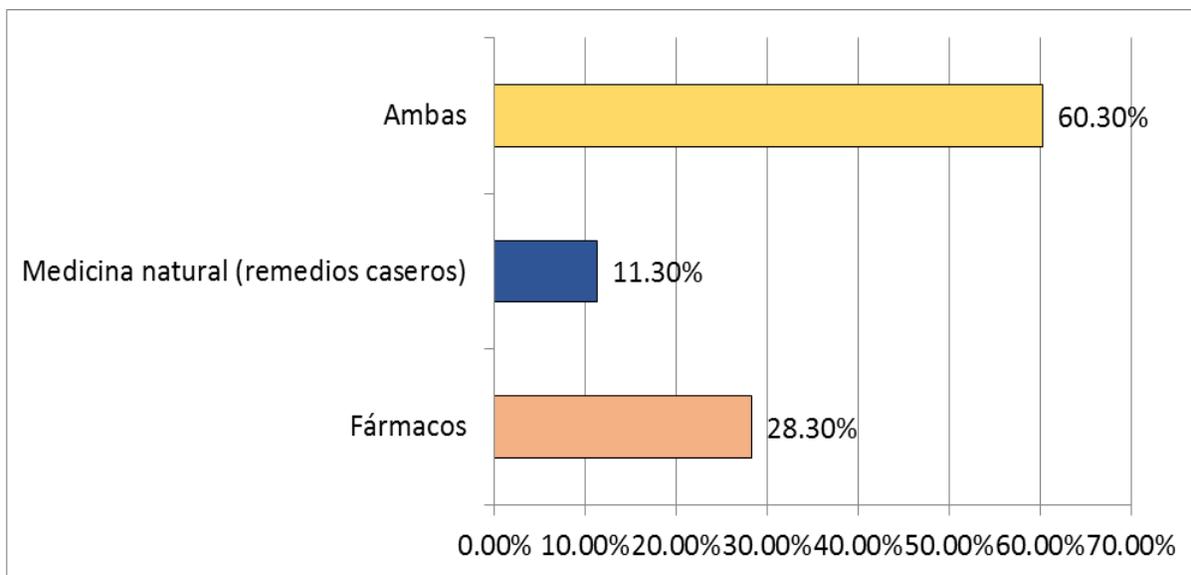


Fuente: Cuestionario estructurado

La figura 16 muestra el porcentaje de pacientes a las cuales sus creencias religiosas les restringen tomar fármacos, obteniendo un resultado de 5.60% correspondiente a las 3 pacientes femeninas que forman parte de los Testigos de Jehová, las cuales explicaron que no es una restricción absoluta, sino que les instruyen buscar soluciones naturales, ya sea té de diferentes plantas o pastillas que las contengan, en caso de que no sea suficiente con ellas, pueden tomar fármacos solamente cuando sea meramente necesario, poniéndoles como ejemplo una crisis hipertensiva.

En cuanto a las pacientes que profesan la fe Católica y Evangélica, ninguna de ellas refiere que se les restrinja el consumo del tratamiento antihipertensivo.

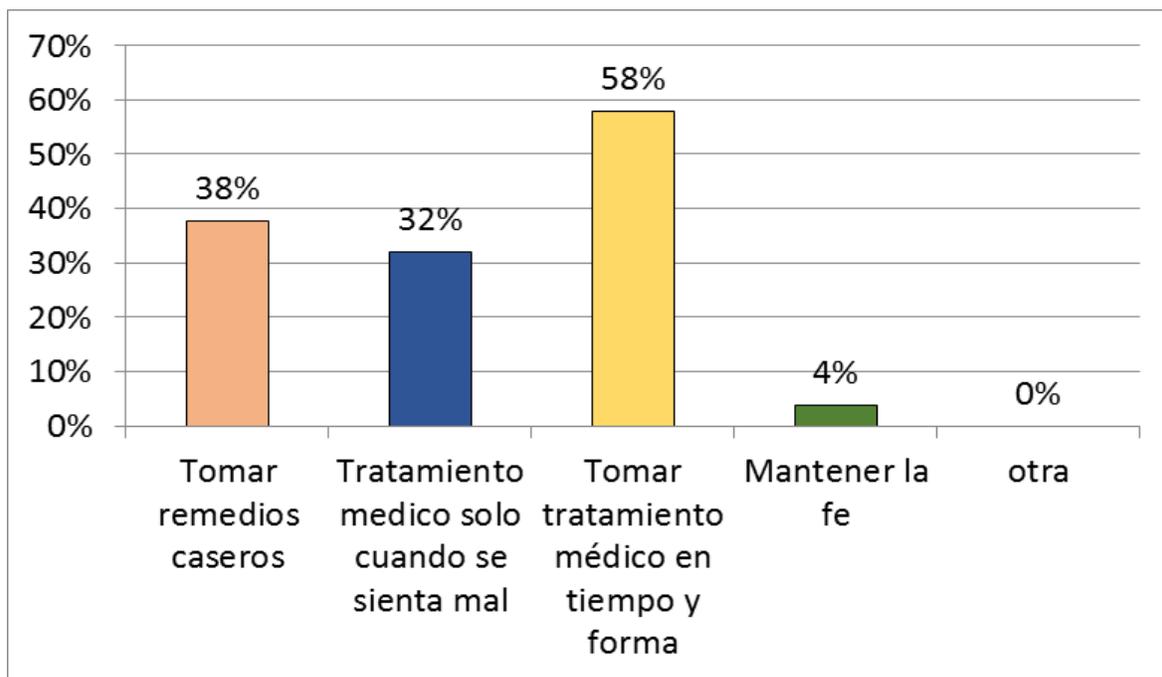
Figura 17. ¿Qué tipo de tratamiento prefiere consumir para controlar su presión arterial? (Ver tabla 17 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 17 se observa que el 60.30% (32 personas) de las pacientes encuestadas prefieren controlar su HTA mediante el consumo combinado de la medicina natural y fármacos, seguido con el 28.30% (15 personas) de pacientes que prefieren consumir el medicamento farmacológico prescrito por la Doctora que les atiende en el puesto médico.

Figura 18. Según usted, ¿Cuál es la mejor manera de controlar su presión arterial? (Ver tabla 18 en Anexos)



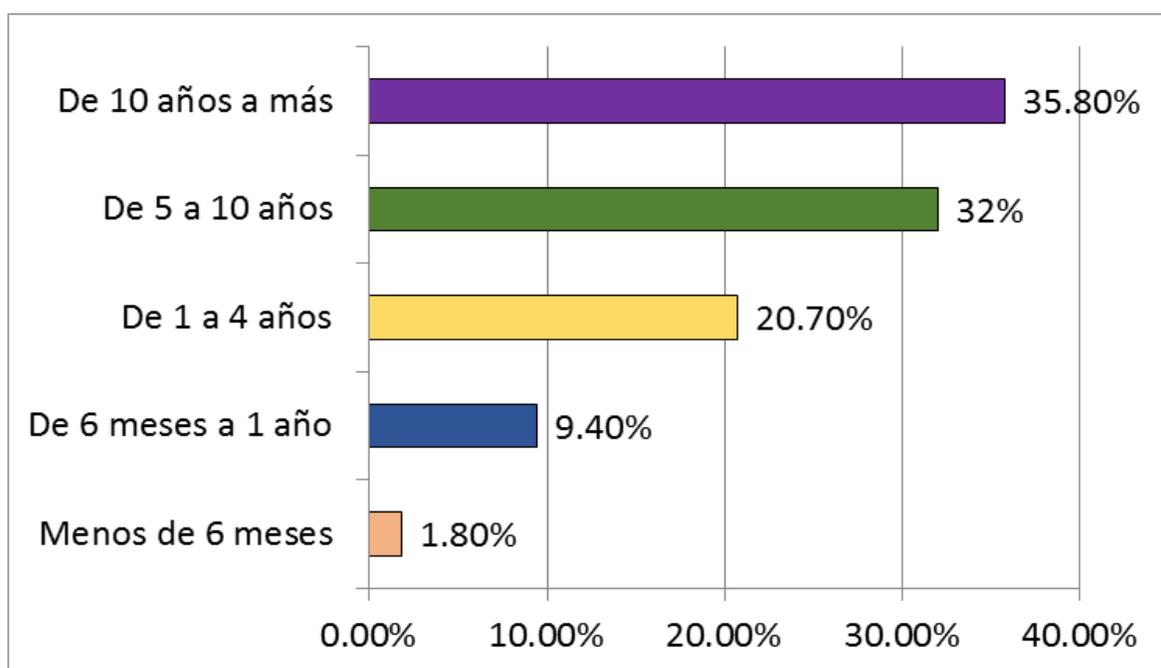
Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 18 se muestra que el 58% (31 personas) de las pacientes refieren que la mejor manera de controlar la HTA es tomando el medicamento en tiempo y forma, mientras tanto el 38% (20 personas) de las pacientes manifiestan que la HTA se controla mejor tomando medicina natural (remedios caseros), sin embargo, el 32% (17 personas) de las pacientes refieren que solo consumen medicamento farmacológico cuando se sienten mal, lo que es preocupante puesto que esto aumenta el riesgo a que estas pacientes sufran de una crisis hipertensiva, lo cual les puede causar complicaciones permanentes en su estado de salud.

Figuras de los resultados del objetivo: **“Detallar los factores asociados a la no adherencia del tratamiento antihipertensivo”**

IV.1 Factores relacionados con la enfermedad

Tabla 19. ¿Hace cuánto padece hipertensión arterial? (Ver tabla 19 en Anexos)

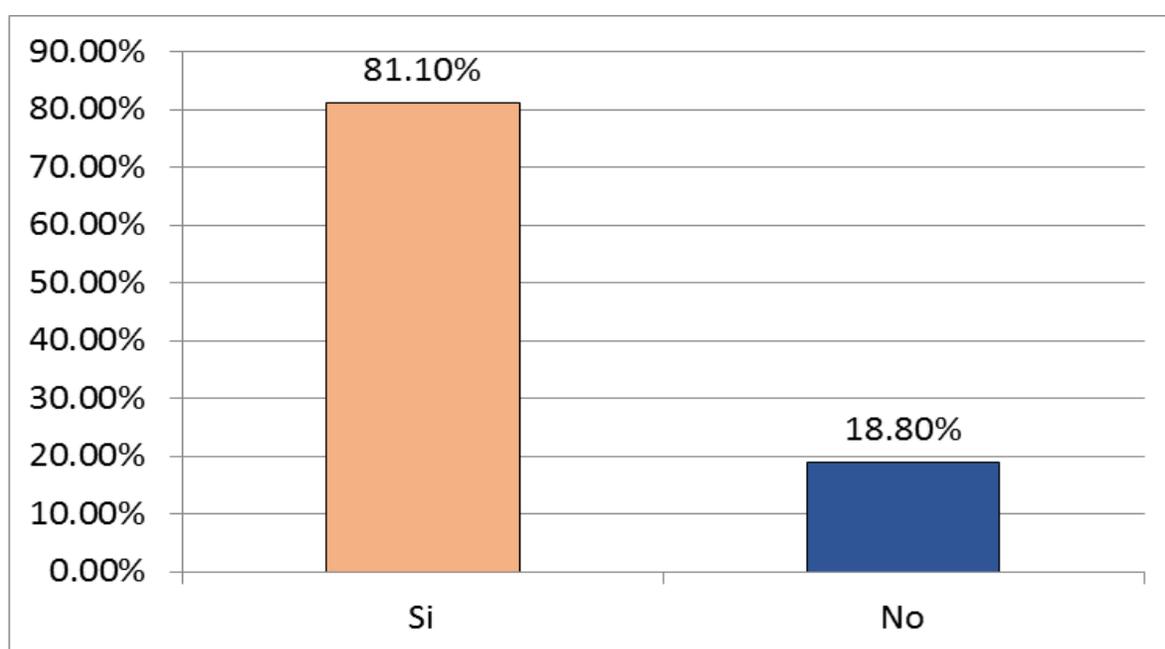


Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 19 se muestra que el 35.8% (19 personas) de las pacientes encuestadas padecen HTA desde hace aproximadamente 10 años a más, seguido del 32% (17 personas) de las pacientes quienes refirieron que padecen HTA desde hace aproximadamente 5 a 10 años, lo cual significa que su nivel de adherencia al tratamiento debe de ser mayor al 80% puesto que ya tienen mejor control de los medicamentos que consumen para el control de la HTA. Sin embargo, se encontró que debido al largo periodo de tiempo que han tomado el tratamiento han descuidado el horario asignado, por lo que la adherencia puede ser baja. Además, es importante retomar que entre más años se padezca de Hipertensión, existe mayor probabilidad de desencadenar daños en las arterias y producir Insuficiencia cardíaca,

aproximadamente la mitad de las personas con hipertensión sin tratar mueren a causa de una enfermedad cardíaca relacionada con un flujo sanguíneo deficiente (enfermedad cardíaca isquémica), y otro tercio, como resultado de un accidente cerebrovascular.

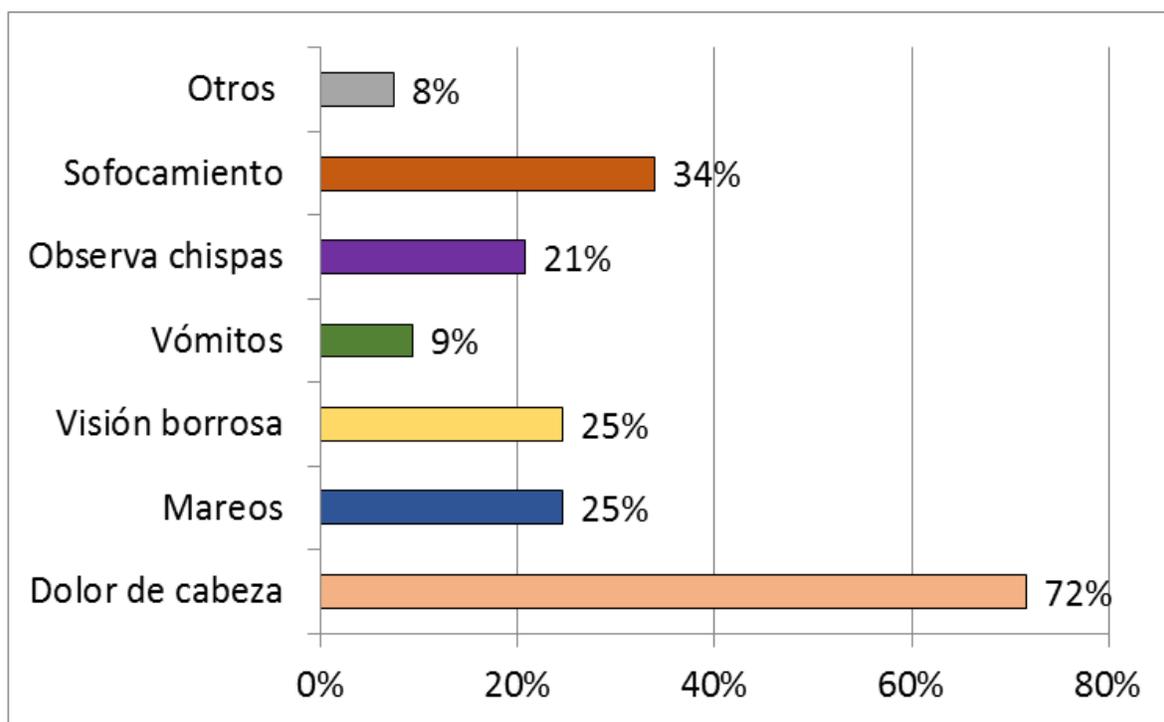
Figura 20. ¿La presión alta le causa algún síntoma o malestar general? (Ver tabla 20 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 20 se observa que el 81.10% (43 personas) de las pacientes presentan diferentes síntomas indicadores de la alteración de la presión arterial, sin embargo, el 18.80% (10 personas) de las pacientes en estudio refieren no presentar ningún síntoma que indique tal alteración, lo que resulta ser preocupante, esto las vuelve vulnerable a las crisis hipertensivas y por ende las imposibilita de actuar de manera inmediata a las mismas. Retomando este aspecto, es importante mencionar que una de las pacientes en estudio refiere que los niveles de su presión arterial no descienden de 160/100 mg/Hg y no presenta síntoma alguno.

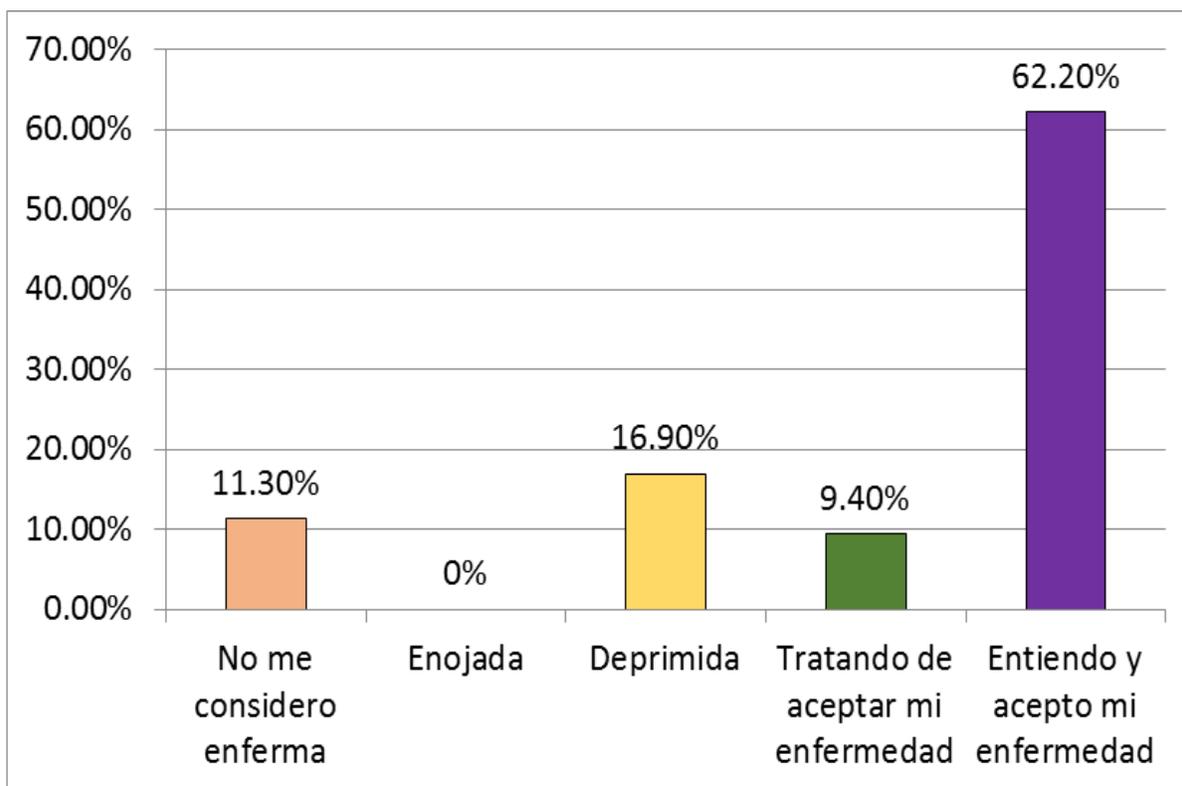
Figura 21. Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuál de estos síntomas presenta? (Ver tabla 21 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 21 se muestra en el extremo izquierdo los principales síntomas que produce la hipertensión arterial, en este estudio se obtuvo que el 72% (38 personas) de las pacientes en estudio padecen de Dolor de cabeza cuando se elevan sus niveles de presión arterial, y este síntoma es el que las alarma para que se tomen su tratamiento antihipertensivo; el 34% (18 pacientes) refieren que otro de los síntomas indiciadores de la HTA es el sofocamiento, refiriéndose a éste como una sensación de calor insoportable aun cuando el clima está fresco. También se obtuvo que el 25% de las pacientes en estudio presenta mareos, estos no tienden a ser muy fuertes, mientras que otro 25% presenta visión borrosa, expresando que éste síntoma sí las afecta en mayor medida, por ende, necesitan reposar en una silla o una cama durante un poco menos de media hora.

