



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN-MANAGUA

**Centro Universitario Regional de Matagalpa
UNAN-Managua / CUR-Matagalpa
Departamento de Ciencias, Tecnología y Salud**

MONOGRAFIA

Para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

Tema: “Calidad de vida y Adherencia terapéutica de pacientes hipertensos y diabéticos atendidos en el puesto de salud Luis Alfonso Velásquez Flores, municipio Río Blanco, Departamento de Matagalpa marzo-abril 2024.”

Autores:

Br. Carlos Isaac Cruz Espinoza

Br. Ithzell Zuramy Rivera Pineda

Br. Rodolfo Jesús Rodríguez Hoyos

Tutor:

Dra. Glenda María Franco García

Matagalpa, julio 2024

Dedicatoria

A Dios todo poderoso, que, por su gran misericordia y guía, hemos podido culminar con éxito nuestro plan de estudio.

A nuestras familias, que, con sus consejos, apoyo incondicional y palabras de aliento, nos han dado la valentía de seguir siempre adelante en nuestro crecimiento humano, espiritual y académico.

A nuestra tutora, siendo ella el pilar académico en los que se respalda el desarrollo de habilidades y destrezas necesarias en la formación integral, en el campo de la investigación científica.

A mi alma mater, la UNAN – Managua, institución académica de alto prestigio nacional e internacional, que nos acuerpó mediante una beca para así poder terminar con éxito este programa de estudio.

Agradecimiento a:

Los pacientes del Centro del puesto de salud Luis Alfonso Velásquez Flores, municipio Río Blanco, Departamento de Matagalpa, por compartir con nosotros en este estudio investigativo.

La Dra. Glenda María Franco García, por su apoyo incondicional para el fortalecimiento de nuestras habilidades investigativas.

Nuestras Familias, por ser el pilar fundamental en la formación profesional de cada uno de nosotros.

Carta Aval del Tutor

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL MATAGALPA UNAN-CUR MATAGALPA

Valoración

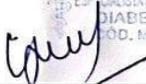
La presente tesis titulada "Calidad de Vida y Adherencia terapéutica de pacientes hipertensos y diabéticos atendidos en el puesto de salud Luis Alfonso Velásquez Flores, municipio de Rio Blanco, Departamento de Matagalpa Marzo-Abril 2024" desarrollada por los bachilleres: Ithzell Zuramy Rivera Pineda, Rodolfo Jesús Rodríguez Hoyos y Carlos Isaac Cruz Espinoza, quienes presentan monografía de investigación para optar al título de médico y cirujano general.

La monografía presentada por los bachilleres antes mencionados, reúne los requisitos básicos establecidos en la normativa de graduación de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua y ha cumplido con la metodología y estructura propuesta para desarrollar la monografía, la cual obedece a lo contemplado en la normativa para esta modalidad de graduación de grado.

Los autores de este trabajo monográfico han dado muestra de constancia, compromiso, disciplina y dedicación por la temática investigada, presentando un tema de mucho interés para el fortalecimiento de la medicina interna.

Considero que al finalizar este trabajo investigativo servirá de referencia a investigadores que desean profundizar en el tema, considerando que es una temática muy importante para el desarrollo y fortalecimiento de la atención en medicina.

Dra. Glenda María Franco García
Especialista en Medicina Interna
DIABETOLOGÍA
C.O. MINSAL 19990


Dra. Glenda María Franco García
Especialista en medicina interna

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, sobre la “Calidad de vida y Adherencia terapéutica de pacientes hipertensos y diabéticos, para valorar la calidad de vida y la adherencia terapéutica inciden en estos. Este estudio es de mucha importancia que generará nuevos conocimientos y futuras investigaciones para el fortalecimiento de la medicina y avanzar en la atención a este tipo de pacientes.

Los resultados encontrados reflejan que las características sociodemográficas predominantes inciden en mayor porcentaje en la calidad de vida de los pacientes y adherencia terapéutica de los mismos. Las enfermedades crónicas en los pacientes en estudio son hipertensas (47.9%), diabéticos (39.3%) y un 12.9% padecían las dos enfermedades. Con respecto a las comorbilidades un 66.7% no tenía, y la enfermedad concomitante que más predominó fue la artritis reumatoide (18.6%). Un 17.1% fuman, y un 25% consumían alcohol. El estado nutricional predominante fue el sobrepeso con un 42.9%. La mayoría tiene de pacientes padecen la enfermedad desde hace 11 a 20 años. La calidad de vida media fue predominante (59.3%), seguido de la categoría baja (38.6%) de los pacientes. La no adherencia terapéutica fue predominante (84,3%).