Figura 22. ¿Cómo se siente con respecto a su enfermedad? (Ver tabla 21 en Anexos)

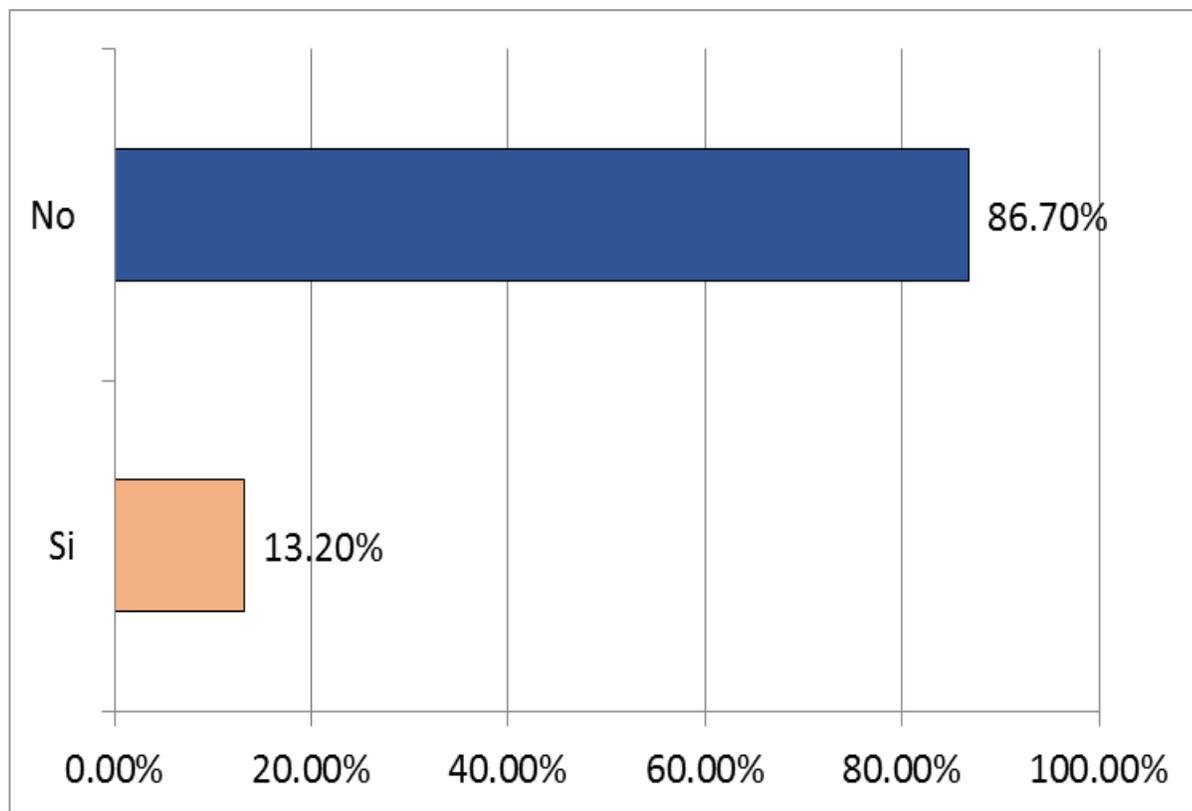


Fuente: Cuestionario estructurado

Cuando se habla de adherencia terapéutica, no sólo se debe enfatizar en si el paciente toma o no sus pastillas, sino también en cómo se encuentra emocionalmente con respecto a la hipertensión arterial, recordando que no todos los pacientes afrontan una enfermedad crónica de la misma manera, en este caso se observa que en la figura 22 se indica que el 62.20% (33 pacientes) de las pacientes entienden y aceptan la enfermedad, esto quiere decir que están conscientes de los efectos que puede traer la hipertensión arterial sobre ellos; por otro lado el 11.30% de las pacientes se encuentra en un estado de negación, lo cual afecta de manera negativa la posibilidad de tener una buena adherencia al tratamiento antihipertensivo, puesto que se tomarán las pastillas únicamente cuando se sientan realmente mal de salud.

IV.2 Factores relacionados con el tratamiento

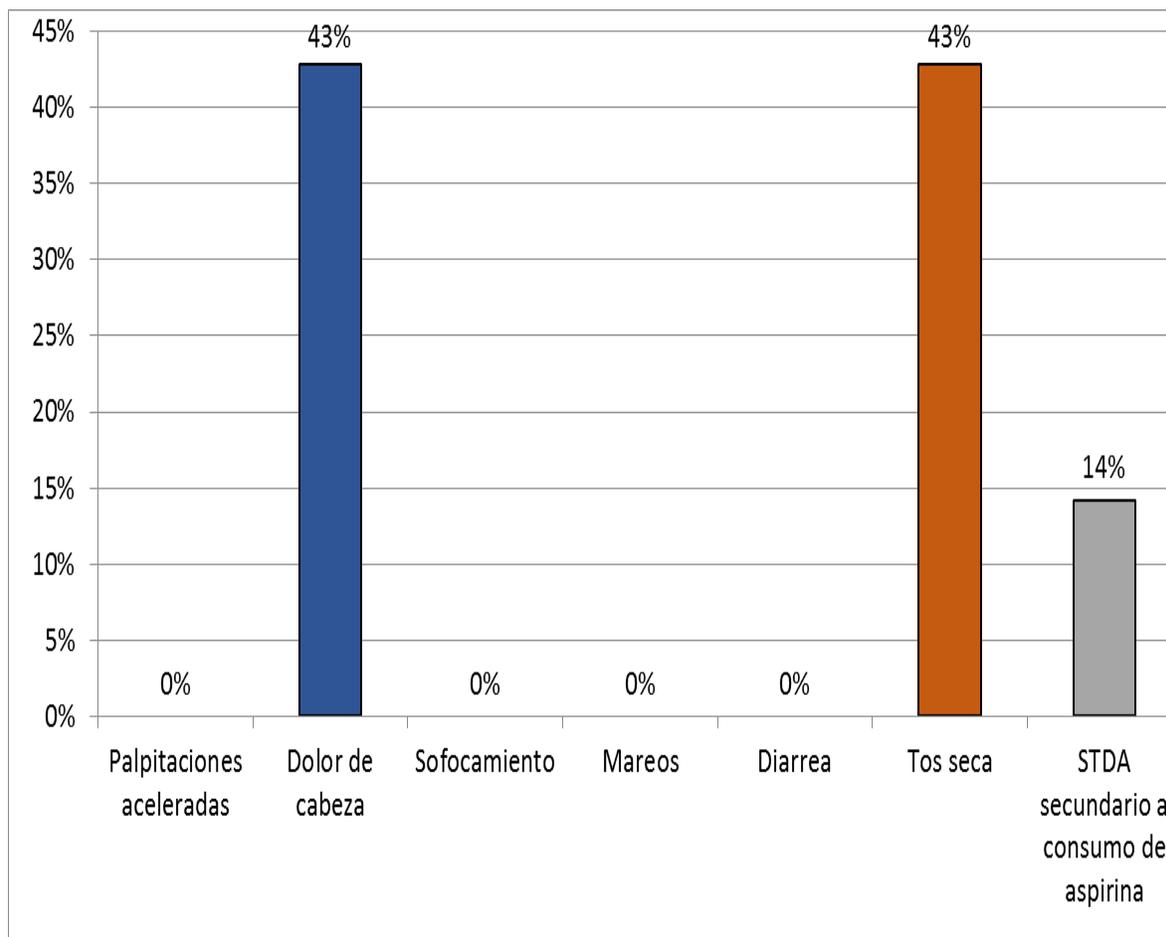
Figura 23. ¿El tratamiento le produce efectos secundarios? (Ver tabla 23 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

La figura 23 ilustra el porcentaje de pacientes (13.20%) a las cuales el tratamiento antihipertensivo les causa efectos adversos, este es una de los factores que puede predisponerlas a no tener una buena adherencia terapéutica, puesto que se disminuye la confianza en el tratamiento al observar que éste les causa malestares y por ende las pacientes evitarán consumirlos, a menos que se encuentren en una crisis hipertensiva.

Figura 24. Si su respuesta es positiva, ¿Cuál de estos efectos secundarios le ha causado su tratamiento? (Ver tabla 24 en Anexos)

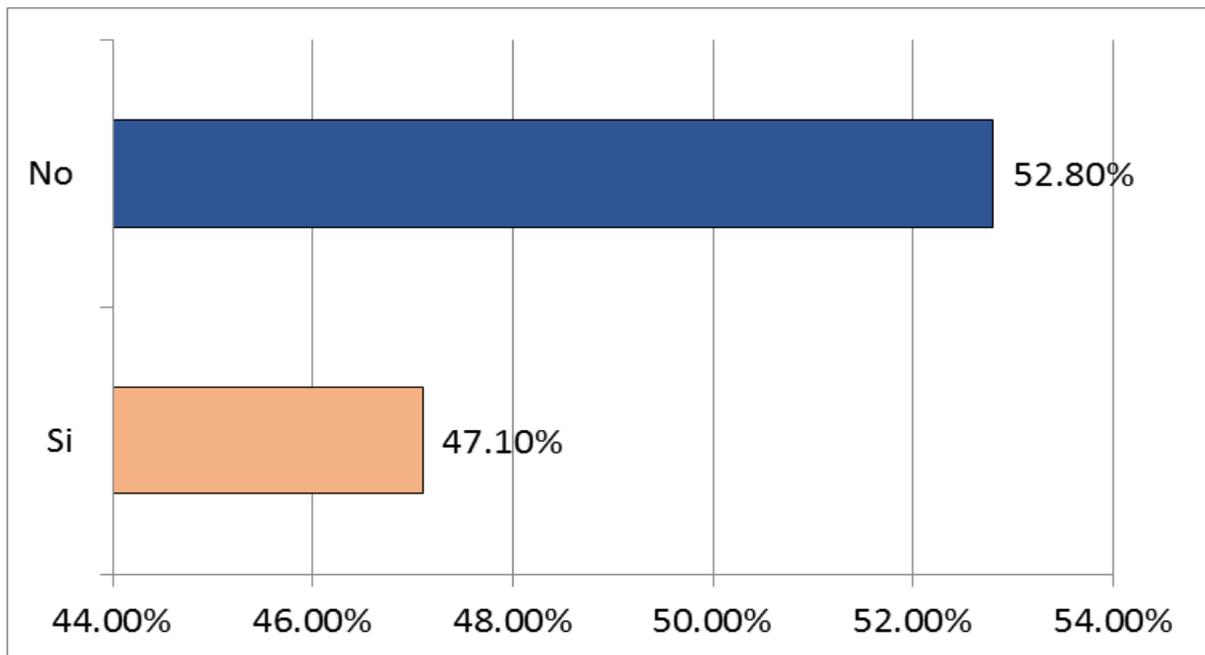


Fuente: Cuestionario estructurado

Siguiendo con la figura anterior, la presente figura número 24 muestra los principales efectos secundarios que puede causar el tratamiento antihipertensivo, de las 7 pacientes que afirmó que el tratamiento les afecta un 43% refiere padecer de cefalea (dolor de cabeza) después de tomarse las pastillas, seguid o de otro 43% las cuales presenta tos seca, este porcentaje equivale a 3 pacientes que actualmente se encuentran tomando Enalapril, sin embargo, no lo han notificado al médico. En menor medida una paciente (14%) padeció hace un año de sangrado del tubo digestivo alto secundario al consumo de aspirina por un largo período de

tiempo, por lo cual el médico del puesto de salud decidió modificarle el esquema de tratamiento.

Figura 25. ¿Considera que es demasiado complejo (difícil) cumplir con el horario en que se debe tomar el medicamento? (Ver tabla 25 en Anexos)

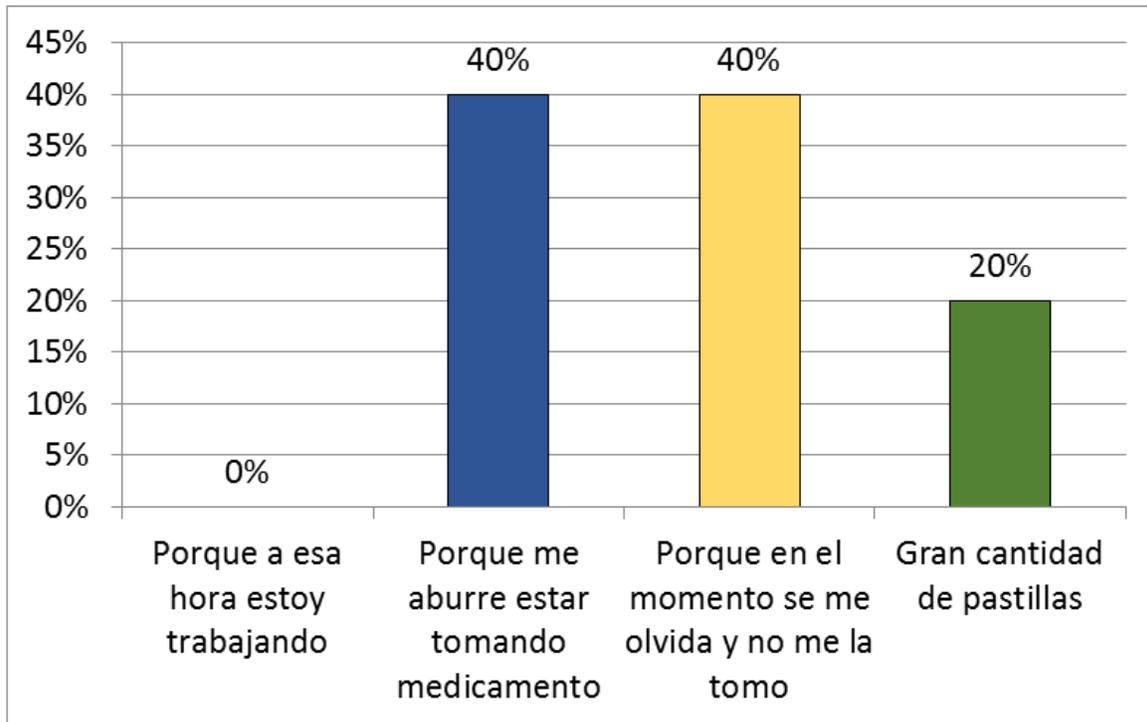


Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 25 se indica que el 47.10% (25 pacientes) de las pacientes en estudio consideran que es demasiado complejo el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, lo cual es preocupante, debido a que esto es un indicador para saber que las pacientes no cumplen en tiempo y forma con el esquema completo del medicamento prescrito para el control de su presión arterial, lo que en un tiempo no determinado les puede provocar crisis hipertensivas o complicaciones en su estado de salud.

Figura 26. ¿Por qué considera que es difícil cumplir con el horario de su tratamiento?

(Ver tabla 26 en Anexos)



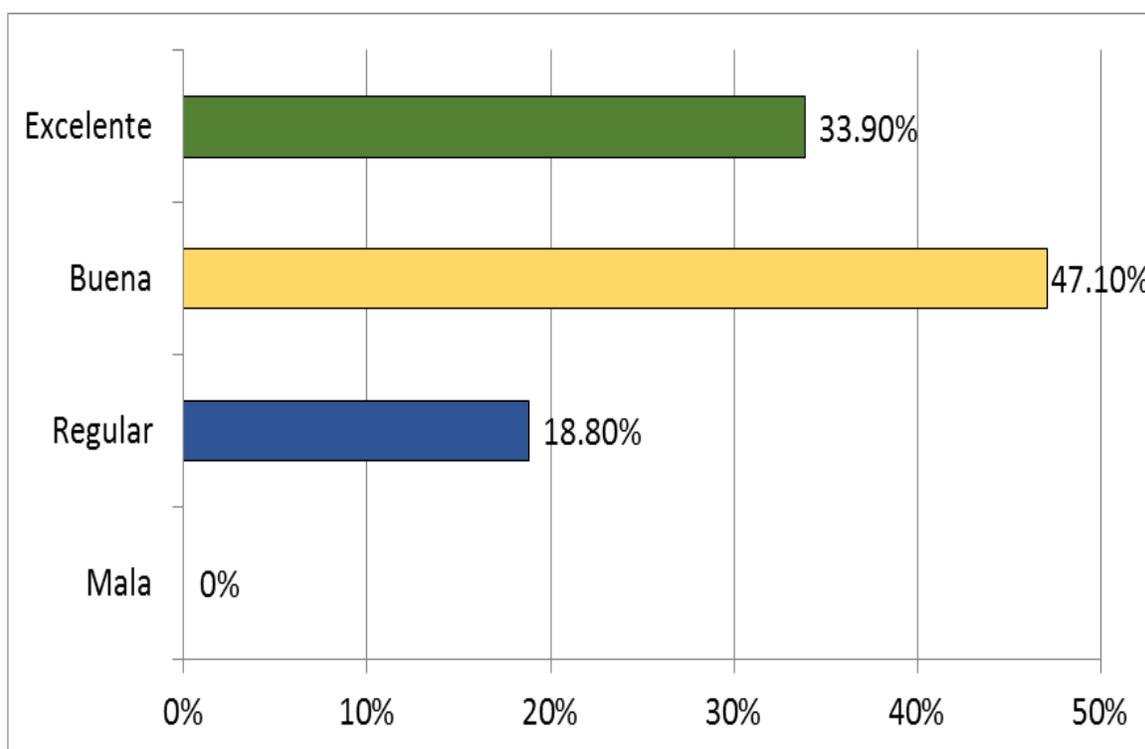
Fuente: Cuestionario estructurado

Continuando con la figura anterior; la figura 26 muestra una división de las principales razones que tienen las 25 pacientes para no cumplir estrictamente con su tratamiento. Obteniendo de esta manera que el 40% (10 pacientes) refiere no tomarse el medicamento antihipertensivo porque les aburre y con un mismo porcentaje de pacientes manifiestan que no cumplen con su tratamiento porque se les olvida, esto puede asociarse a que la mayoría de ellas son adultos mayores y tienen más de 10 años conviviendo con esta enfermedad crónica, sin embargo, es preocupante porque las predispone a sufrir algún tipo de complicación en su salud por la falta de adherencia al medicamento y la falta de control en la HTA.

IV.3 Factores relacionados con la Atención en salud

Figura 27. ¿Cómo calificaría la atención que le brinda el médico del puesto de salud?

(Ver tabla 27 en Anexos)

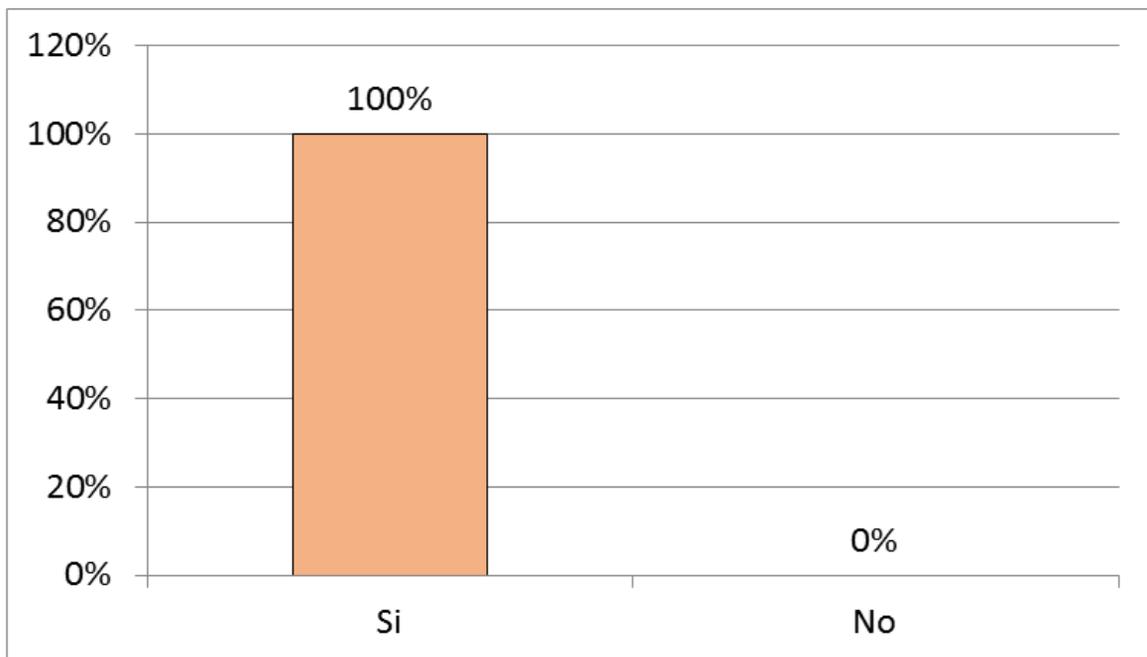


Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 27 se muestra que para el 33.90% (18 pacientes) de la población encuestada la atención que se les brinda en el puesto médico de la VBM es excelente, para el 47.10% (25 pacientes) de las personas la atención es calificada como buena y para el 18.80% (10 pacientes) restante es categorizada como regular. Para las investigadoras y elaboradoras de este estudio es de gran importancia el valorar la atención asistencial brindada por el personal de salud hacia las personas, puesto que de esto dependerá la capacidad de entendimiento que la paciente tenga acerca de su enfermedad, los cuidados que debe de tener para que la presión

arterial se mantenga en niveles estables y la importancia que tiene el cumplimiento del tratamiento en tiempo y forma para la prevención de complicaciones en su estado de salud.

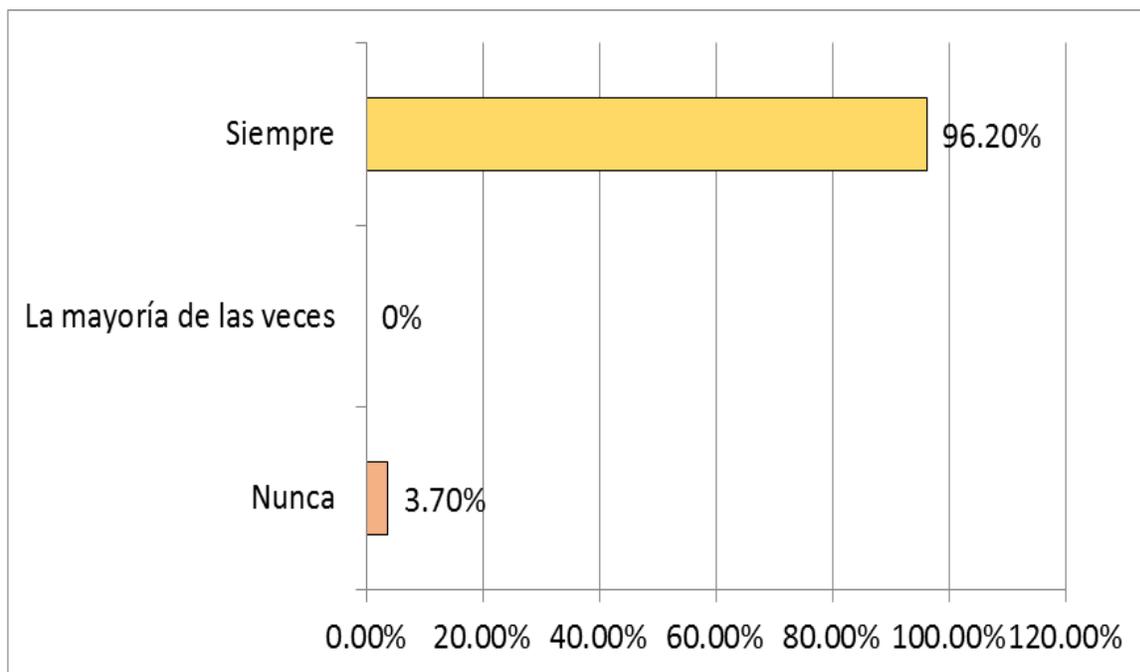
Figura 28. ¿En el puesto de salud le explicaron la importancia de tomarse tu tratamiento en tiempo y forma? (Ver tabla 28 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 28 se indica que al 100% (53 pacientes) de la población en estudio se le ha explicado la importancia que tiene el cumplir con el tratamiento en tiempo y forma según indicaciones médicas. Recordemos que la educación para la salud (EPS) es una herramienta fundamental de cada trabajador y estudiante de las carreras relacionadas a la medicina, buscando enseñar a las personas para que puedan tomar las decisiones correctas por sí solas respecto a su salud, en cualquier momento y lugar; es decir, busca la capacitación.

Figura 29. ¿En el puesto de salud le entregan la cantidad completa de pastillas que le receta el médico para controlar la presión arterial? (Ver tabla 29 en Anexos)

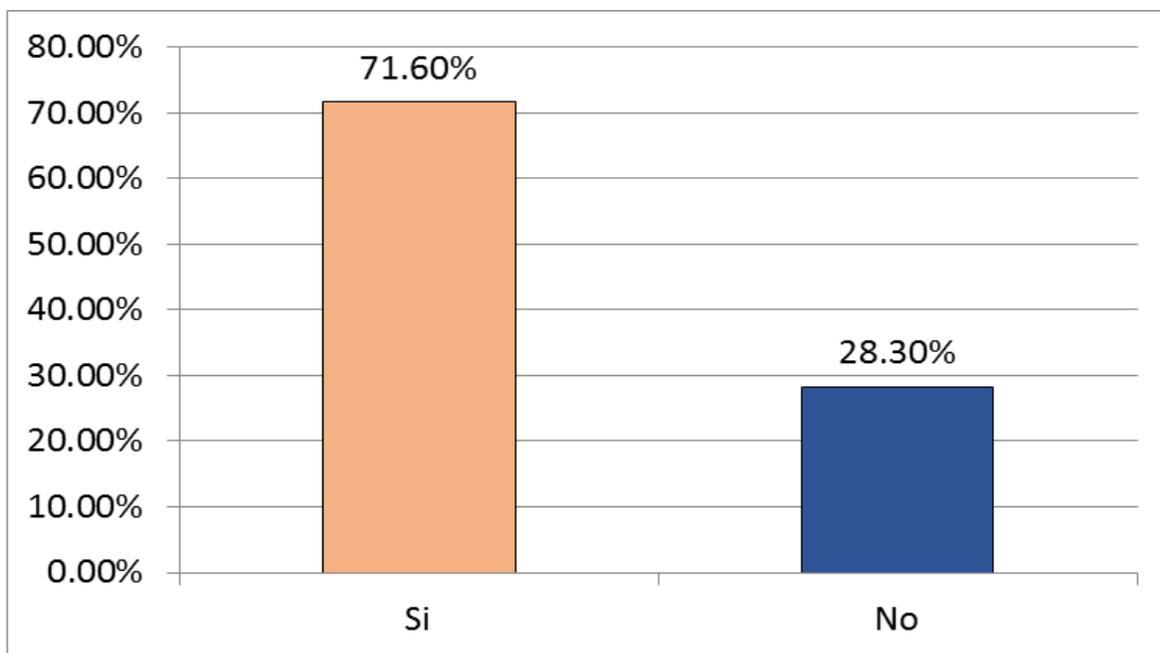


Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 29 se observa que el 96.20% (51 pacientes) de población en estudio refiere que en el puesto médico se le entrega la cantidad completa del tratamiento antihipertensivo, sin embargo, el 3.70% (2 pacientes) de la población expresa que nunca le entregan el tratamiento antihipertensivo, puesto que el tratamiento que ellas necesitan para lograr controlar los niveles de presión arterial no se encuentran dentro de la lista básica de medicamentos del MINSA nacional (Akavar H y Losartán), lo que significa que estas personas son forzadas a la compra de su respectivo tratamiento, para lo cual no siempre cuentan con los recursos económicos necesarios para comprar el medicamento completo, por lo cual algunas veces recurren a comprarlo semanalmente,.

IV.4 Factores relacionados con el paciente

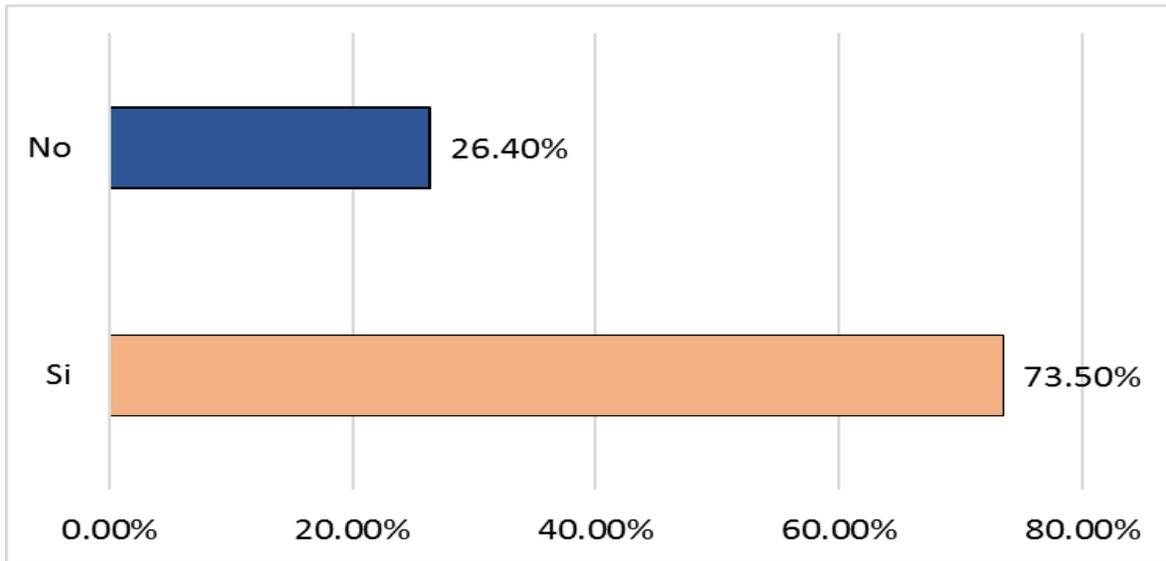
Figura 30. ¿Tiene confianza en el medicamento que le recetó el médico? (Ver tabla 30 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 30 se muestra que el 71.60% de las pacientes confían plenamente en el tratamiento asignado por el médico para el control de su presión arterial, no obstante, el 28.30% de las pacientes restantes no tienen confianza en el tratamiento, lo que significa que esto puede influir en la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo por estas pacientes. Recordando que muchas de las pacientes no confían en el tratamiento porque éste les causa efectos adversos.

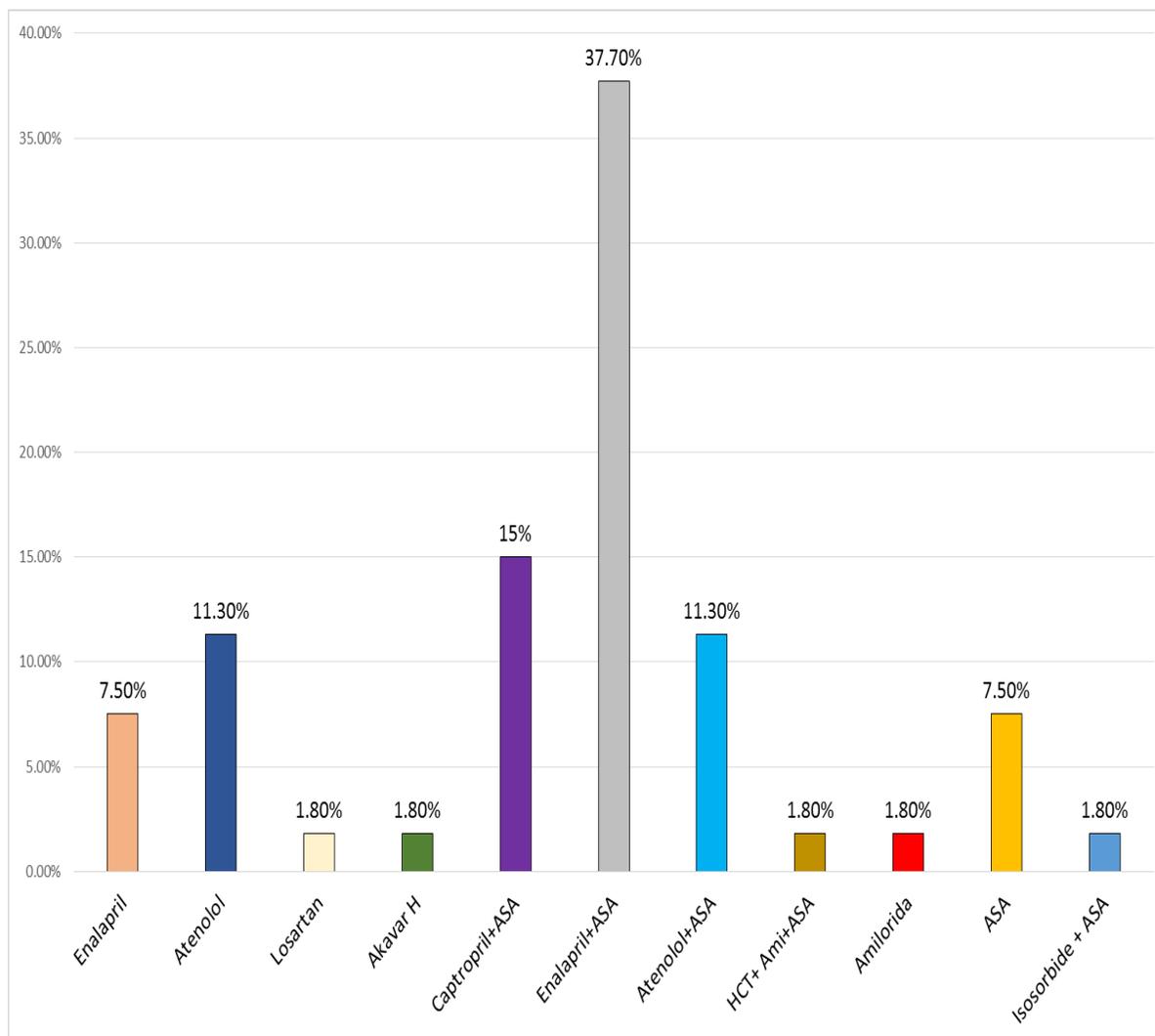
Figura 31. ¿Puede decirme usted el nombre del medicamento que toma para la Hipertensión Arterial? (Ver tabla 31 en Anexos)



Fuente: Test de Hermes

En la figura 31 se observa que el 73.50% (39 personas) de la población encuestada conoce el nombre del medicamento antihipertensivo que consume, mientras tanto el 26.40% (14 personas) restante de la población desconoce el nombre de su tratamiento, esto es común en pacientes adultos mayores. Cabe destacar que este punto es tomado en cuenta para obtener el puntaje de adherencia del test de Hermes, el que será representado más adelante.

Figura 32. Nombre de los medicamentos que toman los pacientes. (Ver tabla 32 en Anexos)



Fuente: Expediente clínico

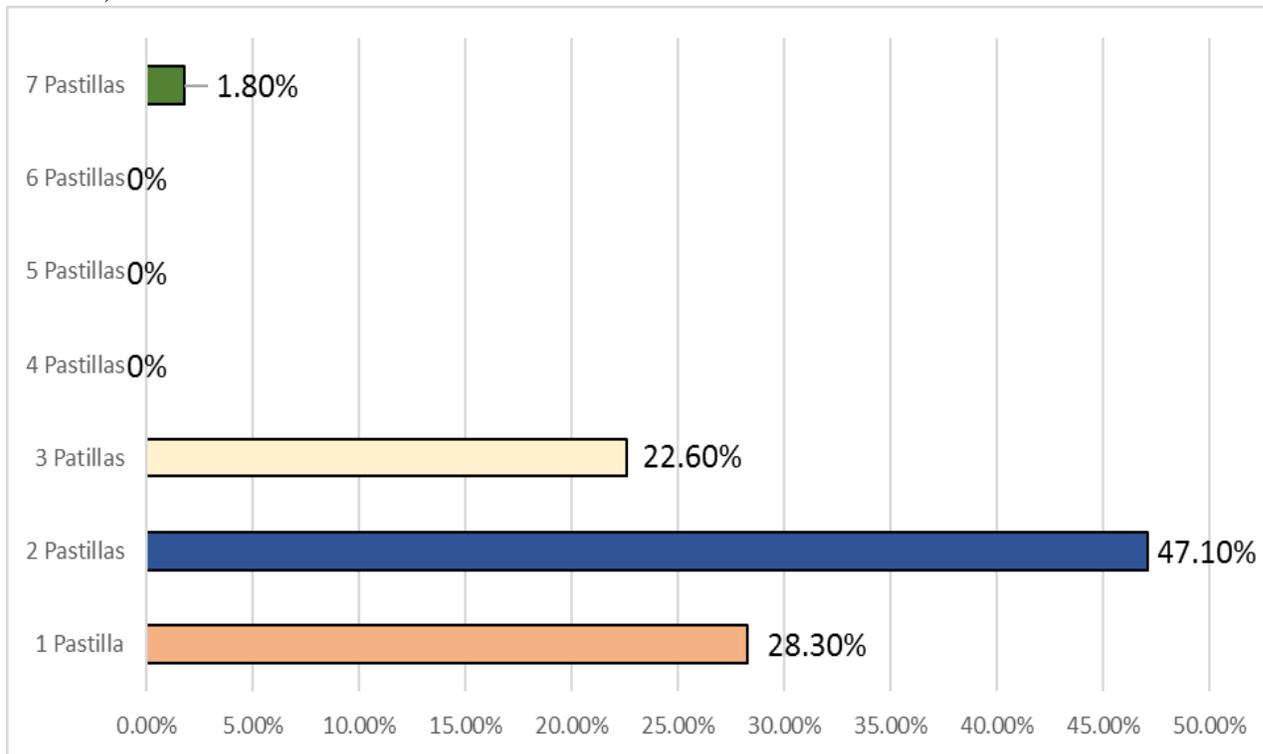
En la figura 32 se muestra el esquema de tratamiento antihipertensivo que utilizan las pacientes para mantener controlada su presión arterial, donde el esquema sobresaliente con un 37.70% (20 Pacientes) es la Enalapril+ Ácido Acetil Salicílico (ASA), seguido con un 15% de la Captopril+ ASA.

El esquema de tratamiento es de un bloqueador de los receptores de la angiotensina (Enalapril, Captopril) y un AINES (ASA), este último es también un protector cardiovascular, lo que ayuda a la prevención de ataques al corazón y trombosis. El metabolismo del medicamento es actuar mediante la relajación de los vasos sanguíneos, lo cual reduce la tensión arterial (Bloqueador de la angiotensina), mientras que el ASA sería un preventivo del efecto colateral de la HTA.

También es importante mencionar el resto de medicamentos, entre ellos tenemos: los Betabloqueadores, que actúan sobre el corazón haciendo que este palpite a una tasa más lenta, el Atenolol pertenece a esta clasificación, es el tercero más usado según el esquema de tratamiento de las pacientes en estudio junto con la combinación Atenolol + ASA con un 11.30% cada uno.

En menor proporción están los diuréticos que se encargan de eliminar el sodio a través de la orina, en esta clasificación encontramos el esquema Hidroclorotiazida + Amilorida con un 1.80%, con el mismo porcentaje de incidencia está el Akavar H que es una combinación de un betabloqueador de la angiotensina II (Candesartán cilextilo) que dilata y relaja los vasos sanguíneos y un diurético el cual es la Hidroclorotiazida.

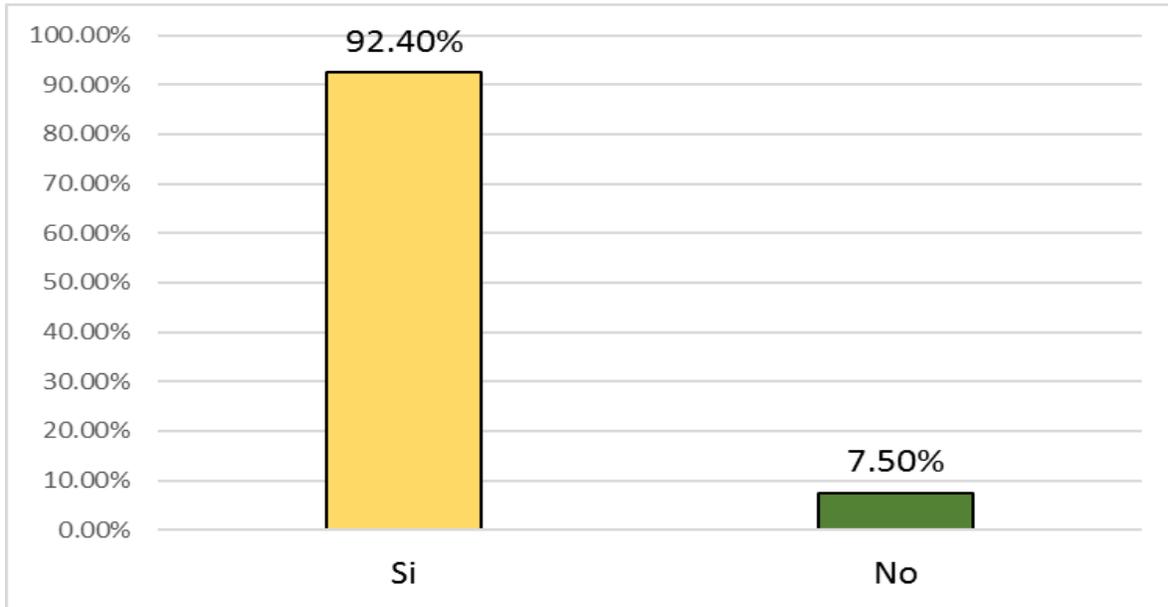
Figura 33. Número de pastillas que debe ingerir el paciente al día. (Ver tabla 33 en Anexos)



Fuente: Test de Hermes

En la figura 33 se muestra que el 47.10% (25 personas) de la población en estudio consume 2 veces al día su tratamiento para mantener controlada la presión arterial, por lo general una durante la mañana y la otra por la tarde, seguido de un 28.30% (15 personas) que consume una pastilla al día, siendo esta por la mañana. Es necesario mencionar que el número de pastillas va en dependencia del grado de HTA que padece cada paciente y la adherencia terapéutica que han mantenido desde el inicio del tratamiento.