Es necesario continuar fomentando la educación a los pacientes crónicos, haciendo énfasis en la importancia del consumo correcto diario de los medicamentos para el control de la enfermedad, crear club de pacientes crónicos donde puedan compartir experiencias, y vivencias que apoyen entre ellos mismos el cumplimiento de la toma de medicamentos correctamente y promover estrategias que ayuden a mejorar la salud mental para aumentar la resiliencia a la enfermedad y sus complicaciones

Palabras claves: Adherencia terapéutica, calidad de vida, hipertensos y diabéticos

INDICE

| | |
|---|----|
| CAPITULO I | 1 |
| 1.1. INTRODUCCION | 1 |
| 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN | 4 |
| 1.4. OBJETIVOS | 5 |
| CAPITULO II | 6 |
| 2.1. MARCO REFERENCIAL | 6 |
| A. Antecedentes | 6 |
| B. Marco Conceptual | 8 |
| 2.2. Preguntas Directrices | 23 |
| Capitulo III | 24 |
| 3.1. Diseño Metodológico | 24 |
| 3.1.1. Enfoque | 24 |
| 3.1.2. Tipo de estudio | 24 |
| 3.1.3. Área de estudio | 24 |
| 3.1.4. Universo y muestra | 24 |
| 3.1.5. Variables de estudio | 25 |
| 3.1.6. Métodos | 25 |
| 3.1.7. Instrumentos | 25 |
| 3.1.8. Criterios de inclusión | 25 |
| 3.1.9. Criterios de exclusión | 25 |
| 3.1.10. Fuente de información | 25 |
| 3.1.11. Procedimiento de recolección de datos | 26 |
| 3.1.12. Instrumento de recolección de datos | 26 |
| 3.1.13. Plan de análisis | 27 |
| 3.1.14. Aspectos éticos | 27 |
| CAPITULO IV | 27 |
| 4.1. Análisis de Resultados | 27 |
| 4.1.1. Características sociodemográficas | 27 |

| | | |
|------------------|--|----|
| 4.1.2. | Antecedentes patológicos de los pacientes en estudio | 30 |
| 4.1.3. | Calidad de Vida de los pacientes en estudio | 31 |
| 4.1.4. | Adherencia terapéutica de los pacientes en estudio..... | 33 |
| 4.1.5. | Relación de la adherencia terapéutica con la calidad de vida de los pacientes en estudios | 34 |
| 4.2. | DISCUSION | 35 |
| CAPITULO V | | 38 |
| 5.1. | CONCLUSIONES..... | 38 |
| 5.2. | RECOMENDACIONES | 39 |
| 5.3. | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 40 |
| ANEXOS | | 43 |
| | Anexo 1: Operacionalización de variables | 44 |

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCION

La calidad de vida de los pacientes crónicos se torna un proceso complejo y multifactorial que incluye aspectos internos y externos de cada paciente. La presencia de enfermedades crónicas en el individuo como la hipertensión arterial (HTA) y/o la diabetes mellitus (DM) están surgiendo debido al envejecimiento de la población, siendo cada vez frecuente encontrar personas con más de una de estas patologías, lo cual afecta altamente su calidad de vida (López et al, 2021).

En este contexto, se identificó que de enero a abril de 200 pacientes, mostraron seguimiento 140 por tanto, se realizó estudio investigativo sobre la “Calidad de vida y Adherencia terapéutica de pacientes hipertensos y diabéticos atendidos en el puesto de salud Luis Alfonso Velásquez Flores, municipio Río Blanco, Departamento de Matagalpa marzo-abril 2024.”

En este sentido, este estudio valorara como algunos factores relacionados con la calidad de vida, son inversamente proporcional a los resultados, además, se han encontrado datos clínicos como sexo, edad, bajo control de la enfermedad, tipo de enfermedad, bajo nivel educativo, dependencia de los cuidadores, no-adherencia al tratamiento, y alteraciones de movilidad, entre otros. Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares (ECV) que por cualquier otra causa; más de tres cuartas partes de las muertes relacionadas con cardiopatías y accidentes cerebrovasculares ocurren en países de ingresos medianos y bajos como Nicaragua (OPS, 2018).

La atención primaria de estas enfermedades pretende reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular combinando diferentes estrategias de abordaje, la atención al paciente crónico hace varios años se da en las unidades de atención en el contexto nicaragüense. En dicha atención se brinda información para que el paciente adopte un mejor estilo de vida que le ayude al control de la enfermedad crónica, así como promover que el paciente se empodere del tratamiento convirtiéndose en un paciente con adherencia terapéutica. Esto refleja que los pacientes se adhieren a las

terapias brindadas en las unidades disminuyendo el riesgo, y aumentando la seguridad de la enfermedad, su incumplimiento vuelve vulnerable al paciente a situaciones complicadas que aumentan la mortalidad en la región.

Este trabajo está estructurado en cuatro capítulos, el primero aborda la contextualización de la problemática, propósito y justificación; en el segundo es el marco referencial, el tercer el diseño metodológico y el cuarto el análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas con enfermedades crónicas como la HTA y DM2 enfrentan unos largos procesos de tratamiento y complicaciones en el transcurso de la enfermedad, por lo cual su calidad de vida puede verse afectada. En este sentido, es importante, medir la percepción de las personas acerca de su calidad de vida dado que esto nos permite no solo conocer las preferencias de los individuos por una serie de estados de salud sino también tomar decisiones clínicas a partir de la generación de indicadores. Así también es conveniente ligar esta variable con la adherencia terapéutica existente en los pacientes.