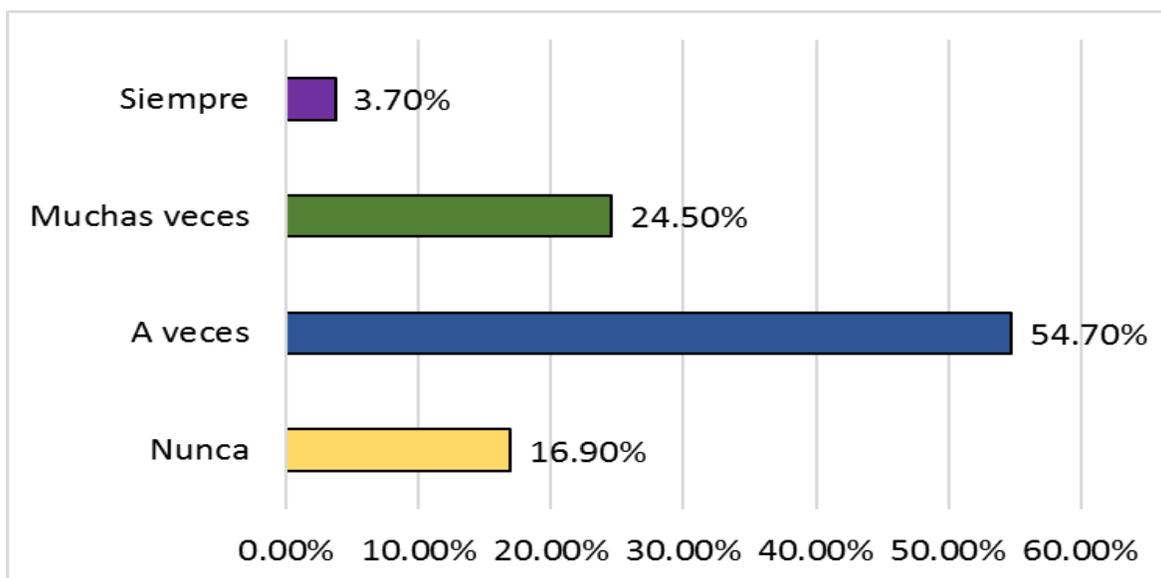
Figura 34. ¿Sabe usted cuántos comprimidos (tabletas) de este medicamento debe tomar al día? (Ver tabla 34 en Anexos)



Fuente: Test de Hermes

En la figura 34 se indica que el 92.40% (49 personas) de las pacientes saben cuántos comprimidos deben de consumir al día para mantener contralada la presión arterial y tan solo el 7.50% (4 personas) de las pacientes restantes desconocen el número de comprimidos a consumir, estas últimas por lo general toman medicamento para HTA solo cuando se sienten realmente mal de la misma.

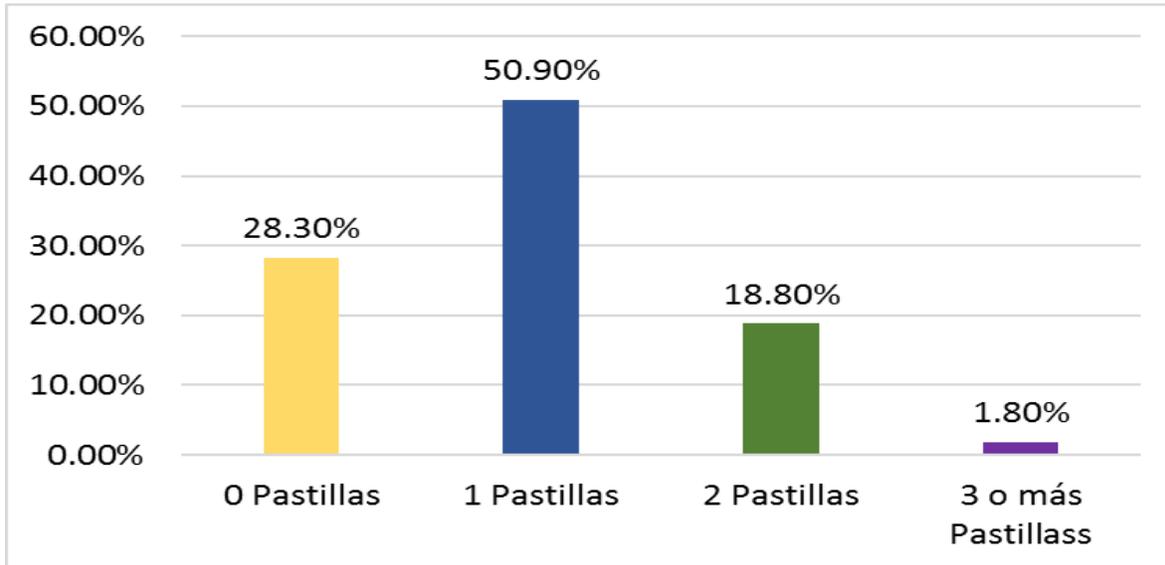
Figura 35. ¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos? (Ver tabla 35 en Anexos)



Fuente: Test de Hermes

En la figura 35 se muestra que el 54.70% (29 personas) de las pacientes olvidan en ocasiones cumplir con su tratamiento en tiempo y forma para controlar la presión arterial, mientras que 24.50% (13 personas) olvidan casi todo el tiempo cumplir con dicho tratamiento, y solo el 16.90% (9 personas) cumple en tiempo y forma con el tratamiento. Cabe destacar que las personas que olvidan cumplir con su tratamiento refieren que esto es debido a que están ocupadas con las labores domésticas y debido al tiempo que ha transcurrido deciden no tomársela.

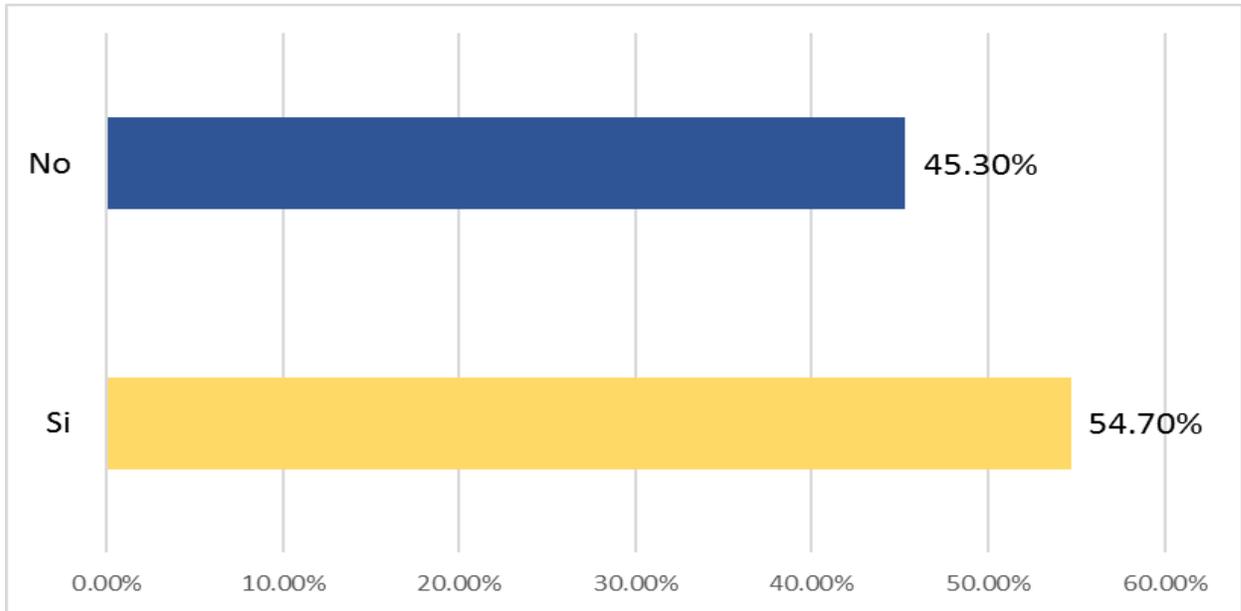
Figura 36. En la última semana, ¿cuántas pastillas no ha tomado? (Ver tabla 36 en Anexos)



Fuente: Test de Hermes

En la figura 36 se indica que el 50.90% (27 personas) de las pacientes han olvidado tomar 1 pastilla en lo que va de la semana en que se realizó la aplicación de los instrumentos, seguido de un 28.30% (15 personas) que no ha olvidado consumir su tratamiento.

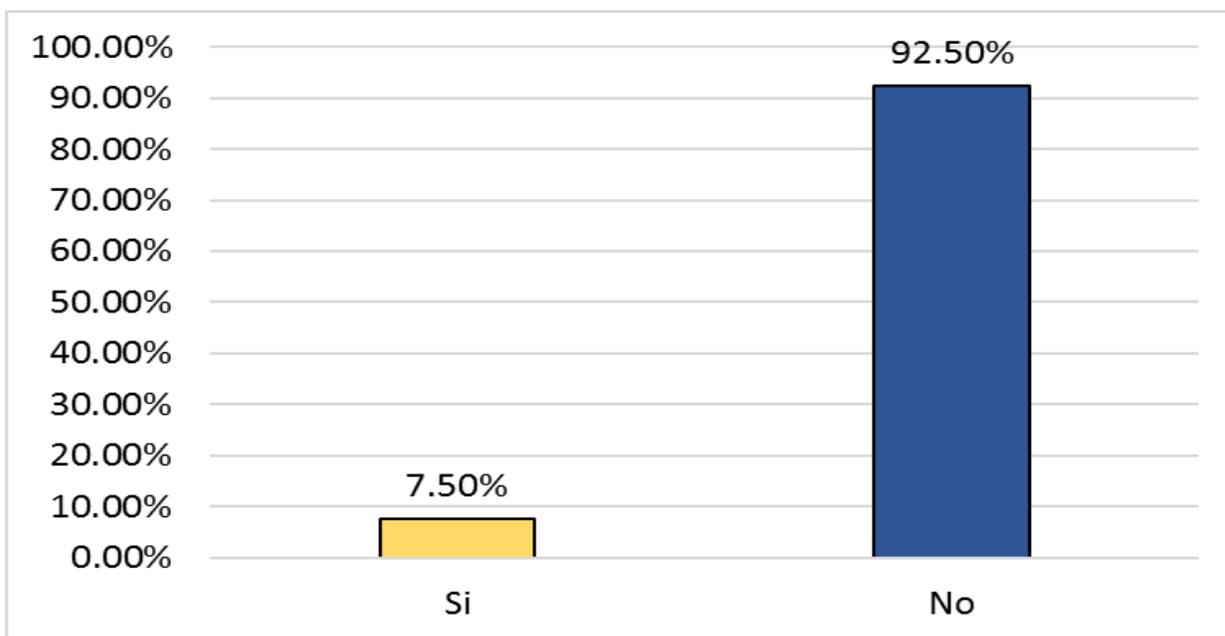
Figura 37. ¿Toma las pastillas a la hora que le indicó el médico? (Ver tabla 37 en Anexos)



Fuente: Test de Hermes

En la figura 37 se muestra que el 54.70% (29 personas) de la población en estudio consumen su tratamiento a la hora que el médico ha indicado, sin embargo, el 45.30% (24 personas) de la población restante refieren no cumplir con este horario, lo que resulta preocupante porque esto las vuelve más vulnerables a sufrir en cualquier momento una crisis hipertensiva que las conlleven a una complicación mayor en su estado de salud.

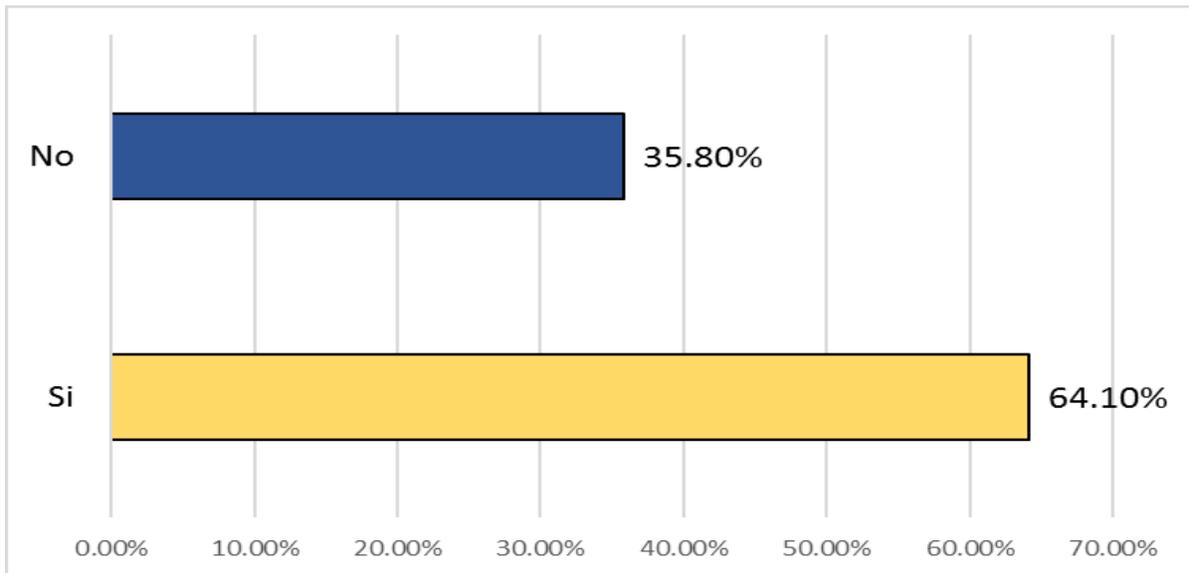
Figura 38. ¿Ha dejado alguna vez de tomar el medicamento porque se encontraba peor de salud tomándola? (Ver tabla 38 en Anexos)



Fuente: Test de Hermes

En la figura 38 se indica que el 92.50% (49 personas) de las pacientes refieren que no han dejado de consumir el tratamiento indicado para el control de su presión arterial debido a que este mismo no les ha causado ningún efecto secundario tras su consumo, no obstante, el 7.50% (4 personas) de la población restante manifiestan que si han dejado de consumir su tratamiento porque este les ha causado ciertas complicaciones como el Sangrado de Tubo Digestivo Alto (STDA)

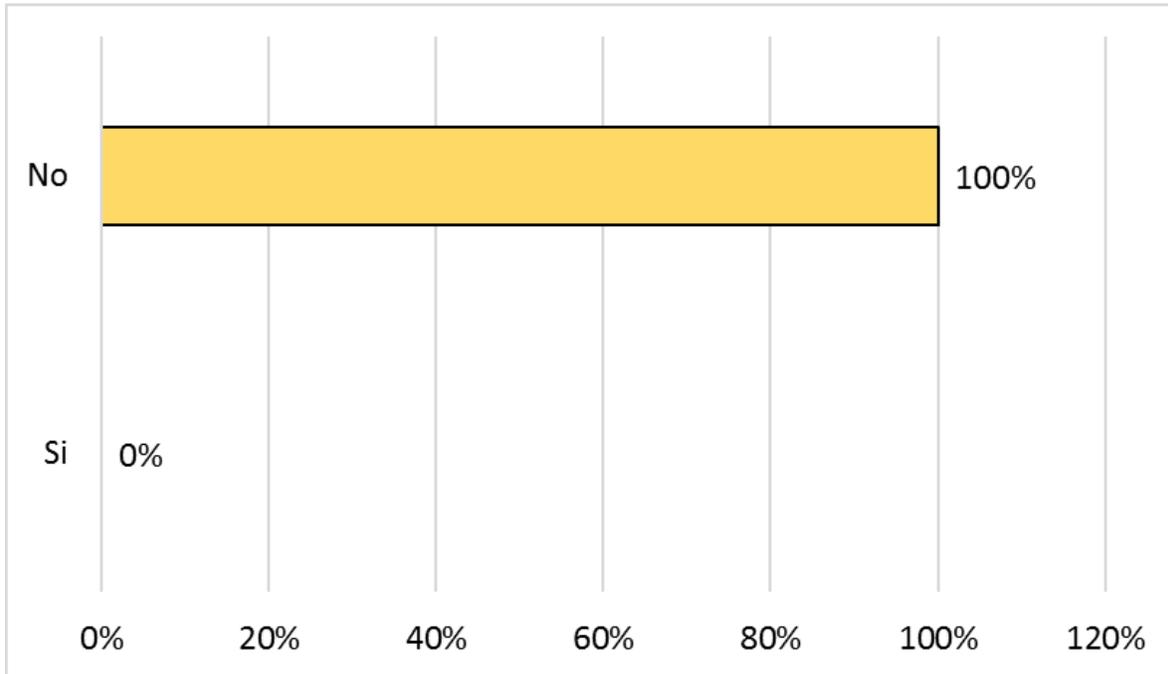
Figura 39. Cuando se siente bien de salud, ¿Se le olvida tomar la medicina? (Ver tabla 39 en Anexos)



Fuente: Test de Hermes

En la figura 39 se plantea que el 64.10% (34 personas) de las pacientes no cumplen con su tratamiento debido a que refieren sentirse bien sin él, mientras tanto, el 35.80% (19 personas) de las pacientes restante manifiestan cumplir con su esquema de tratamiento sin importar como se sientan. Cabe mencionar que de las pacientes que afirman no cumplir con su tratamiento porque se sienten bien es nada más de manera ocasional.

Figura 40. Cuándo se encuentra mal, ¿Se le olvida tomar la medicina? (Ver tabla 40 en Anexos)

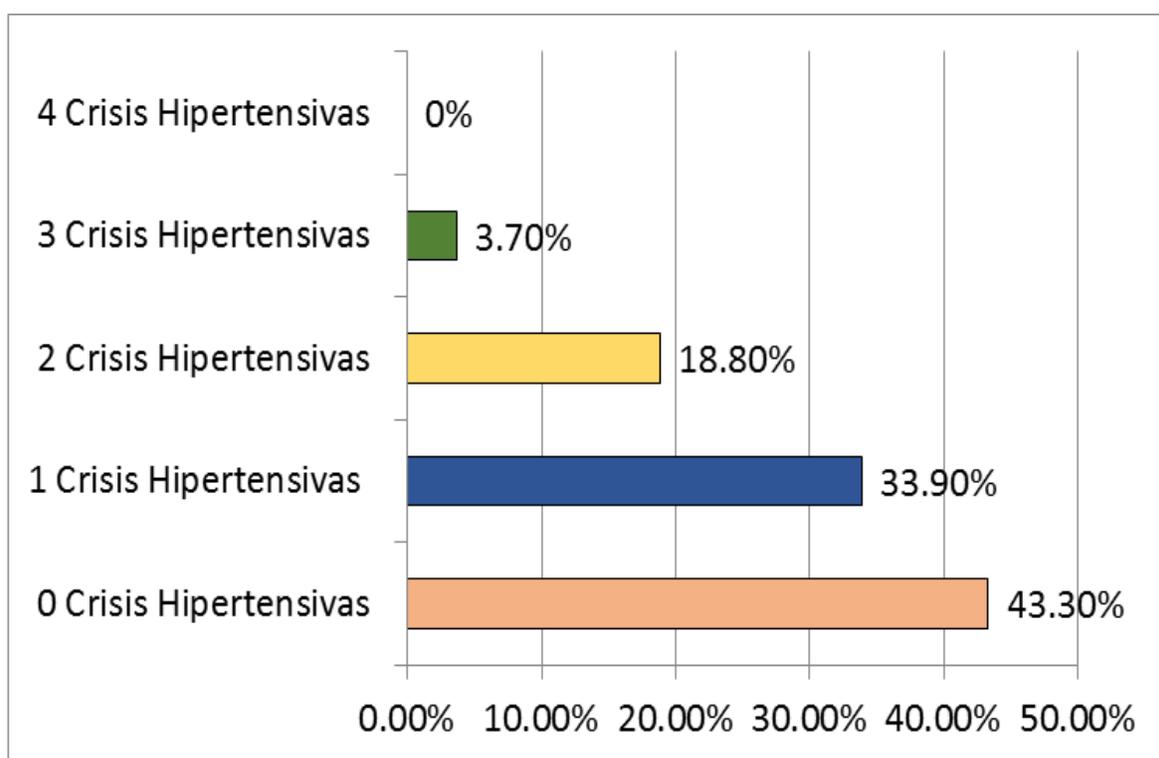


Fuente: Test de Hermes

En la figura 40 se observa que el 100% (53 personas) de las pacientes cumplen con su tratamiento cuando se presenta una crisis hipertensiva o ellas perciben la alteración de su presión arterial, con el fin de controlar la HTA en casa y no acudir a una emergencia hospitalaria.

Figuras de los resultados del objetivo: **“Mencionar las complicaciones de salud que se han desarrollado en las pacientes no adherentes al tratamiento antihipertensivo”**

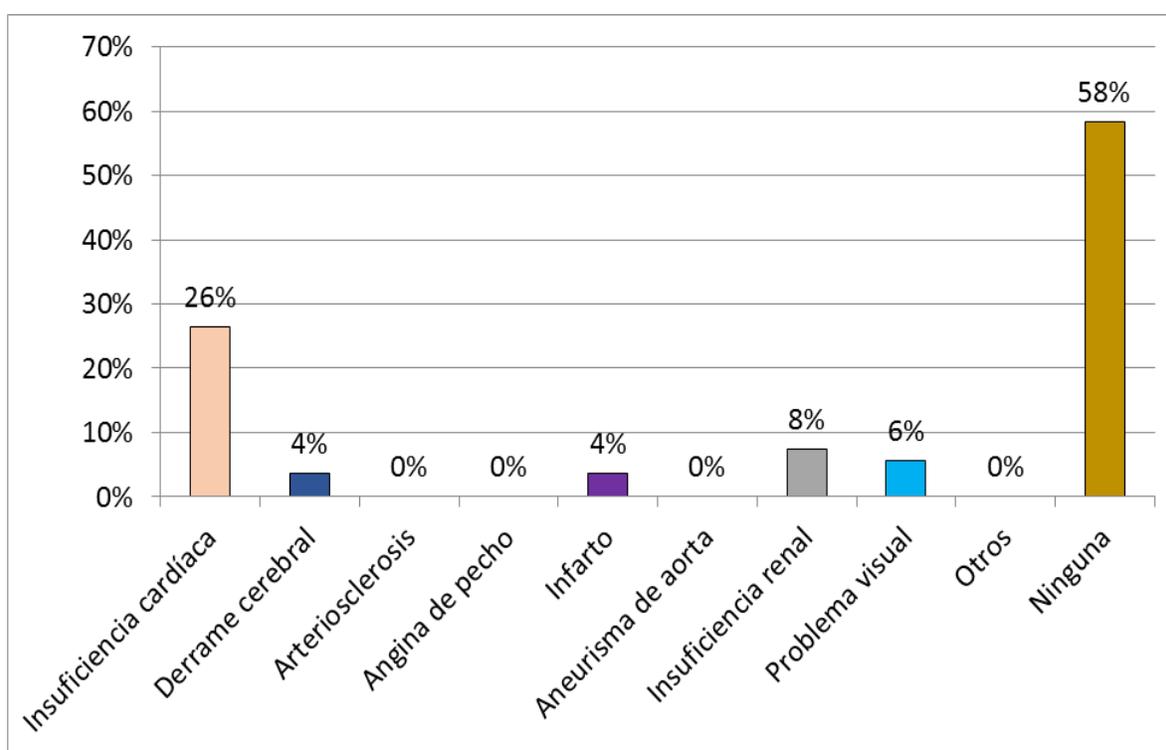
Figura 41. ¿Cuántas crisis hipertensivas ha tenido en el transcurso del año? (Ver tabla 41 en Anexos)



Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 41 se observa que el 43.30% (23 pacientes) de la población encuestada no ha presentado ningún tipo de crisis hipertensiva en lo que va del año 2019, seguido del 33.90% (18 personas) quienes han presentado una crisis, así mismo el 18.80% (10 pacientes) ha tenido 2 crisis, lo que significa que la población no le está dando los cuidados necesarios al control de la presión arterial, poniendo en riesgo su estado de salud. Entre menos adherencia terapéutica posean las pacientes, menos controlado tendrán los niveles de presión arterial, causando que pasen por crisis hipertensivas y mayores complicaciones de salud.

Figura 42. ¿Cuáles complicaciones ha presentado en su salud debido a la hipertensión arterial? (Ver tabla 42 en Anexos)



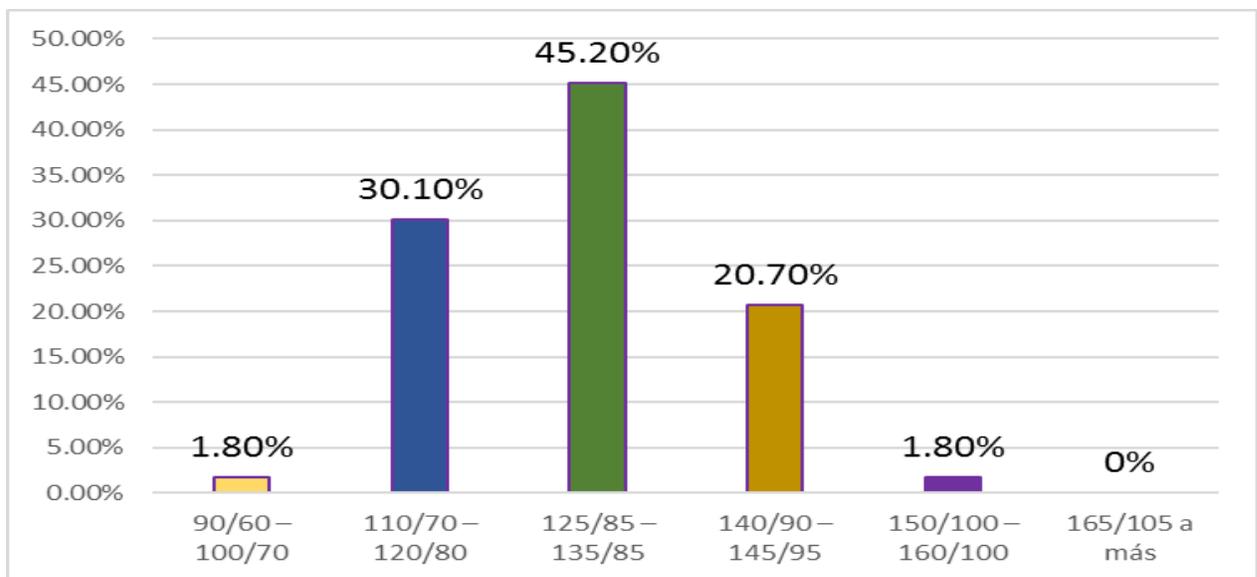
Fuente: Cuestionario estructurado

En la figura 42 se muestra que el 58% de las pacientes consultadas no han presentado ninguna complicación subsecuente a la HTA, sin embargo, el 26% de las pacientes han presentado Insuficiencia cardíaca, lo cual se asocia al largo período de tiempo (más de 10 años) que llevan de padecer Hipertensión arterial, con el tiempo, la tensión en el corazón provocada por la presión arterial alta puede debilitar los músculos del corazón y hacer que funcionen de manera menos eficiente, finalmente, el corazón agobiado comienza a desgastarse y fallar. Siguiendo con las complicaciones asentadas en los riñones, un 8% de las pacientes padece actualmente de insuficiencia renal, esto es porque puede dañar tanto las arterias grandes que van a los riñones como los vasos pequeños (glomérulos) dentro de los riñones. El daño a

cualquiera de las dos causas que los riñones no puedan filtrar los desechos de la sangre efectivamente, acumulando así niveles peligrosos de líquido y de desechos, estas pacientes actualmente se encuentran tomando Hidroclorotiazida, un diurético mu efectivo, pero eventualmente quizás necesiten diálisis o trasplante de riñón.

Niveles de presión arterial de los pacientes

Figura 43. Niveles de presión arterial de los pacientes (Ver tabla 43 en Anexos)

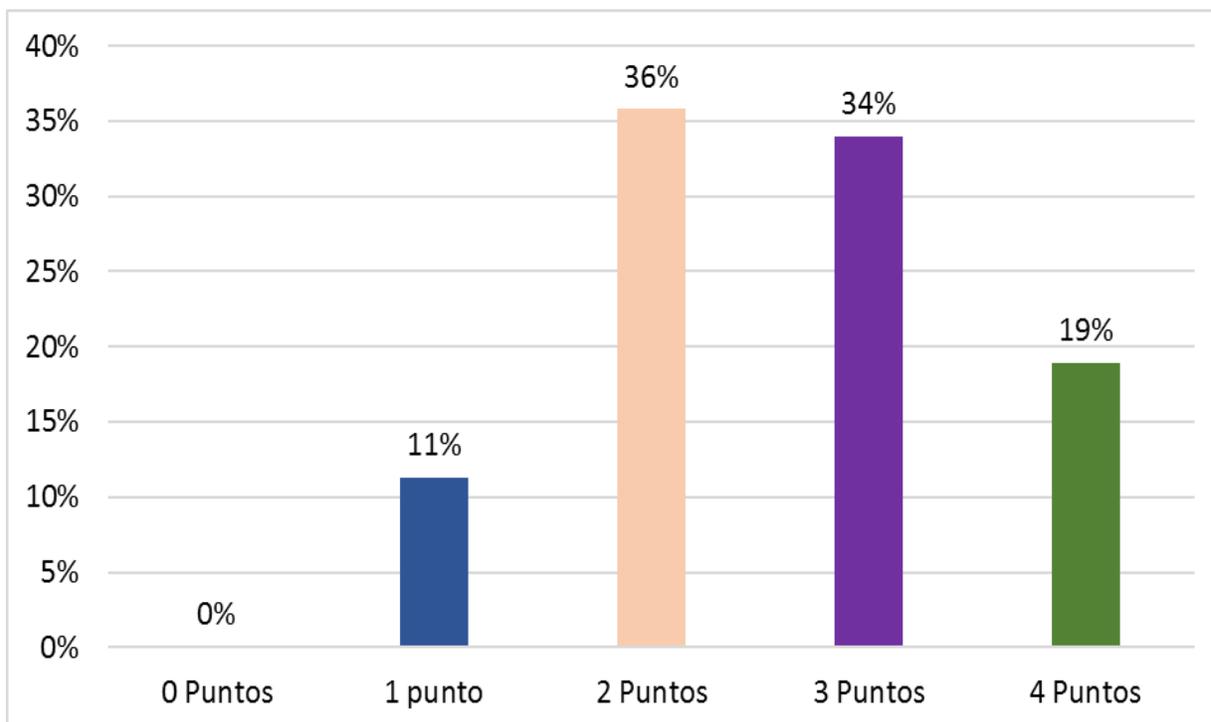


Fuente: Guía de valoración

En la figura 43 se muestra que el 45.20% (22 personas) de las pacientes mantienen su presión arterial en niveles de 125/85 a 135/85, seguido del 30.10% (16 personas) que se mantienen en rangos de 110/70- 120/80, los cuales se consideran estables para las personas que padecen de HTA, mientras que el 20.70% (11 personas) poseen un rango de 140/90 a 145/95, siendo esto preocupante puesto que son niveles alterados de la presión arterial.

Figuras de los resultados del objetivo: **“Calcular el porcentaje de Adherencia terapéutica”**

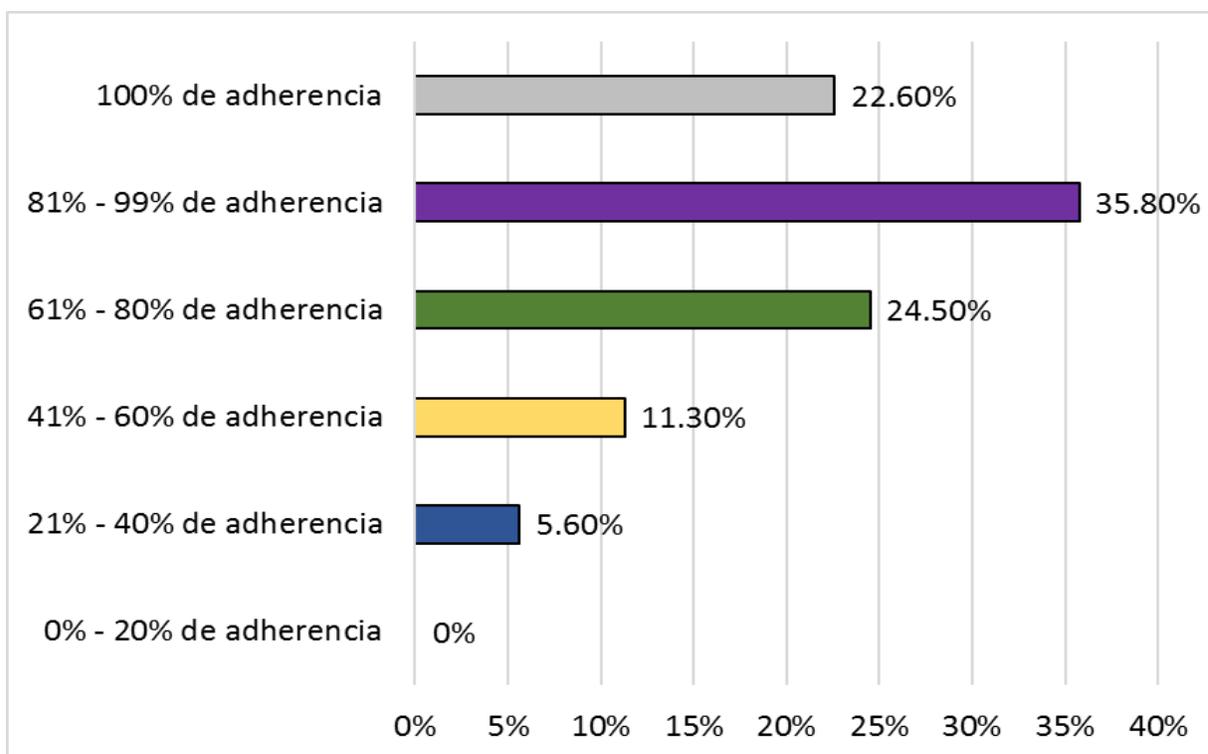
Figura 44. Resultados de la puntuación del test de Hermes (Ver tabla 44 en Anexos)



Fuente: Test de Hermes

En la figura 44 se muestran los resultados de la puntuación del test de Hermes, el cual es el cálculo mediante la asignación de un punto por respuesta correcta a las preguntas número 1, 3, 4 y 8 del presente test. En donde de 0 a 2 puntos se consideran no adherentes y de 3 a 4 puntos son adherente al tratamiento. Como podemos observar la mayoría de las pacientes encuestadas con un 36% obtuvieron 2 puntos, mientras el 34% obtuvieron 3 puntos, lo que significa que los niveles de no adherencia y adherencia están casi similares. Lo que es preocupante porque las personas NO adherentes están cercanos a la mitad de la población en estudio.

Figura 45. Grado de adherencia terapéutica de las pacientes en estudio (Calculado mediante el recuento de comprimidos) (Ver tabla 45 en Anexos)



Fuente: Guía de valoración

La última figura muestra los grados de adherencia terapéutica que poseen las pacientes en estudio, recordando que ésta representa el cumplimiento del mismo, es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito y la persistencia al tomar la medicación a lo largo del tiempo. Para calcularlo de manera objetiva se decidió trabajar con el método indirecto denominado Recuento de comprimidos, el cual divide a los pacientes en 2 grandes categorías: Los pacientes que obtengan un porcentaje menor de 80% se consideran Hipo-Adherentes o No Adherentes y los pacientes que obtengan un porcentaje entre 80% - 100% se consideran Pacientes cumplidores o Adherentes, tomando en cuenta esto, podemos observar en la figura 45 que **la mayor parte de los pacientes son Adherentes**

a su tratamiento antihipertensivo, 19 pacientes (35.80%) obtuvieron un porcentaje entre 61% - 80% de adherencia, y 12 pacientes (22.60%) obtuvieron 100% de adherencia, éstos últimos conforman el grupo de pacientes que ha cumplido con el esquema de tratamiento antihipertensivo que le corresponde, tomando la dosis correcta de comprimidos desde el día en que se les entrego el tratamiento hasta el momento de la visita domiciliar.

En cuanto a los pacientes No Adherentes, se obtuvo un total de 22 pacientes los cuales se dividen en los siguientes grupos: 3 pacientes (5.60%) obtuvieron un grado de adherencia entre 21% - 40%, estos pacientes han referido que se toman el tratamiento antihipertensivo únicamente cuando presentan síntomas característicos de la HTA; seguido de 6 pacientes (11.30%) obtuvieron un grado de adherente entre 61% - 80% y las 13 pacientes restantes (24.50%) obtuvieron entre 61% - 80%. Podemos asociar este resultado con la figura 26 (Ver página 78) donde se muestran las razones por las cuales las pacientes no cumplen estrictamente con la toma del tratamiento antihipertensivo, entre ellas la más relevante es "Porque me aburre estar tomando pastillas" y "Porque en el momento se me olvida y después no me la tomo".

Considerando que la mayoría de las pacientes en estudio son adultos mayores, es común que se les olvide la hora en que deben tomar cada una de sus pastillas, o se distraigan mientras realizan las labores domésticas, por ende, es necesario que cuenten con la ayuda de un familiar que les proporcione las pastillas a la hora que indicó el médico, de no existir esta posibilidad, el paciente puede escribir una nota como recordatorio y colocarlo en un lugar visible.

Análisis de los resultados

Para estudiar a profundidad la Adherencia terapéutica en pacientes hipertensas, es primordial conocer características básicas de las mismas, entre ellos la edad, ésta nos permite identificar el grupo etáreo más afectado, en este caso, el 67.90% de las pacientes se encuentran en un rango de edad de 49 – 68 años, lo cual se puede asociar a los factores de riesgo propios de la HTA y la aparición de la menopausia. Por otra parte, es primordial estudiar el nivel académico de las pacientes, en este estudio los resultados arrojaron que la mayoría de las pacientes no logró culminar sus estudios de educación secundaria (30.1%), por ende, están sujetos a optar únicamente por trabajos informales donde no se les brinda seguro social ni un salario estable.

En cuanto a la situación laboral de las pacientes, la mayoría son amas de casa (67.90%), esto se asocia al rango de edad predominante de las pacientes, así como al bajo nivel educativo; el 22.60% es dueña de pulperías, esto como una manera de emprender y generar una entrada extra de dinero. Retomando el aspecto de ingresos económicos en los hogares de las pacientes en estudio, se identificó que el 37.70% (20 viviendas) obtiene un ingreso mensual superior al salario mínimo, seguido del 32.10% (17 viviendas) con un ingreso mensual equivalente al salario mínimo nacional, y por último, pero con poca diferencia el 30.10% (16 viviendas) que representa a los hogares donde viven con un ingreso menor al salario mínimo, tomando en cuenta estos relevantes datos, podemos deducir que las pacientes no viven en pobreza extrema, contando con los servicios básicos de agua potable y energía eléctrica.