Valorar como viven los pacientes llevando una enfermedad o dos enfermedades es elemental, ya que si cada vez es baja la calidad de vida esto se transforma en un detonador negativo para el paciente afectando dimensiones importantes como la adherencia al tratamiento, el sobrepasar las complicaciones y desarrollar una vida saludable con felicidad.

Ante la situación, donde se menciona medir la calidad de vida y la adherencia al tratamiento, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la Calidad de vida y Adherencia terapéutica de pacientes hipertensos y diabéticos atendidos en el puesto de salud Luis Alfonso Velásquez Flores en el municipio de Rio Blanco Departamento de Matagalpa en el periodo de marzo-abril 2024?

Sistematización:

- ¿Qué características sociodemográficas tendrán los pacientes hipertensos y diabéticos en el municipio de Rio Blanco?
- ¿Qué antecedentes patológicos y no patológicas poseerán los pacientes?
- ¿Cómo será la calidad de vida de los pacientes hipertensos y crónicos según un test de valoración ya validado?
- ¿Cómo será la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos o diabéticos?
- ¿Tiene asociación la calidad de vida con la adherencia terapéuticas en los pacientes hipertensos y/o, diabéticos de este municipio?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio, está dirigido a valorar la Calidad de vida y la Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y/o con diabetes mellitus atendidos en el puesto de salud Luis Alfonso Velásquez Flores del municipio de Río Blanco, donde se han atendido a 200 pacientes en el periodo de marzo a abril de 2024.

Se consideró importante, porque muchos de los pacientes que padecen enfermedades crónicas están asociada a la adherencia terapéutica que tienen los mismos pacientes.

Es de relevancia social porque, para la sociedad este estudio se transformó en una oportunidad para conocer la situación de pacientes crónicas que habitan en un municipio rural en su mayoría, pero con una riqueza de recursos económicos superior a otros municipios del país.

Además, tiene implicaciones prácticas, porque por medio de la aplicación de instrumentos se identificó y evaluó a una población de pacientes crónicos que ha sido poca estudiada, lo que dio pauta para retomar estrategias educativas y otros factores que aumenten o mantengan una adherencia al tratamiento de la enfermedad.

El aporte que se brinda con la investigación es la actualización de los datos obtenidos en estudios previos en la unidad de salud, no teniendo un antecedente sobre el tema en la población de estudio.

También, se logró crear una vigilancia continua sobre la calidad de vida del paciente y su posible asociación con la adherencia terapéutica, lo cual puede duplicarse en otras unidades de salud en la atención primaria.

1.4. OBJETIVOS

Objetivo general

Valorar la Calidad de vida y la Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y/o con diabetes mellitus atendidos en el puesto de salud Luis Alfonso Velásquez Flores del municipio de Río Blanco Departamento de Matagalpa en el período de marzo a abril, 2024.

Objetivos específicos

1. Mencionar las principales características sociodemográficas y antecedentes patológicos de los pacientes.
2. Describir la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial y/o con diabetes mellitus.
3. Determinar la adherencia terapéutica en relación con la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial y/o con diabetes mellitus.
4. Brindar recomendaciones que aporte a mejorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial y/o con diabetes mellitus.

CAPITULO II

2.1. MARCO REFERENCIAL

A. Antecedentes

A.1. A nivel internacional

En el 2011, en Bucaramanga, Colombia en un estudio transversal de la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos tipo 2, se evaluaron 484 pacientes diabéticos, se obtuvo una prevalencia de no adherencia al tratamiento del 65%. Las variables asociadas a la no adherencia al tratamiento, fueron: uso inadecuado de fármacos, uso de fármacos para gastritis, uso de insulina, y diabetes de más de 10 años (Figuroa, 2011).

En el 2014, en Colombia, se realizó un estudio con el propósito de determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular del Hospital Divino Niño Guadalajara de Buga, fueron 335 pacientes inscritos en el programa de crónicos, se encontró con respecto al grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los participantes que el 76 % de los pacientes se encuentran en situación de ventaja para adherencia, 14 % están en situación de riesgo de adherencia y el 9 % no tienen adherencia (Bonilla y Gutiérrez, 2014).

En el 2021, un estudio analítico de corte transversal en una muestra de 184 usuarios de un programa de control de riesgo cardiovascular, se utilizó el instrumento EQ-5D-3L para evaluar la calidad de vida. Un modelo de regresión lineal múltiple fue llevado a cabo usando como desenlace la Escala Visual Análoga y como posibles predictores las dimensiones del EQ-5D, ajustando por edad, sexo, grupo de intervención (variable instrumental (Parra et al, 2021).

En el 2022, se determinó la calidad de vida en personas con obesidad, diabetes e hipertensión de una población urbana de la ciudad de Orizaba, Veracruz. Se trata de

una investigación cuantitativa, descriptiva. La calidad de vida en personas con obesidad (28 personas), fue el 7.16% alta, 21.42% media y 71.42%, fue baja. En diabetes (44 personas), el 67.7%, puntuó como alta y el 6.5% regular. En hipertensión (42 personas), el 56.6% mencionó tener una muy buena calidad de vida, 9.7% buena y 1.6% regular las actividades cotidianas (Báez et al, 2022).