Otro aspecto importante en la adherencia terapéutica, pero poco estudiado es el impacto que ejercen las creencias religiosas en los pacientes para influenciarlos o restringirlos al consumo de fármacos, en este caso se identificó que únicamente 3 pacientes refirieron que en su religión (Testigos de Jehová) se les inculca usar fármacos únicamente en emergencias y optar por medicina natural (tomar agua de coco, fresco de guayaba, fresco de toronjo, tomar agua en grandes cantidades), sin embargo, las pacientes asisten frecuentemente a sus controles, pero no cumplen estrictamente con el tratamiento antihipertensivo. En cuanto a la religión

católica y Evangélica, ambas son las más comunes dentro de los sujetos de estudio, en ninguna de ellas se les impide tomar fármacos.

Retomando la medicina natural, se observó cierto interés por parte de las pacientes, el 60.30% de ellas refirió que consumen el tratamiento antihipertensivo y de vez en cuando toman remedios caseros, no sólo para controlar la HTA, sino también para combatir resfriados, cefaleas, dolores articulares, etc.

Dentro del estudio de la Adherencia Terapéutica, se deben tomar en cuentas aspectos sumamente relevantes, entre ellos

- Factores relacionados con la enfermedad: Abarcan el tiempo que llevan las pacientes siendo hipertensas: el 35.80% de las pacientes en estudio llevan más de 10 años conviviendo con la HTA; además de las 53 pacientes en estudio el 81.10% son sintomáticas, predominando los siguientes síntomas: cefalea y sofocamiento. En cuanto a los efectos adversos por el tratamiento antihipertensivo, el 20.70% (7 Pacientes) de las pacientes refiere presentarlos, entre ellos predomina: 3 pacientes que les produce cefalea, 3 pacientes a las cuales la Enalapril les causa tos seca, sin embargo, no se lo han comunicado al médico, y una paciente la cual padeció de Sangrado del tubo digestivo Alto (STDA) secundario al consumo de Ácido Acetil Salicílico.
- Factores relacionados con los servicios de salud: Es importante reconocer cómo puede influenciar una buena atención en el comportamiento del paciente para con su salud, si a un paciente se le atiende de mala manera, éste muy raramente regresará a la misma unidad de salud, por ende a las pacientes en estudio se les preguntó cómo clasificarían la atención que les brindan en el puesto de salud, obteniendo que el 47.10% lo clasificó como una atención buena, y el 33.90% como una atención excelente. Además, es importante identificar la calidad de atención en cuanto a la educación que se les brinda al paciente sobre su estado de salud y medidas de autocuidado, el 100% de las pacientes en estudio refirió que el médico encargado del programa de crónicos le explicó a profundidad su enfermedad y la importancia de tomar el tratamiento antihipertensivo en

tiempo y forma. Por otra parte, se toma en cuenta la accesibilidad al tratamiento antihipertensivo, es decir, si es gratuito y si lo entregan de manera completa, a lo que el 96.20% de las pacientes refirió que siempre se les entrega el tratamiento para un mes, mientras que el 3.70% de las pacientes compran su tratamiento (Akavar H y Losartán) debido a que no están dentro de la lista básica de medicamentos.

- Factores relacionados con el paciente: Para estudiar a un sujeto, se debe indagar aspectos relevantes de su enfermedad y la manera en que las afronta, empezando por la confianza que le tienen al medicamento que les indicó el médico, si los pacientes no confían, raramente se lo tomarán, en cuanto a las pacientes en estudio, el 71.60% refirió que sí tienen confianza, pues han sentido que les ha ayudado a controlar la HTA. En cuanto a la evolución de la HTA, se debe contabilizar el número de crisis hipertensivas que han sufrido las pacientes en un período de tiempo específico, en este caso se les preguntó a las pacientes cuántas crisis han sufrido durante el transcurso del año, obteniendo que el 43.30% de ellas no ha sufrido crisis, seguido del 33.90% (18 pacientes) han sufrido una crisis. En cuanto a las complicaciones de la HTA, el 26% (14 pacientes) padecen de Insuficiencia Cardíaca y todas toman Ácido Acetil Salicílico.

Existen diferentes métodos para identificar a los pacientes Adherentes y No Adherentes, en este estudio se utilizó el test de Hermes, el cual ayudó a la valoración de la adherencia al tratamiento antihipertensivo que poseen las pacientes que integran este estudio, obteniendo que:

- El 73.5% de las pacientes conoce el nombre del tratamiento antihipertensivo que le indicó el médico.
- El 92.4% de las pacientes sabe cuántas pastillas debe tomar a lo largo del día.
- El 54.7% de las pacientes refiere que "A veces" se les olvida tomar el tratamiento antihipertensivo.
- Al 50.9% de las pacientes se le olvidó tomar una (1) de las pastillas durante la semana en que recibió la visita domiciliar.

- El 54.7% refiere tomar el medicamento a la hora que el indicó el médico, el resto de pacientes (45.3%) lo toma en diferentes horas, "cuando me acuerdo"- refirió una de las pacientes.
- El 7.5% de las pacientes ha dejado de tomar el tratamiento antihipertensivo porque se encontraba peor de salud tomándolo, este grupo conforma a pacientes a las cuales la Enalapril les causa Tos seca, por ende, si la tos es excesiva, dejan de tomarla por un corto período de tiempo.
- El 64.1% de las pacientes refiere que cuando se sienten bien de salud, se les olvida tomar el tratamiento antihipertensivo.
- El 100% de las pacientes refiere que cuando se sienten mal de salud no se les olvida tomar el tratamiento antihipertensivo. Cuando empiezan a sentir los síntomas característicos de la HTA se toman una pastilla.

Triangulación de los resultados correspondiente al Test de Hermes y la técnica de recuento de comprimidos.

Para obtener un análisis más exacto de los resultados arrojados mediante las dos técnicas que valoran el grado de adherencia terapéutica, se realizó una comparación, la cual nos lleva a una conclusión final en donde se aprecia el porcentaje aproximado de la adherencia terapéutica, siendo este un promedio de los resultados de los dos test.

Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud "Villa Bosco Monge", Masaya, I semestre 2019.

Información Categoría	Técnicas						
	Test de Hermes			Técnica de Recuento de comprimidos			Intersección (Elementos que coinciden)
	Opciones	Resultados		Opciones	Resultados		
No Pte		%	No. Pte.		%		
No Adherentes	0 puntos	0	0%	0% - 20% de adherencia	0	0%	En ambos no se presentó un nivel de 0% en adherencia.
	1 punto	6	11.3%	21% - 40% de adherencia	3	5.6%	Se puede apreciar que se obtuvieron porcentajes bajos, sin embargo el test de Hermes tiene mayor incidencia.
	2 puntos	19	35.8%	41% - 60% de adherencia	6	11.3%	En el recuento de comprimido se valoran dos opciones, al sumarlas obtenemos un 35.8% como en el test de Hermes
				61% - 80% de adherencia	13	24.5%	

Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud "Villa Bosco Monge", Masaya, I semestre 2019.

Información Categoría	Técnicas						Intersección (Elementos que coinciden)
	Test de Hermes			Técnica de Recuento de comprimidos			
	Opciones	Resultados		Opciones	Resultados		
NoPte		%	No. Pte.		%		
Adherentes	3 puntos	18	34	81% - 99% de adherencia	19	35.8	Podemos observar que el porcentaje de adherencia están bastante cercanos, sin embargo en el recuento de comprimidos se nota una variación del 1.8% por encima del test de Hermes.
	4 puntos	10	18.9	100% de adherencia	12	22.6	En el último punto que corresponde a los pacientes adherentes podemos apreciar que el test que obtuvo un mayor índice fue el de recuento de comprimidos.

Si sumamos los porcentajes de las opciones del test de Hermes que entran en la clasificación No Adherente obtenemos un 47.1 % de personas no adherentes y un 52.9% de personas adherentes al tratamiento, en contraste con el recuento de comprimidos en los cuales la suma de personas No adherente es del 41.4% y los Adherentes representan un 58.4%, siendo el en Recuento de comprimidos donde se obtiene la mayor cantidad de personas adherentes al tratamiento antihipertensivo.

Al sacar una media de los resultados obtenidos en los dos test, tenemos que la población No Adherente es del 44.3% seguido de la población Adherente con un 55.7% dando el 100% de la población en estudio. Este resultado se obtuvo de sumar las cantidades finales de adherencia y no adherencia de los dos test y dividirlos entre dos para sacar la media. Por lo tanto podemos concluir que la población No adherente está cercana al 50% de la población en estudio.

Conclusiones

1. El estudio está conformado por 53 pacientes femeninas, todas habitantes de Villa Bosco Monge, pertenecientes a la etnia Mestiza, con un rango predominante de edades entre 49-68 años con 36 pacientes; la mayoría habita en el grupo C y II etapa. En cuanto a las características económicas, 36 pacientes son amas de casa, y 12 pacientes tienen negocios propios; siguiendo con los ingresos económicos: 20 pacientes cuentan con un ingreso económico superior al salario mínimo nacional.
2. Dentro de los factores socioculturales, se identificó que 34 pacientes profesan la fe católica, seguida de 16 pacientes que profesan la fe evangélica y 3 pacientes pertenecientes a los testigos de Jehová. En cuanto a la influencia que tiene la religión sobre el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, se identificó que únicamente a las pacientes pertenecientes a la religión Testigos de Jehová se les restringe el uso frecuente de fármacos y se les aconseja usar medicina natural.
3. Los principales factores que impiden el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo son: 19 pacientes tienen más de una década de tomar tratamiento antihipertensivo por lo que se tienden a aburrir, 10 pacientes son asintomáticas, 7 pacientes presentan efectos adversos, 2 pacientes deben solventar su tratamiento antihipertensivo (Akavar H y Losartán), 15 pacientes no tienen plena confianza en el medicamento prescrito.
4. En cuanto a las principales complicaciones que han padecido las pacientes en estudio, se identificó que en lo que va del año, 18 pacientes han padecido 1 crisis hipertensiva, 10 pacientes han padecido 2 crisis hipertensivas, 2 pacientes han tenido 3 crisis hipertensivas, 14 pacientes padecen de Insuficiencia Cardíaca, 2 pacientes han sufrido de Accidente Cerebro Vascular, 2 pacientes han padecido de un infarto cada una y 4 pacientes padecen actualmente de Insuficiencia Renal.
5. De las 53 pacientes en estudio, 31 pacientes son Adherentes, y 22 pacientes son No Adherentes.

Recomendaciones

- **A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**
 1. Aumentar el número de tutorías.
 2. Crear un cronograma donde las Prácticas de Profesionalización se lleven a cabo en un período diferente al Proceso de aplicación de instrumentos del seminario de graduación.

- **Al Puesto de salud “Villa Bosco Monge”**
 1. Explicar a las pacientes hipertensas los beneficios del tratamiento antihipertensivo prescrito.
 2. Profundizar en la concientización a las pacientes sobre las repercusiones que pueden desarrollar si no se adhieren al tratamiento antihipertensivo.
 3. Colocar dentro del Puesto de salud material ilustrativo sobre la HTA, síntomas y complicaciones.

- **A las pacientes hipertensas del programa de crónicos del Puesto de salud “Villa Bosco Monge”**
 1. Que asistan en tiempo y forma a los controles mensuales y retiro del tratamiento.
 2. Asegurarse de cumplir cada una de las indicaciones brindadas por el médico en relación a los estilos de vida saludable.
 3. Comunicarle al médico encargado del programa de crónicos si el tratamiento antihipertensivo le causa efectos secundarios.
 4. Pueden realizar un calendario con horarios y días donde quede establecido el nombre del medicamento, la hora en la que se debe tomar, el color de la tableta y la dosis.
 5. De ser posible pedir a un familiar que lleve un control de cada medicamento.
 6. Tener en orden sus medicamentos por sector de hora, mañana, tarde, noche y mantenerlos en un lugar visible.
 7. Tomar el tratamiento antihipertensivo en tiempo y forma.

Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud "Villa Bosco Monge", Masaya, I semestre 2019.

Bibliografía

- OMS. (16 de febrero de 2018). *Obesity and Overweighth*. Obtenido de <http://www.who.int/es/new-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- abc, Definición. (2018). *Definición de Creencias*. Recuperado el 17 de abril de 2018, de <https://www.definicionabc.com/general/creencia.php>
- Aburto, V. H. (junio de 2010). *salud publica de mexico*. Obtenido de www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342000000600010&script=sci_abstract
- ACCU España. (10 de Marzo de 2017). *Jornada sobre los derechos de los pacientes crónicos*. Obtenido de <https://www.accuesp.com/jornada-sobre-los-derechos-de-los-pacientes-cronicos>
- Argentina.gob.ar. (s.f.). *Enfermedades Diarreicas*. Obtenido de <http://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/diarrea>
- Avilés, F., Duarte, A., & Estrada, S. A. (Diciembre de 2014). *Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Managua*. Obtenido de UNAN. MANAGUA: <http://repositorio.unan.edu.ni/5507/1/21047.pdf>
- Cisneros, N. S. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Medigraphic Artemias en línea*, 98-10.
- Conceptos, De. (2018). *Concepto de condiciones de vida*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de <https://deconceptos.com/ciencias-sociales/condiciones-de-vida>
- Córdoba, J., Fernández, B., Molina, V., Cabascos, M., & Larrañaga, B. (2011). *Saludgob*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de <http://www.salud.gob.mx>
- Custodio Ruiz, A. (05 de Agosto de 2008). *Metodos y Tecnicas de Investigación Científica*. Obtenido de <http://www.gestiopolis.com/metodos-y-tecnicas-de-investigacion-cientifica/>
- Definición, Abc. (2018). *definición de Niveles Educativos*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de <https://www.definicionabc.com/general/niveles.php>
- Definición, Abc. (2018). *Definición de Situación laboral*. Recuperado el 20 de marzo de 2018, de <https://www.definicionabc.com/social/laboral.php>
- Definición.De. (2 de Octubre de 2015). *definicion del sujeto y el objeto en la investigación*. Obtenido de https://prezi.com/.../el-sujeto-y-el-objeto_en-la-investigacion-a-la-investigacion-de-mark
- Definicion.DE. (2017). *definición de guía de observación*. Obtenido de <http://definicion.de/guia-de-observacion/>

Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud "Villa Bosco Monge", Masaya, I semestre 2019.

- Ecured. (2018). *Definición de Demografía*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de <https://www.ecured.cu/Demograf%C3%ADa>
- Ecured. (2018). *Definición y Tipos de Etnia*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de <https://www.ecured.cu/Etnia>
- Elizabeth Salinas. (2012). México: Insurgentes sur.
- Eumed.net. (2013). *Técnicas e Instrumentos*. Recuperado el 3 de Junio de 2018, de http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/tecnicas_instrumentos.html
- Eustat. (2018). *Definición de Etnia*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_168/elem_2375/definicion.html
- Eva Castells Bescós, A. B. (2015). *Enfermedades crónicas no transmisibles: Hipertensión*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Figueroba, A. (06 de Noviembre de 2017). *Enfermedades- Hipertensión Arterial*. Recuperado el 17 de Abril de 2018, de <https://viviendolasalud.com/enfermedades/hipertension-arterial>
- Gentic Alliance. (s.f.). *genetica alliance*. Obtenido de <http://www.geneticalliance.org/sites/default/files/book1span.pdf>
- GeoSalud. (2012). *Hipertensión y Estrés*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de <https://www.geosalud.com/hipertension/estres.htm>
- Guerra, E. H. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión Arterial. *Avances en enfermería*, 67-75.
- Guillen, V. G. (2010). Métodos para medir el cumplimiento. En C. Codina, A. Rigueira, A. Torres, A. Carmona, J. Arnaiz, M. Pérez, . . . C. Codina, *Educación sanitaria: Información al paciente sobre los medicamentos* (págs. 73-80). Alicante: Press Line.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación, quinta edición*. Mexico.DF: INTERAMERICANA EDITORES.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2014). *Metodologia de la Investigacion*. México: Camara Nacional de la industria editorial mexicano.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista. (2010). *Metodología de la Investigación. 5ta edición*. México: Interamericana Editores S.A.
- Joint National Commite. (Mayo de 2013). Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7tcsp.html>
- Julián Pérez Porto, A. G. (2012). *definición de Demografía*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de <https://definicion.de/demografia/>

- Libertad, A., Bayarre, H., Coruguero, M., Vento, F., Matos, Y., & Orbay, M. (2015). *Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas*. La Habana, Cuba.
- Libertad, D. A., Bayarre Veá, D., Corugedo Rodríguez, M. d., Vento Iznaga, M., La Rosa Matos, M., & Orbay Araña, M. d. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33-45.
- Ludewing, C. (2010). *Universo y Muestra*. Obtenido de http://www.academia.edu/7709512/UNIVERSO_Y_MUESTRA
- Martí, C. I. (29 de Febrero de 2012). *Epidemiología Blog*. Recuperado el 4 de Abril de 2018, de http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/29/133136
- Mendieta, E. (6 de Febrero de 2013). *Períodos y etapas del ciclo de vida del ser humano*. Recuperado el 2018 de Marzo de 2018, de <http://elsita2013.blogspot.com/2013/02/periodos-y-etapas-del-ciclo-de-vida-del.html>
- Meneses, D. D. (27 de Enero de 2015). *El Nuevo Diario- Cifras de Hipertensos*. Obtenido de <https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/340271-cada-vez-hay-mas-hipertensos/>
- MINSA. (2010). Recuperado el 4 de Abril de 2018, de <http://www.minsa.gob.ni/portada/Especiales/2011/Verano/archivos/EDAS>.
- Mora, L. G. (23 de Febrero de 2012). *Contrapeso*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de <http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/>
- Muñiz, R. d. (2018). *Instituto Nacional de Psiquiatría*. Obtenido de www.inprf.gob.mx
- National heart, lung and blood institute. (2017). *Presión Arterial Alta*. Recuperado el 2018, de <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/presion-arterial-alta>
- OMS. (2004). *adherencia al tratamiento*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de <http://www.farmacologia.hc.edu.ui/imagenes/WHO-Adherence-long-term-therapy-sta-2003.pdf>
- OMS. (Mayo de 2017). *medica centre*. Obtenido de Centro de Prensa: <http://www.who.int/medicacentre/factsheets/fs330/es>
- OMS. (2018). *Hipertensión*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/hypertension/es/>
- OMS. (2018). *Medicine docs*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js5422s/4.4.html>
- Pérez, J., & Merino, M. (2012). *Definicion.De*. Obtenido de <https://definicion.de/religion>

Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes femeninas de Villa Bosco Monge que asisten al Programa de Crónicos en el Puesto de Salud "Villa Bosco Monge", Masaya, I semestre 2019.