A.2. A nivel nacional

Se realizó un estudio con en el propósito de determinar adherencia al tratamiento de pacientes crónicos del Centro de Salud de Sutiaba “Feliz Pedro Picado” en el municipio de León, encontrando una adherencia del 23%, la mayoría de pacientes tenían entre 45-64 años, mujeres, con baja escolaridad, eran amas de casa y no tenían seguridad social. La principal enfermedad asociada fue la hipertensión arterial. Existe un considerable porcentaje de pacientes que no cumplen con su dieta, ejercicios ni con la toma de medicamentos (Salinas, 2012).

En el hospital Nuevo Amanecer en el municipio de Puerto Cabezas, (RAAN) se estudió a 115 pacientes con diabetes e hipertensión encontrando una adherencia al tratamiento farmacológico del 11%. Las enfermedades concomitantes predominantes fueron la hipertensión con un 24,3%, y la obesidad con un 16,5%. Las complicaciones encontradas predominantes fueron la retinopatía y la nefropatía. El control de la glicemia se dio en un 50%, y el 57% tuvo más de 20 años de ser diabéticos (Tijerino, 2016).

En el HEODRA en el municipio de León, se determinó el riesgo cardiovascular según el modelo de predicción de riesgo D.A.D en pacientes atendidos en la clínica de VIH. Se evaluaron 144 pacientes, donde encontraron los factores de riesgo cardiovasculares conocidos que predominaron fueron el tabaquismo previo (35,4%), y el antecedente de enfermedad cardiovascular (53,5%), y el hipercolesterolemia (43,1%). El conteo de CD4 que predominó fue la menor de 350 cel/ml (45,1%), y se observó que los pacientes con mayor tiempo de consumo de inhibidores de transcriptasa pertenecen al grupo de riesgo cardiovascular muy alto (Padilla, 2018).

En el 2021, en el municipio de Comalapa, Chontales, Centeno y Castillo, se realizó un estudio transversal en 200 pacientes crónicos donde encontraron un grado de adherencia terapéutica en los pacientes fue del 39%. Las enfermedades crónicas predominantes fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en los pacientes adherentes y no adherentes. El tiempo de evolución que predominó fue de 11 a 20 años (Centeno y Castillo, 2021)

A.3. A nivel local.

A nivel local, no se ha encontrado ningún estudio referente a este tema o algo similar.

B. Marco Conceptual

B.1. Calidad de vida

Es fundamental importancia definir otra de las variables expuestas en dicha investigación, la cual corresponde al concepto de calidad de vida. Fernández Garrido (2009), postula que hay una diversidad de circunstancias que influyen en la calidad de vida, como ser, la satisfacción de las necesidades básicas vinculadas a la salud física y psíquica, como así también la satisfacción de otras necesidades relacionadas a los vínculos sociales, al entorno cultural y ambiental de la persona.

Al hablar de calidad de vida se deben considerar tanto los factores personales, como también factores externos o socio- ambientales. En relación a la definición propuesta anteriormente, puede decirse que el concepto de calidad de vida, está estrechamente relacionado a la satisfacción de las necesidades y el bienestar de la persona.

B.1.1. Concepto

Es la percepción que un individuo tiene acerca de su lugar donde vive, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se

trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

B.1.2. Calidad de vida en adultos

La calidad de vida retoma determinados componentes, tales como la salud, implicación social, impresiones subjetivas, satisfacción vital y presencia de factores ambientales favorables. Otra perspectiva que influye en la calidad de vida, es la percepción propia del adulto mayor sobre esta etapa; un óptimo atravesamiento sería considerar a dicho estadio de la vida como uno más de todos los que se dan en el ciclo vital, en el que se van a generar pérdidas, pero también ganancias. (Gonzales, 2010).

Los aspectos psicológicos o mentales son otros de los factores significativos que influyen en su calidad de vida. La actitud que las personas tienen con respecto a su propio envejecimiento, como así también la valoración que hacen de sus capacidades y limitaciones. Otra característica a considerar, son los sentimientos que experimenta el adulto mayor, cuáles predominan y cómo los vivencia. Los sentimientos de soledad es una variable que puede estar presente y que afecta de manera negativa la calidad de vida de una persona.

La perspectiva social, es otra de las variables determinantes en la calidad de vida del adulto mayor. Dentro de este punto se incluyen todo tipo de vínculos sociales, principalmente el grupo familiar, seguido por amigos, vecinos, etcétera. Las relaciones interpersonales pueden favorecer el aumento del bienestar, porque permiten crear al adulto mayor nuevas redes de apoyo, lo que ayuda a combatir el estrés y los efectos negativos que impregnan en muchas ocasiones esta etapa.