- Pérez, V. (2017). *ONSALUs*. Recuperado el 18 de Abril de 2018, de <https://www.onsalus.com/definicion-de-perimetro-braquial-medio-pbm-18669.html>
- Pineda, E. B., alvarado, E. L., & Canales, F. d. (1994). *Metodología de la investigación 2da edición*. Washington.
- Porto, J. P., & Gardey, A. (2012). *Definicion-De*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de <https://definicion.de/edad/>
- Porto, J. P., & Gardey, A. (2013). *Definicion-De*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de <https://definicion.de/procedencia/>
- Red de Gestión Humana. (2010). *Gestión humana consultores*. Recuperado el 3 de Junio de 2018, de http://prueba1.gestionhumanaconsultores.com/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=89
- Rivera, N. L. (Agosto de 2005). *Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Leon*. Obtenido de UNAN-LEON: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/2080/1/197599.pdf>
- Rodelgo, D. T. (24 de Noviembre de 2014). *Onmeda.es*. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de <https://www.onmeda.es/enfermedades/hipertension arterial-evolucion-1685-9.html>
- Rodríguez, A., García, E., Busquets, A., Rodríguez, A., Pérez, E., Faus, M., & Martínez, F. (2016). *Pharmaceutical Care*. Recuperado el 3 de Junio de 2018, de http://pharmaceutical-care.org/revista/doccontenidos/articulos/6_REVISION.pdf
- Salinas, E., & Nava, M. G. (2012). *Adherencia Terapéutica*. México.
- Salvá, R. P. (11 de Marzo de 2018). *Cuidado a pacientes Crónicos*. Obtenido de http://www.aniorte-nic.net/apunt_cuidad_cronic_1.htm
- Tensaval. (2012). *Hipertensión y Estrés*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de https://www.tensoval.es/hipertension_y_estres.php
- Unidas, Naciones. (2018). *Demoapedia, diccionario demográfico multilingüe*. Recuperado el 20 de marzo de 2018, de http://www.demopaedia.org/tools/spip.php?page=generate_dictionary&edition=es-i&format=html

Anexos

Cronograma de actividades

Actividades	Tutoría #1	14 de diciembre, 2018
	Mejora del protocolo final	Del 15 al 21 de diciembre, 2018
	Incorporación de observaciones	
	Tutoría #2	4 de enero, 2019
	Elaboración del documento a entregar para validación de instrumentos	
	Entrega de los documentos a los evaluadores	
	Periodo de validación	Del 04 al 09 de enero, 2019
	Entrega de los instrumentos ya evaluados	9 de enero, 2019
	Incorporación de mejoras a los instrumentos	Del 9 al 10 de enero, 2019
	Tutoría #3	11 de enero, 2019
	Entrega de la carta al SILAIS	18 de enero, 2019
	Realización del pilotaje de los instrumentos	22 de enero, 2019
	Aplicación de los instrumentos	25 y 31 de enero 01, 05 y 06 de febrero, 2019
	Paloteo de los resultados obtenidos de los instrumentos.	05 y 06 de enero, 2019
	Tutoría #4	8 de febrero del 2019
	Elaboración de los gráficos (presentación de los resultados)	8 de febrero del 2019
	Análisis de los resultados	11 y 12 de febrero del 2019
	Elaboración de las conclusiones y el resumen	13 de febrero del 2019
	Elaboración del primer borrador del informe de investigación	13 de febrero del 2019
	Tutoría #5	15 de febrero del 2019
	Elaboración del informe de investigación	19 de febrero del 2019
	Tutoría #6	22 de febrero del 2019
	Entrega del informe de investigación al departamento de enfermería	27 de febrero del 2019
Elaboración de la presentación en PowerPoint	27 de febrero del 2019	
Defensa del informe de investigación	18 de marzo del 2019	
Entrega del documento empastado al departamento de Enfermería	27 de marzo del 2019	
Entrega del documento empastado al Centro de salud "Alejandra Dávila Bolaños"	28 de marzo del 2019	

Fuente: Elaboración propia

Presupuesto

Categoría	Descripción	Cantidad	Costo individual	Costo total
Transporte	Hacia Villa Bosco Monge.	Rivas (7 pasajes)	C\$160.00	C\$1120.00
		Masaya (14 pasajes)	C\$20.00	C\$280.00
Sub-total				C\$1400.00
Validación de instrumentos	Impresión	1	C\$30.00	C\$30.00
	Fotocopia	2	C\$30.00	C\$60.00
Subtotal				C\$90.00
Pilotaje de instrumentos	Impresión	1	C\$12.00	C\$12.00
	Fotocopia	5	C\$6.00	C\$35.00
Subtotal				C\$21.00
Aplicación de instrumentos	Impresión	1	C\$15.00	C\$15.00
	Fotocopia	58	C\$7.50	C\$435.00
Subtotal				C\$450.00
Alimentación	Almuerzos	21	C\$100.00	C\$2100.00
Subtotal				C\$2100.00
Informe final	Impresión	3	C\$700.00	C\$2100.00
	Fotocopia de consentimientos informados	159	C\$1.00	C\$159.00
	Fotocopia de guías de valoración	159	C\$1.00	C\$159.00
Subtotal				C\$2,418.00
Documento empastado	Impresión	2	C\$300.00	C\$600.00
	Empastado	2	C\$350.00	C\$700.00
	Quemado de CD	3	C\$70.00	C\$210.00
Subtotal				C\$1510.00
TOTAL				C\$7,989.00

Fuente: Elaboración propia

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA



CUESTIONARIO

Introducción

Estimada Paciente la presente encuesta es de manera anónima y con fines académicos, por ende, toda la información brindada por usted no será divulgada a personas ajenas al estudio. Con éste cuestionario se pretende valorar las características demográficas, sociales y económicas de las mujeres que padecen Hipertensión arterial y son atendidas en el Puesto de salud “Villa Bosco Monge-Masaya”.

Instrucciones

En la siguiente encuesta se muestran una serie de preguntas, elija una opción rellenando el círculo. Si en alguna pregunta tiene dudas solicite la ayuda del encuestador.

Número de encuesta: _____ Fecha: ____/____/____

Encuestador: _____

I. Datos generales

Iniciales del encuestado: _____ Edad: _____

Dirección exacta: _____

II. Aspectos demográficos

1. ¿A cuál etnia pertenece?

- Mestizo Creole Garífuna Criollo
 Matagalpa Miskito Rama Otra _____

III. Aspectos económicos

1. ¿Qué trabajo desempeña actualmente?

- Ama de casa Docente
 Operaria Doméstica
 Negocio Propio Otro _____

10. ¿Con qué medios de transporte cuentan en su barrio? (Puede elegir varias opciones)

Transporte urbano colectivo

Taxi

Moto taxi

Otro _____

IV. Aspectos socioculturales

1. ¿A qué religión pertenece?

Católica

Mormona

Evangélica

Ninguna

Testigo de Jehová

Otra _____

2. ¿En su religión se les restringe tomar fármacos?

Sí

No

3. ¿Qué tipo de tratamiento prefiere consumir para controlar su presión arterial?

Fármacos

Medicina natural

Ambas

4. Según usted, ¿Cuál es la mejor manera de controlar su presión arterial? Puede elegir más de una opción.

Tomar remedios caseros

Mantener la fe en que sanará

Tomar tratamiento médico sólo cuando se sienta mal

Tomar tratamiento médico en tiempo y forma

Otra

V. Adherencia terapéutica

V.1. Factores relacionados con la enfermedad

1. ¿Hace cuánto padece hipertensión Arterial?

Menos de 6 meses

De 5 a 10 años

De 6 meses a 1 año

De 10 años a más

De 1 a 4 años

2. ¿La presión alta le causa algún síntoma o malestar general

Sí

No

3. Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuál de estos síntomas presenta?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza. | <input type="checkbox"/> Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Observa chispas. |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Sofocamiento |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

4. ¿Cómo se siente con respecto a su enfermedad?

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> No me considero enferma | <input type="radio"/> Deprimida |
| <input type="radio"/> Entiendo y acepto mi enfermedad | <input type="radio"/> Enojada |
| <input type="radio"/> Tratando de aceptar mi enfermedad | |

V.2 Factores relacionados con el tratamiento

1. ¿El tratamiento le produce efectos secundarios?

- Sí No

2. Si su respuesta es positiva, ¿Cuál de estos efectos secundarios le ha causado su tratamiento?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones aceleradas | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Sofocamiento | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

3. ¿Considera que es demasiado complejo (difícil) cumplir con el horario en que se debe tomar el medicamento?

- Sí No

4. ¿Por qué considera que es difícil cumplir con el horario de su tratamiento?

- Porque a esa hora estoy trabajando
- Porque me aburre estar tomando medicamento
- Porque en el momento se me olvida y no me la tomo
- Otra _____

V.3 Factores relacionados con la Atención en salud

1. ¿Cómo calificaría la atención que le brinda el médico del puesto de salud?

Mala

Regular

Buena

Excelente

2. ¿En el puesto de salud le explicaron la importancia de tomarse tu tratamiento en tiempo y forma?

Sí

No

3. ¿En el puesto de salud le entregan la cantidad completa de pastillas que le receta el médico para controlar la presión arterial?

Nunca

La mayoría de las veces

Siempre

V.4 Factores relacionados con el paciente

1. ¿Tiene confianza en el medicamento que le recetó el médico?

Sí

No

IV. Test de Hermes

1. ¿Puede decirme usted el nombre del medicamento que toma para la Hipertensión Arterial? Por favor escriba el nombre sobre la línea.

Sí _____

No

2. ¿Sabe usted cuántos comprimidos (tabletas) de este medicamento debe tomar al día? Por favor escriba el número de tabletas sobre la línea.

Sí _____

No

3. ¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos?

Nunca

A Veces

Muchas veces

Siempre

4. En la última semana, ¿cuántas pastillas no ha tomado?

0

1

2

3 o más

5. ¿Toma las pastillas a la hora que le indicó el médico?

Sí

No

6. ¿Ha dejado alguna vez de tomar el medicamento porque se encontraba peor de salud tomándola?

Sí

No

7. Cuando se siente bien de salud, ¿Se le olvida tomar la medicina?

Sí

No

8. Cuando se encuentra mal, ¿Se le olvida tomar la medicina?

Sí

No

VII. Complicaciones de salud secundarias a Hipertensión arterial

1. ¿Cuántas crisis hipertensivas ha tenido en el transcurso del año?

1

2

3

4

2. ¿Cuáles complicaciones ha presentado en su salud debido a la hipertensión arterial?

Insuficiencia cardíaca

Infarto

Derrame cerebral

Aneurisma de aorta

Arteriosclerosis

Insuficiencia renal

Angina de pecho

Problema visual

Otra _____

Ninguna

¿Tiene usted alguna observación o algo que desee agregar?

¡Gracias por su participación!

GUÍA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE

Número de guía: _____

Fecha: ___/___/___

Nombre del encuestador: _____

Número de expediente del paciente: _____

I. Nivel de tensión arterial

Para registrar los datos se deberá utilizar esfigmomanómetro manual y estetoscopio.

Datos	
P/A MSD	
P/A MSI	
P/A Media	

II. Recuento de comprimidos

Datos	
Fecha de retiro del tratamiento	___/___/___
Número de comprimidos entregados	
Número de dosis al día	
Número de comprimidos que debió haber tomado el paciente desde la fecha que retiró el medicamento hasta hoy	
Número de comprimidos que posee el paciente actualmente	
Número de comprimidos sobrantes (no tomados)	
Porcentaje de Adherencia terapéutica	

Resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos

Tablas de los resultados correspondientes al objetivo: “Caracterizar demográfica y económicamente a los pacientes hipertensos de Villa Bosco Monge”

Tabla 1. Edades de las pacientes

Rango de edades	Número de pacientes	Porcentaje
18-28 años	1	1.8%
29-38 años	0	0%
39-48 años	6	11.3%
49-68 años	36	67.9%
69 años a más	10	18.8%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 2. Grupos de la Villa Bosco Monge

Grupo	Número de pacientes	Porcentaje
A	11	20.7%
B	5	9.4%
C	12	22.6%
D	1	1.8%
E	2	3.7%
F	6	11.3%
G	4	7.54%
H	0	0%
II Etapa	12	22.6%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 3. ¿A qué etnia pertenece?

Etnias	Número de pacientes	Porcentaje
Mestiza	53	100%
Matagalpa	0	0%
Creole	0	0%
Miskito	0	0%
Garífuna	0	0%
Rama	0	0%
Criollo	0	0%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 4. ¿Qué trabajo desempeña actualmente?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Ama de casa	36	67.9%
Operaria	0	0%
Negocio Propio	12	22.6%
Docente	2	3.7%
Ayudante del hogar	1	1.8%
Cocinera	1	1.8%
Costurera	1	1.8%
Jubilada	0	0%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 5. ¿Cuál es su ingreso familiar?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Por debajo del salario mínimo (menos de 5,965 córdobas)	16	30.1%
Salario mínimo (5,965 córdobas)	17	32.1%
Por encima del salario mínimo (Más de 5,965 córdobas)	20	37.7%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 6. ¿Cuál es su nivel educativo?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Iltrado	2	3.7%
Primaria Incompleta	9	16.9%
Primaria Completa	6	11.3%
Secundaria Incompleta	16	30.1%
Secundaria Completa	14	26.4%
Técnico incompleto	0	0%
Técnico completo	2	3.7%
Universidad incompleta	1	1.8%
Universidad completa	3	5.6%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 7. ¿De qué tamaño es su vivienda?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Pequeña	8	15.1%
Mediana	37	69.8%
Grande	8	15.1%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 8. ¿Con qué servicios cuenta en su vivienda?

Opciones	Número de viviendas	Porcentaje
Agua potable	36	67.9%
Energía eléctrica	36	67.9%
Teléfono	2	3.7%
Internet	2	3.7%
Televisión por cable	19	35.8%
Todos	17	32%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 9. ¿Con qué material están construidas las paredes de su vivienda?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Piedra canteras	53	100%
Plástico	0	0%
Cartón	0	0%
Plywood	0	0%
Madera	0	0%
Otro	0	0%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 10. ¿Con qué material está construido el techo de su vivienda?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Zinc	53	100%
Plástico	0	0%
Tejas	0	0%
Fibro cemento	5	0%
Cielo falso	0	0%
Otro	0	0%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 11. ¿Cuántas personas habitan en su vivienda?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Una a 3 personas	4	7.5%
4 a 6 personas	30	56.6%
7 personas a más	19	35.8%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 12. ¿Cuántas habitaciones hay en su vivienda?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Una habitación	0	0%
2 habitaciones	24	45.2%
3 habitaciones	23	43.3%
4 habitaciones	4	7.5%
5 habitaciones	2	3.7%
6 habitaciones	0	0%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 13. Número de viviendas que se encuentra en hacinamiento

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Si	30	56.6%
No	23	43.3%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 14. ¿Con qué medios de transporte cuentan en su barrio?

Opciones	Número	Porcentaje
Transporte urbano colectivo	53	100%
Moto taxi	0	0%
Taxi	53	100%
Otro	0	0%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tablas de los resultados del objetivo: “Identificar los factores socioculturales de los pacientes en estudio”

Tabla 15. ¿A qué religión pertenece?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Católica	34	64.1%
Evangélica	16	30.1%
Testigo de Jehová	3	5.6
Mormona	0	0%
Ninguna	0	0%
Otra	0	0%
Total	53%	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 16. ¿En su religión se les restringe tomar fármaco?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Si	3	5.6%
No	50	94.3%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 17. ¿Qué tipo de tratamiento prefiere consumir para controlar su presión arterial?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Fármacos	15	28.3%
Medicina natural (remedios caseros)	6	11.3%
Ambas	32	60.3%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 18. Según usted, ¿Cuál es la mejor manera de controlar su presión arterial?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Tomar remedios caseros	20	38%
Tomar tratamiento médico sólo cuando se sienta mal	17	32%
Tomar tratamiento médico en tiempo y forma	31	58%
Mantener la Fe en que sanara	2	4%
Otra	0	0%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tablas de los resultados del objetivo: “Detallar los factores asociados a la no adherencia del tratamiento antihipertensivo”

1. Factores relacionados con la enfermedad

Tabla 19. ¿Hace cuánto padece hipertensión arterial?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Menos de 6 meses	1	1.8%
De 6 meses a 1 año	5	9.4%
De 1 a 4 años	11	20.7%
De 5 a 10 años	17	32%
De 10 años a más	19	35.8%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 20. ¿La presión alta le causa algún síntoma o malestar general?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Si	43	81.1%
No	10	18.8%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 21. Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuál de estos síntomas presenta?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Dolor de cabeza	38	72%
Mareos	13	25%
Visión borrosa	12	25%
Vómitos	5	9%
Observa chispas	11	21%
Sofocamiento	18	34%
Otros	4	8%
Total	43	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 22. ¿Cómo se siente con respecto a su enfermedad?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
No me considero enferma	6	11.3%
Enojada	0	0%
Deprimida	9	16.9%
Tratando de aceptar mi enfermedad	5	9.4%
Entiendo y acepto mi enfermedad	33	62.2%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

2. Factores relacionados con el tratamiento**Tabla 23. ¿El tratamiento le produce efectos secundarios?**

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Si	7	13.2%
No	46	86.7%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 24. Si su respuesta es positiva, ¿Cuál de estos efectos secundarios le ha causado su tratamiento?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Palpitaciones aceleradas	0	0%
Dolor de cabeza	3	42.8%
Sofocamiento	0	0%
Mareos	0	0%
Diarrea	0	0%
Tos seca	3	42.8%
STDA secundario a consumo de aspirina	1	14.2%
Total	7	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 25. ¿Considera que es demasiado complejo (difícil) cumplir con el horario en que se debe tomar el medicamento?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Si	25	47.1%
No	28	52.8%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 26. ¿Por qué considera que es difícil cumplir con el horario de su tratamiento?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Porque a esa hora estoy trabajando	0	0%
Porque me aburre estar tomando medicamento	10	40%
Porque en el momento se me olvida y no me la tomo	10	40%
Gran cantidad de pastillas	5	20%
Total	25	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

3. Factores relacionados con la Atención en salud

Tabla 27. ¿Cómo calificaría la atención que le brinda el médico del puesto de salud?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Mala	0	0%
Regular	10	18.8%
Buena	25	47.1%
Excelente	18	33.9%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 28. ¿En el puesto de salud le explicaron la importancia de tomarse tu tratamiento en tiempo y forma?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Si	53	100%
No	0	0%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 29. ¿En el puesto de salud le entregan la cantidad completa de pastillas que le receta el médico para controlar la presión arterial?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Nunca	2	3.7%
La mayoría de las veces	0	0%
Siempre	51	96.2%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

4. Factores relacionados con el paciente

Tabla 30. ¿Tiene confianza en el medicamento que le recetó el médico?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Si	38	71.6%
No	15	28.3%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 31. ¿Puede decirme usted el nombre del medicamento que toma para la Hipertensión Arterial?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Si	39	73.5%
No	14	26.4%
Total	53	100%

Fuente: Test de Hermes

Tabla 32. Nombre de los medicamentos que toman los pacientes

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Enalapril	4	7.5%
Atenolol	6	11.3%
Losartán	1	1.8%
Akavar H	1	1.8%
Captopril + Ácido Acetil Salicílico	8	15%
Ácido acetil salicílico + Enalapril	20	37.7%
Atenolol + Ácido Acetil Salicílico	6	11.3%
Hidroclorotiazida + Amilorida + Ácido Acetil Salicílico	1	1.8%
Amilorida	1	1.8%
Ácido Acetil Salicílico	4	7.5%
Isosorbide + Ácido Acetil Salicílico	1	1.8%
Total	53	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla 33. ¿Sabe usted cuántos comprimidos (tabletas) de este medicamento debe tomar al día?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Si	49	92.4%
No	4	7.5%
Total	53	100%

Fuente: Test de Hermes

Tabla 34. Número de pastillas que debe ingerir el paciente al día.

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
1	15	28.3%
2	25	47.1%
3	12	22.6%
4	0	0%
5	0	0%
6	0	0%
7	1	1.8%
Total	53	100%

Fuente: Test de Hermes

Tabla 35. ¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Nunca	9	16.9%
A veces	29	54.7%
Muchas veces	13	24.5%
Siempre	2	3.7%
Total	53	100%

Fuente: Test de Hermes

Tabla 36. En la última semana, ¿cuántas pastillas no ha tomado?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
0	15	28.3%
1	27	50.9%
2	10	18.8%
3 o más	1	1.8%
Total	53	100%

Fuente: Test de Hermes

Tabla 37. ¿Toma las pastillas a la hora que le indicó el médico?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Si	29	54.7%
No	24	45.3%
Total	53	100%

Fuente: Test de Hermes

Tabla 38. ¿Ha dejado alguna vez de tomar el medicamento porque se encontraba peor de salud tomándola?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Si	4	7.5%
No	49	92.5%
Total	53	100%

Fuente: Test de Hermes

Tabla 39. Cuando se siente bien de salud, ¿Se le olvida tomar la medicina?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Si	34	64.1%
No	19	35.8%
Total	53	100%

Fuente: Test de Hermes

Tabla 40. Cuándo se encuentra mal, ¿Se le olvida tomar la medicina?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Si	0	0%
No	53	100%
Total	53	100%

Fuente: Test de Hermes

Tablas de los resultados del objetivo: “Mencionar las complicaciones de salud que se han desarrollado en las pacientes no adherentes al tratamiento antihipertensivo”

Tabla 41. ¿Cuántas crisis hipertensivas ha tenido en el transcurso del año?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
0	23	43.3%
1	18	33.9%
2	10	18.8%
3	2	3.7%
4	0	0%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 42. ¿Cuáles complicaciones ha presentado en su salud debido a la hipertensión arterial?