B.1.3. Componentes y evaluación de la calidad de vida

El concepto de calidad de vida está vinculado a un enfoque multidimensional, ya que la satisfacción de las necesidades básicas está vinculada a las diversas áreas que conforman a la persona. La valoración que la misma hace de su satisfacción, es lo que constituye su calidad de vida. En relación a esto, se exponen ámbitos de interés

para las personas, categorizándolos, lo que permite sistematizar y organizar el concepto de calidad de vida. Tal categoría comprende:

- *Bienestar general de la persona*: a esto se refiere al bienestar interno (aspectos espirituales, psicológicos) y externo (trabajo, vivienda) de la persona.
- *Bienestar ambiental*: es el medio que rodea a la persona, condiciones del ambiente en donde vive, calidad de la alimentación, agua, presencia de servicios, internet, etcétera.
- Bienestar psicosocial: se trata de las relaciones interpersonales de la persona con su familia, amigos, compañeros de trabajo.
- Bienestar sociopolítico: se trata de aspectos relacionados con la participación social, la seguridad personal y jurídica.

B.1.4. Instrumentos de valoración de la calidad de vida

Hay diferentes instrumentos aplicables para enfermedades y poblaciones específicas, como así también genéricos (De Andrea, 2011).

Uno de los cuestionarios genéricos para evaluar la calidad de vida en adultos, es la escala de calidad de vida WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Questionnaire). El mismo, según WhoQoLGroup desarrollado de manera transcultural, centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Dentro del mismo existen dos versiones: Whoqol-100 y Whoqol-Bref, estando ambos validados al español. El “Whoqol-100” es una versión que está compuesta por 100 preguntas, evaluando la calidad de vida global y la salud general, toma en cuenta 6 dominios.

En primer lugar, el Dominio Físico, el cual está relacionado a la salud física, como así también a la percepción que la persona tiene sobre su propio estado de salud. En dicha faceta se investiga el dolor y el discomfort, indagando a través de preguntas las sensaciones físicas displacenteras que refiere la persona y de qué manera interfieren en su vida cotidiana. Así mismo, indaga sobre la energía, la fatiga, el sueño y el descanso. En segundo lugar, el Dominio Psicológico, referido a la percepción que posee la persona sobre la propia vida psíquica y los sentimientos, aquí se exploran los sentimientos positivos; pensamiento, memoria, aprendizaje,

concentración; Autoestima; Imagen corporal y apariencia; por último, los sentimientos negativos. El tercer dominio explorado, es el Dominio Independencia, este punto hace alusión a la capacidad que posee la persona para realizar actividades por sí mismo, son preguntas destinadas a conocer la movilidad, actividades de la vida diaria, la dependencia a medicamentos y/o tratamientos, como así también la capacidad de trabajar. El cuarto dominio, el Social, hace alusión a la percepción individual de los vínculos interpersonales y los roles sociales, explorando las relaciones personales, el soporte social y la actividad sexual. En el quinto lugar, se encuentra el Dominio Ambiente, esta faceta está relacionada con el medio que rodea a la persona, los recursos materiales y económicos que tiene a su alcance, la salud, asistencia social y seguridad. Por otro lado, también se toma en cuenta en este dominio a las posibilidades

que el ambiente le brinda a la persona para capacitarse, poseer la información necesaria, llevar a cabo actividades de interés, etcétera. El último de los dominios, es el Dominio Espiritual, religión o creencias personales, en este ítem, se toma en cuenta la experiencia religiosa de la persona, la importancia que le da y el modo en el que condiciona su calidad de vida (Ludi, 2011).

La otra versión, el “Whoqol-bref”, es más reducido y más rápido a la hora de evaluar, pero posee la desventaja de no contemplar las facetas individuales de cada área. El mismo contiene veintiséis preguntas, comprende una pregunta de cada una de las veinticuatro facetas que se describieron anteriormente, dos de ellas son globales acerca de la calidad de vida y la salud general y veinticuatro de ellas generan un perfil de calidad de vida. Toma en cuenta solo cuatro áreas; salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, aportando un perfil de la calidad de vida en relación a las mismas (Bazo, 2014).

El World Health Organization Quality of Life, versión breve (WHOQOL-BREF) (Ver anexos) es un cuestionario diseñado para medir calidad de vida sin importar las diferencias entre culturas de diferentes países. Se desarrolló simultáneamente en 15 localidades alrededor del mundo, entre las cuales se incluyó a los siguientes países latinoamericanos: Argentina, Brasil y Panamá (OMS, 2023).

B.2 . Adherencia terapéutica

La Organización mundial de la salud (OMS) adopta la definición de la adherencia terapéutica como (OMS, 2004; Ortega et al, 2018): El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario prescrito y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Se evita en esta definición la consideración de la palabra: instrucciones, que implicaría que el paciente solo acata, y pone de relieve que “la relación entre el paciente y el prestador de la asistencia sanitaria debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno”. De esta manera queda clara la diferencia entre adherencia y cumplimiento, término también usado en la literatura científica al referirse al seguimiento del tratamiento por los pacientes. La adherencia demanda de la conformidad del paciente en relación con las recomendaciones participando en conjunto con los profesionales de la salud en su propia atención de forma responsable (Ortega et al, 2018).