Opciones	Número de pacientes	Porcentaje
Insuficiencia cardíaca	14	26%
Derrame cerebral	2	4%
Arteriosclerosis	0	0%
Angina de pecho	0	0%
Infarto	2	4%
Aneurisma de aorta	0	0%
Insuficiencia renal	4	8%
Problema visual	3	6%
Taquicardia	0	0%
Ninguna	31	58%
Total	53	100%

Fuente: Cuestionario estructurado

Tabla 43. Niveles de presión arterial de los pacientes

Niveles de Presión Arterial	Número de pacientes	Porcentaje
90/60 – 100/70	1	1.8%
110/70 – 120/80	16	30.1%
125/85 – 135/85	24	45.2%
140/90 – 145/95	11	20.7%
150/100 – 160/100	1	1.8%
165/105 a más	0	0%
Total	53	100%

Fuente: Guía de valoración

Tablas de los resultados del objetivo: “Calcular el porcentaje de Adherencia terapéutica”

Tabla 44. Resultados de la puntuación del Test de Hermes

Puntaje	Número de pacientes	Porcentaje	Clasificación
0	0	0%	NO ADHERENTE
1	6	11.3%	NO ADHERENTE
2	19	35.8%	NO ADHERENTE
3	18	34%	ADHERENTE
4	10	18.9%	ADHERENTE
Total	53	100%	

Fuente: Test de Hermes

Tabla 45. Grado de adherencia terapéutica de las pacientes en estudio (Calculado mediante el recuento de comprimidos)

Porcentaje de adherencia terapéutica	Número de pacientes	Porcentaje	Clasificación
0% - 20%	0	0%	NO ADHERENTE
21% - 40%	3	5.6%	NO ADHERENTE
41% - 60%	6	11.3%	NO ADHERENTE
61% - 80%	13	24.5%	NO ADHERENTE
81% - 99%	19	35.8%	ADHERENTE
100%	12	22.6%	ADHERENTE
Total	53	100%	

Fuente: Guía de valoración

Tabla 46. Lista del universo de estudio y muestreo probabilístico sistemático (las primeras 58 pacientes).

CENSO DE PACIENTES FEMENINAS HIPERTENSAS.			
PUESTO DE SALUD VILLA BOSCO MONGE.			
SILAIS MASAYA, NICARAGUA			
DATOS DE FILIACION			
Nº	Número de Expediente	Nº	Número de Expediente
1	140657	36	140173
2	150191	37	011165k,,
3	120970	38	170659
4	080670	39	310893
5	291167	40	030955
6	020340	41	030960
7	011164	42	101268
8	570330	43	030760
9	690726	44	291067
10	070973	45	191254
11	130972	46	030460
12	271265	47	220356
13	241166	48	241068
14	020568	49	180655
15	310131	50	280334
16	100949	51	151139
17	100855	52	120755
18	570309	53	210855
19	240839	54	130456
20	040665	55	040768
21	300353	56	080766
22	050554	57	211271
23	171257	58	060676
24	121156	59	120938
25	140656	60	250667
26	140656	61	180380
27	171162	62	130871
28	140173	63	260265
29	190362	64	010460
30	160758	65	230175
31	050973	66	211271
32	120639	67	020476
33	250160	68	080958
34	220471	69	310185
35	180662		

Fuente: Censo de pacientes hipertensos del programa de crónicos del puesto de salud “Villa Bosco Monge”.

Galería de Fotos

Figura 1. Vista Satelital de la Villa Bosco Monge, Masaya.



Villa Bosco Monje

Masaya · 🚗 11 min

Fuente: Google Map

Figura 2. Vista Satelital del Puesto de Salud Villa Bosco Monge, Masaya.



Fuente: Google Map

Figura 3. Sectorización de los Barrios que Atiende el puesto de salud ‘Villa Bosco Monge’



Fuente: Puesto de Salud ‘Villa Bosco Monge’

Figura 4. Sectorización del Barrio Villa Bosco Monge



Fuente: Puesto de Salud 'Villa Bosco Monge'

Figura 5-7: Primer día de aplicación de instrumentos: Viernes 25 de enero, 2019

Aplicación de instrumentos



Fuente: Elaboración propia

Figura 8-10: Primer día de aplicación de instrumentos: Viernes 25 de enero, 2019

Proceso de recuento de comprimidos



GUÍA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE

Número de guía: 2
 Nombre del encuestador: Martha Silva Fecha: 25/01/19
 Número de expediente del paciente: 156393

I. Nivel de tensión arterial
 Para registrar los datos se deberá utilizar esfigmomanómetro manual y estetoscopio.

Datos	
P/A MSD	130/80
P/A MSI	120/80
P/A Media	125/80

II. Recuento de comprimidos

Datos	
Fecha de retiro del tratamiento	<u>08/01/19</u>
Número de comprimidos entregados	<u>60</u>
Número de dosis al día	<u>2</u>
Número de comprimidos que debió haber tomado el paciente desde la fecha que retiró el medicamento hasta hoy	<u>34</u>
Número de comprimidos que posee el paciente actualmente	<u>30</u>
Número de comprimidos sobrantes (no tomados)	<u>4</u>
Porcentaje de Adherencia terapéutica	<u>88.2%</u>

Fuente: Elaboración propia

Figura 11-13: Segundo día de aplicación de instrumentos: Jueves 31 de enero

Aplicación de instrumentos



Fuente: Elaboración propia

Proceso de medición de la Presión Arterial



GUÍA DE VALORACIÓN DE

Número de guía: 16
Nombre del encuestador: María Elena
Número de expediente del paciente: 1009

Nivel de tensión arterial

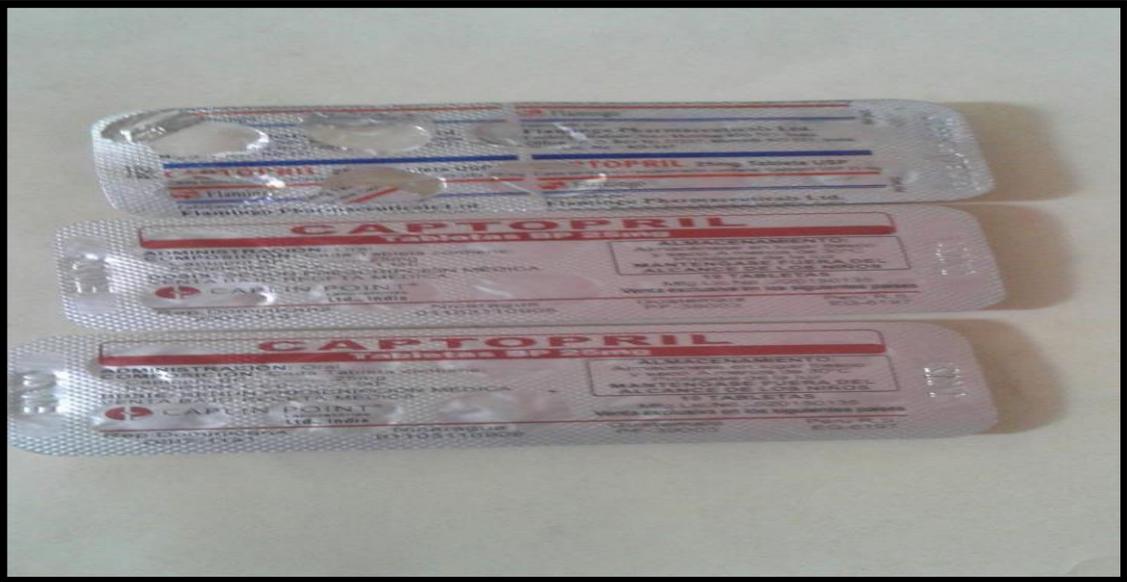
Para registrar los datos se deberá utilizar estígrafo

Datos	
P/A MSD	130/80
P/A MSI	135/80
P/A Media	132/80

Fuente: Elaboración propia

Figura 14-15: Segundo día de aplicación de instrumentos: Jueves 31 de enero

Proceso de recuento de comprimidos



	<u>15 / 03 / 19</u>
	30
	1
paciente	16
ente	19
	5
	68.7%

Fuente: Elaboración propia

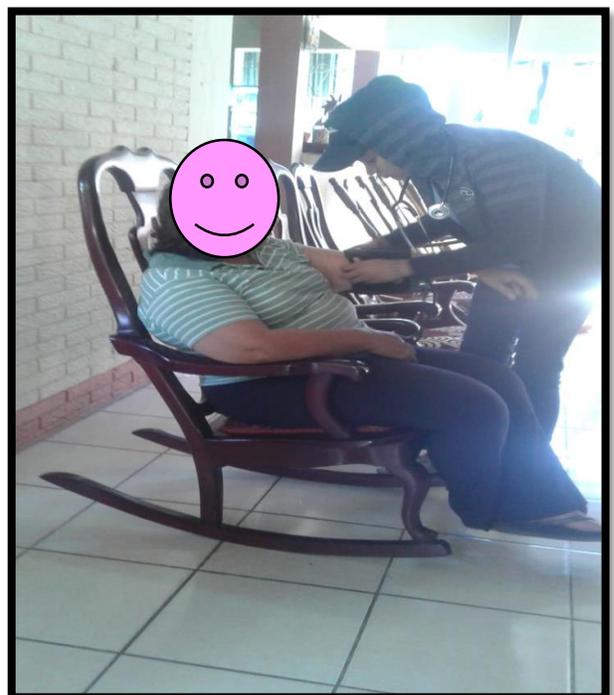
Figura 16-18: Tercer día de aplicación de instrumentos: viernes 1º de febrero, 2019

Aplicación de instrumentos



Fuente: Elaboración propia

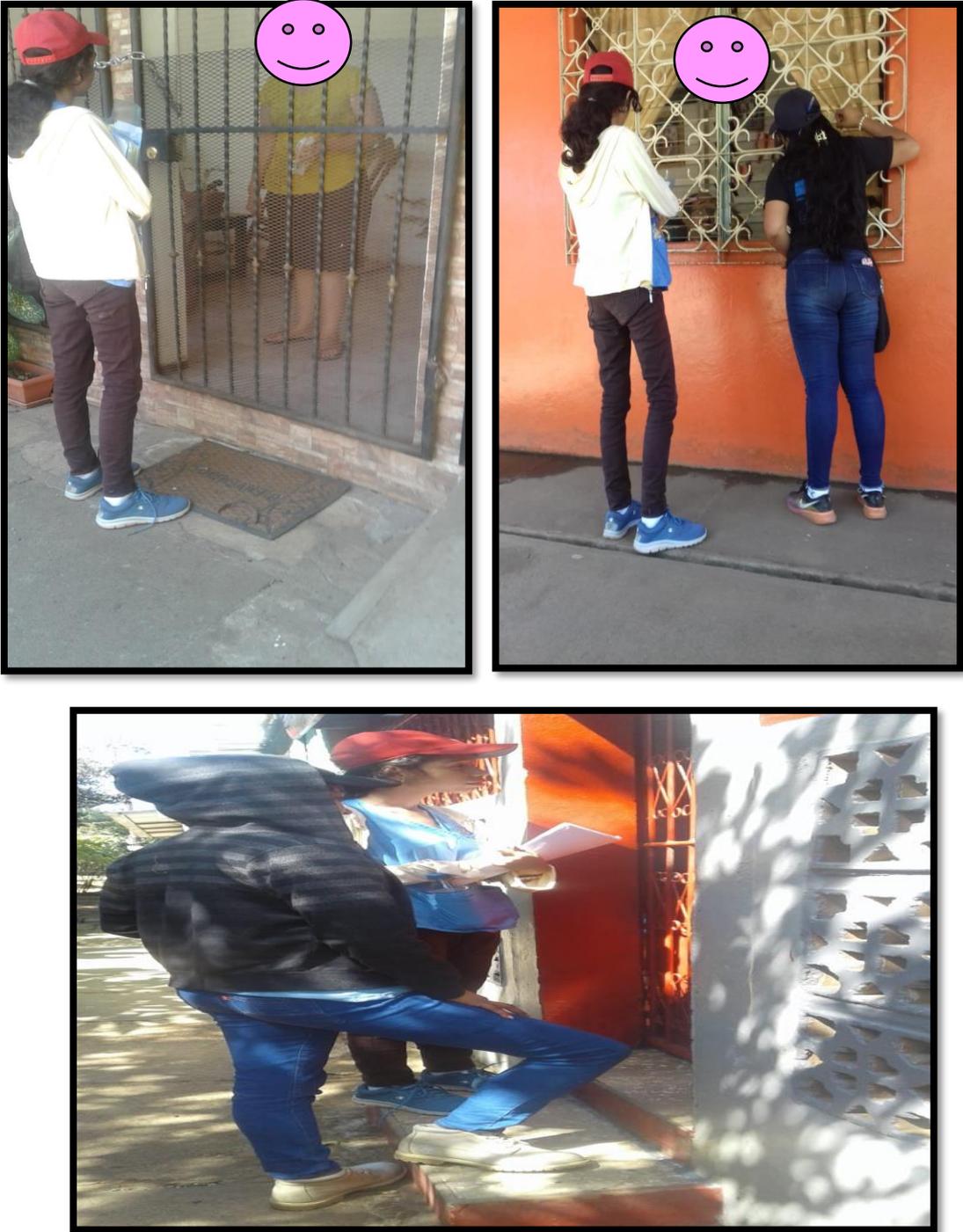
Proceso de medición de la Presión Arterial



Fuente: Elaboración propia

Figura 19-21: Cuarto día de Aplicación de los instrumentos: martes 5 de febrero, 2019

Aplicación de instrumentos



Fuente: Elaboración propia

Figura 22-25: Cuarto día de Aplicación de los instrumentos: martes 5 de febrero, 2019

Proceso de medición de la Presión Arterial



Fuente: Elaboración propia

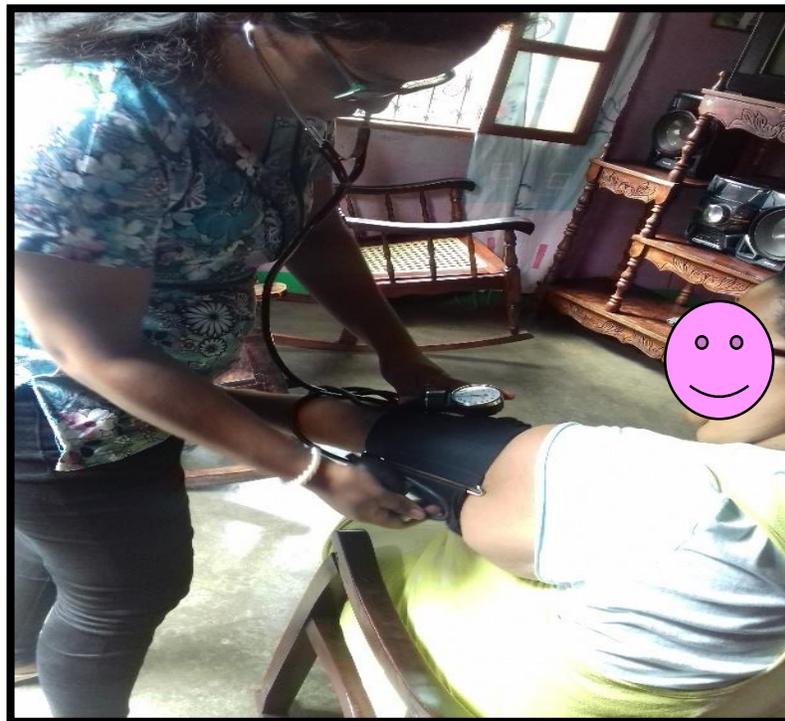
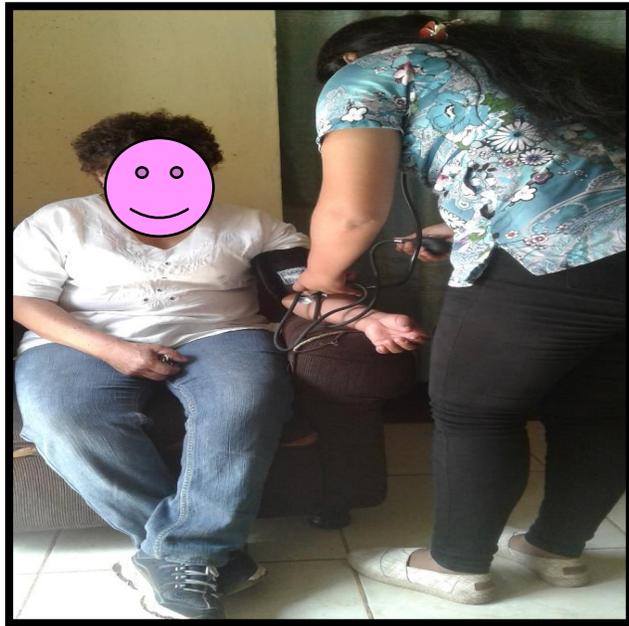
Proceso de recuento de comprimidos



Fuente: Elaboración propia

Figura 26-28: Quinto y último día de aplicación de los instrumentos: miércoles 6 de febrero, 2019

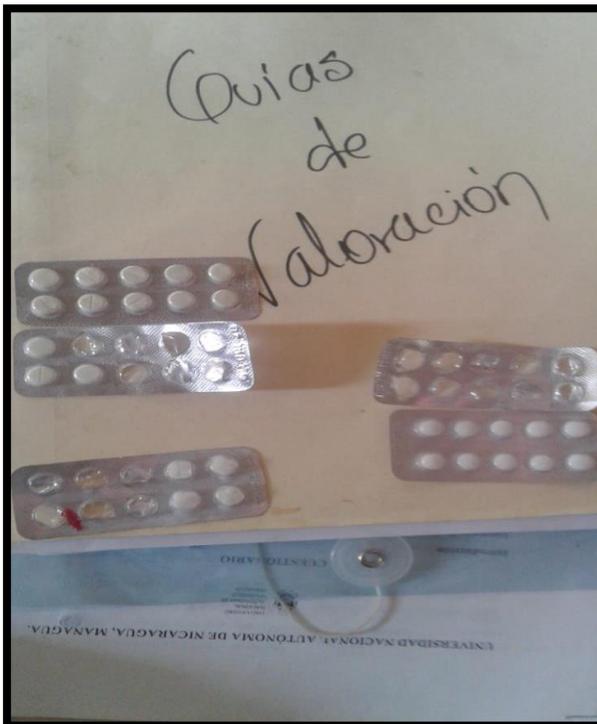
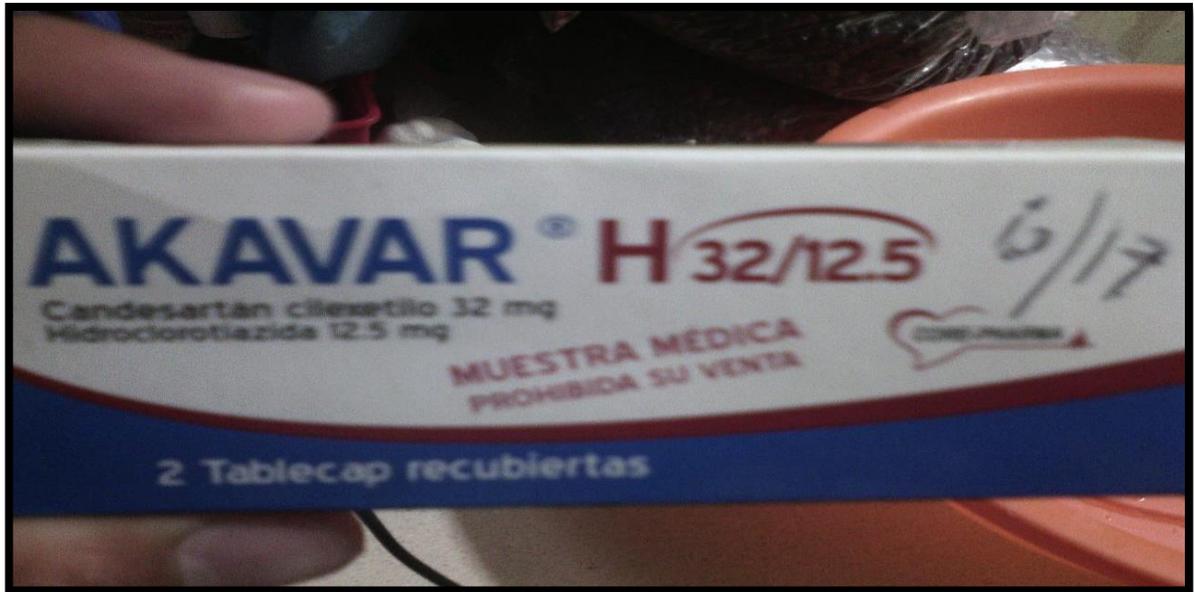
Proceso de medición de la Presión Arterial



Fuente: Elaboración propia

Figura 29-31: Quinto y último día de aplicación de los instrumentos: miércoles 6 de febrero, 2019

Proceso de recuento de comprimidos



Fuente: Elaboración propia