En esta definición se reconoce como comportamientos terapéuticos la búsqueda de atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación de forma apropiada, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones pertinentes, desde la higiene personal hasta el autocuidado, entre otros ejemplos, por lo cual se considera un proceso complejo. El término adherencia terapéutica incluye con igualdad de importancia tanto el seguimiento de los tratamientos farmacológicos, como el de las recomendaciones higiénico-dietéticas en las personas afectadas.

B.2.1. Momentos de la adherencia

Para que se produzca la adherencia al tratamiento es necesario que se vislumbren en este proceso los momentos siguientes:

a) Aceptación convenida del tratamiento: entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a

elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.

b) Cumplimiento del tratamiento: sería la medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.

c) Participación activa en el cumplimiento, entendido como el grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.

d) Carácter voluntario: de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones. La adherencia terapéutica como proceso complejo es multidimensional y se sabe que está determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores que pueden agruparse en cinco grupos: factores socioeconómicos, los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente (Ortega et al, 2018).

B.2.2. Factores influyentes en la adherencia terapéutica

a) Factores socioeconómicos

El estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar (Ortega et al, 2018).

b) Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria.

Servicios de salud poco desarrollados, 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, 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 (Rodríguez y Gómez, 2010).

c) Factores relacionados con la enfermedad

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 (Rodríguez y Gómez, 2010).

d) Factores relacionados con el tratamiento

Complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (Rodríguez y Gómez, 2010).

e) Factores relacionados con el paciente

Los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. Además, el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; no percibir su necesidad o su efecto y el entender mal las instrucciones, entre otros factores. De especial interés tener en cuenta estos factores en el paciente anciano (Rodríguez y Gómez, 2010).

B.2 3. Repercusión de la falta de adherencia a los tratamientos como problema de salud y métodos para su valoración

La falta de adherencia constituye un problema del que es preciso conocer su prevalencia real para cada entidad o enfermedad con la finalidad, en último término, de combatirlo y mejorar el nivel de salud del paciente. La falta de adherencia o su baja presentación priva al paciente de obtener los beneficios que proporcionan los tratamientos médicos y por eso su determinación constituye una herramienta que permite hacer un pronóstico favorable o no de los resultados a esperar (Ortega et al, 2018).

Por ejemplo, la escasa adherencia terapéutica de los pacientes con obesidad, es uno de los mayores obstáculos a los que se enfrentan en la actualidad los profesionales de la nutrición. Aproximadamente dos tercios de los pacientes que

realizan un tratamiento efectivo y logran bajar de peso, recuperan su peso inicial luego de un año, y casi todos lo hacen luego de cinco años. Esta recuperación del peso perdido se asocia frecuentemente con la falta de adherencia (Conthe et al, 2014).

Al evaluar la adherencia se permite atribuir o no al régimen recomendado los resultados de salud que se han alcanzado, y preparar tratamientos efectivos y eficientes. De su complejidad se derivan las numerosas estrategias seguidas para su medición. Las estrategias pueden tratar desde lo subjetivo preguntando criterios a médicos y pacientes, y también utilizando cuestionarios estandarizados a pacientes; de esta última modalidad es muy conocido el test de Morisky-Green, que valora las actitudes del paciente ante su tratamiento farmacológico a través de cuatro preguntas a realizar durante el diálogo con su médico en la consulta habitual (Morisky, Green y Levine).

Desde lo objetivo se han usado tanto el conteo de dosis de medicamentos remanentes en las visitas al consultorio, como llevar un récord de la compra de medicamentos por diferentes sistemas; otros procederes se relacionan con las mediciones bioquímicas en muestras de orina o sangre de marcadores no tóxicos de medicamentos (Ortega et al, 2018). Todas las formas de valoraciones tienen ventajas e inconvenientes, se considera ideal usar más de un método, pero, esto depende de las metas del investigador, los recursos disponibles y el modo en que se usarán los resultados, entre otros aspectos.

Según enuncia la OMS, “En los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50 %, y resulta mucho menor en los países en desarrollo” y añade: “La repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica en el mundo” (OMS, 2023).

Es importante destacar la relación del envejecimiento con la adherencia terapéutica a los tratamientos de larga duración, no solo porque el envejecimiento favorece el aumento de personas con enfermedades crónicas, sino porque, entre otras razones, las personas de edad avanzada presentan de manera general mayor morbilidad y constituyen, según se ha informado, alrededor del 65 % de los ingresos en las unidades de medicina interna (OMS, 2023).

Estas personas presentan habitualmente una o dos enfermedades crónicas, por lo que se ven orientados a enfrentar tratamientos complejos de larga duración. De acuerdo a esto, es necesario entender que el mundo urge de mejorar la presentación de la adherencia como determinante primario de la efectividad de los tratamientos, tanto en las intervenciones encaminadas a promover modos de vida saludables, como las farmacológicas. Facilita su logro conocer los modelos que pueden explicar la adherencia terapéutica (OMS, 2023).

B.2.4. Modelos teóricos que explican la adherencia

Hay diversos modelos que explican la adherencia terapéutica:

El primer modelo se basa en la motivación del paciente y la información de que dispone, percibirse en riesgo de enfermar y ver la enfermedad como algo grave, reconocer la eficacia de la intervención a seguir para evitar la enfermedad y percibir sencillas las medidas a practicar.

En el caso del segundo modelo, se priorizan los determinantes de la conducta y la intención como el determinante más inmediato, por lo que se trabaja con aquellos factores que la determinan: la actitud de la persona hacia la acción y aquello que la modifica, como son las creencias en relación con los resultados probables de esa conducta, la valoración realizada de esos resultados, la valoración que hacen otras personas de lo que creen debería hacer el sujeto y la propia motivación del sujeto a cumplir con las expectativas de esas personas o grupos.

Otros modelos recogidos en el informe de la OMS son el de la *autorregulación*, que tiene como esencia la importancia de la conceptualización que haga una persona sobre una amenaza para su salud o una enfermedad. Se considera que las ideas o representaciones que tienen los pacientes sobre las enfermedades que sufren y sobre el tratamiento guían su toma de decisiones y su comportamiento. De manera que la adherencia requiere de representaciones de la enfermedad y su tratamiento apropiadas y “la creencia de que uno puede administrar su propio ambiente y comportamiento, aptitudes específicas para hacer frente y creer que el tema requiere atención y modificación de su comportamiento” (OMS, 2023).

El modelo de aptitudes de *información-motivación-comportamiento*, más reciente, toma de otros modelos anteriores. En él se demuestra que, si bien la información es un requisito previo para el cambio de comportamiento, es en sí insuficiente para lograrlo. En este modelo los determinantes fundamentales son realmente la motivación y las aptitudes comportamentales. Otro modelo, el de las *etapas de cambio*, identifica cinco etapas en las que los individuos progresan según modifican sus comportamientos y estrategias de forma ajustada con cada una de las etapas, lo que predice el progreso de la etapa posterior. Este modelo es útil como indicador de motivación y para comprender y predecir cambios comportamentales voluntarios, muy importante, pues delimita el error involuntario, por olvido o mal entendido, de la falta de adherencia intencional (Ortega et al, 2018).

B.3. Enfermedades crónicas

B.3.1. La Hipertensión arterial

Es una enfermedad controlable, de etiología múltiple, que disminuye la calidad y la expectativa de vida. La PA se relaciona en forma positiva, lineal y continua con el riesgo CV. Visto el incremento significativo del riesgo asociado con una PA sistólica > 140 mm Hg, una PA diastólica > 90 mm Hg, o ambas, esos valores se consideran el umbral para el diagnóstico, si bien se reconoce que el riesgo es menor con valores tensionales inferiores. El riesgo global es mayor cuando la HTA se asocia con otros factores de riesgo o enfermedades, como ocurre muy frecuentemente (Mancia et al, 2017).

Es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa (HTA secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología (HTA primaria); pero se cree, cada día más, que son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la PA. La HTA es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de enfermedad vascular (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca ó renal) (Mancia et al, 2017).

La relación entre las cifras de PA y el riesgo cardiovascular es continua (a mayor nivel, mayor morbimortalidad), no existiendo una línea divisoria entre presión arterial normal o patológica. La definición de hipertensión arterial es arbitraria. El umbral elegido es aquel a partir del cual los beneficios obtenidos con la intervención, sobrepasan a los de la no actuación.³⁰ A lo largo de los años, los valores de corte han ido reduciéndose a medida que se han ido obteniendo más datos referentes al valor pronóstico de la HTA y los efectos beneficiosos de su tratamiento. Actualmente, se siguen las recomendaciones de la OMS-SIH, que con objeto de reducir la confusión y proporcionar a los clínicos de todo el mundo unas recomendaciones más uniformes, ha acordado adoptar en principio la definición y la clasificación establecidas por el Joint National Committee de Estados Unidos en su séptimo informe (JNC VIII) (MINSa, 2020).

B.3.1.1. Clasificación: Hipertensión primaria (esencial) y secundaria

En la mayoría de los pacientes con presión arterial alta, no se puede identificar ninguna causa, esta situación se denomina hipertensión primaria. Se calcula que el 95% aproximadamente de los pacientes con hipertensión tienen hipertensión primaria. El término alternativo, hipertensión esencial, es menos adecuado desde un punto de vista lingüístico, ya que la palabra esencial suele denotar algo que es beneficioso para el individuo (Mancia et al, 2017)

B.3.1.2. Tratamiento de la hipertensión arterial

Nadie duda hoy en día que el paciente hipertenso debe ser tratado de una manera individualizada, en relación a los factores de riesgo que puedan estar presentes y a la patología asociada. El objetivo de la prevención y control de la HTA es evitar las lesiones orgánicas para disminuir la morbilidad y mortalidad cardiovascular con los medios menos agresivos posibles. Esto puede cumplirse consiguiendo y manteniéndola PAS por debajo de 140 mmHg, y la PAD por debajo de 90 mmHg, controlando a la vez otros factores de riesgo asociados (MINSa, 2020).

Tratamiento No farmacológico:

Las medidas no farmacológicas encaminadas a cambiar el estilo de vida se deben instaurar en todos los pacientes hipertensos, tanto como tratamiento de inicio (pacientes con riesgo bajo-medio) como complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo. Los objetivos de las medidas no farmacológicas son (MINSa, 2020):

- Reducir la presión arterial.
- Reducir las necesidades de fármacos antihipertensivos y aumentar su eficacia.
- Abordar los demás factores de riesgo existentes.
- Prevención primaria de la hipertensión y los trastornos cardiovasculares asociados en la población.

Tratamiento de la hipertensión arterial

La reducción de la PA obtenida con el tratamiento farmacológico ha demostrado que reduce la morbilidad y mortalidad cardiovascular, disminuyendo las complicaciones asociadas a la HTA (accidentes vasculares cerebrales, isquemia coronaria, insuficiencia cardíaca, progresión de enfermedad renal, hipertensión acelerada-maligna) (MINSa, 2020).

Cuando se decide iniciar el tratamiento farmacológico de la HTA se deben tener en cuenta las siguientes directrices generales:

- El tratamiento debe ser individualizado, eligiendo el fármaco más apropiado en orden a las características de cada paciente y sus factores de riesgo asociados.
- El tratamiento se iniciará con la mínima dosis efectiva, incrementando este si no se consigue el objetivo de presión. Debido a que, en muchas ocasiones, las dosis elevadas se asocian con efectos adversos, hoy se prefiere asociar un segundo fármaco con mecanismo de acción complementario a dosis baja. Ello permite utilizar tanto el primero como el segundo fármaco a dosis bajas, que es más probable que no produzcan efectos secundarios. En este contexto, es

posible que resulte ventajoso el empleo de las combinaciones fijas, que se están comercializando de manera creciente.

- El tratamiento debe ser sencillo y fácil de seguir, utilizando el menor número de fármacos y tomas diarias (a ser posible una sola toma diaria). La fórmula óptima debería proporcionar una eficacia de 24 horas con una única dosis diaria, cuyo efecto mayor fuera al menos de un 50% al finalizar el período de 24 horas, antes justo de la toma del día siguiente. Se prefieren las fórmulas de larga duración, que proporcionan una eficacia de 24 horas, a las de corta duración por múltiples razones: La adhesión es mejor con una dosis única al día. Para algunos fármacos, menos tabletas representan un coste inferior. Sin embargo, una dosificación dos veces al día puede ofrecer un control similar a un coste probablemente inferior (MINSa, 2020).

B.3.2 Diabetes Mellitus

Es una enfermedad crónica, sistémica, metabólica que requiere atención médica continua y educación para el autocuidado del paciente y apoyo permanente para evitar complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo. Cuidado de la diabetes es complejo y requiere de estrategias de reducción de riesgos multifactoriales más allá del control de la glucemia. Existe una gran cantidad de evidencia que apoya una serie de intervenciones para mejorar los resultados de la diabetes. La diabetes mellitus (DM) es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia (MINSa, 2020).

La diabetes mellitus se clasifica en 4 tipos: la diabetes mellitus tipo 1, en la que existe una destrucción total de las células β , lo que conlleva una deficiencia absoluta de insulina; la diabetes mellitus tipo 2 o no insulino dependiente, generada como consecuencia de un defecto progresivo en la secreción de insulina, así como el antecedente de resistencia periférica a la misma; la diabetes gestacional, la cual es diagnosticada durante el embarazo; y otros tipos de diabetes ocasionados por causas diferentes (Inzucchi, 2015).

B.3.2.1. Clasificación de la diabetes mellitus.

- Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)

- Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)
- Otros tipos específicos de diabetes
- Diabetes mellitus gestacional (DMG)

En la DM1 las células β , encargadas de la producción de insulina en el páncreas, se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir en la infancia o más adelante, en la pubertad, cuando la función se ha perdido significativamente y la terapia con insulina es indispensable para la supervivencia del paciente.

La etiología de la destrucción de las células β pancreáticas es generalmente de origen autoinmune, pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos conocidos da resultados negativos. Recientemente se ha descrito una forma de DM1 que requiere de insulina en forma transitoria y no está mediada por autoinmunidad (ADA, 2023).

La DM2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, aunque se requiere que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser determinante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glicemia.

B.3.2.2. Tratamiento

El esquema terapéutico propuesto por las diferentes guías terapéuticas es básicamente el siguiente (MINSAs, 2020):

1. El tratamiento inicial ante un paciente al que se diagnostica la enfermedad y que no presenta criterios de insulinización inmediata consiste en una dieta adecuada a su estado ponderal (hipocalórica en caso de sobrepeso y normocalórica en caso de normopeso) y una pauta de ejercicio físico adecuada.
2. Cuando a pesar de estas medidas no se consigue un control adecuado se debe prescribir un fármaco hipoglucemiante oral. Si el paciente presenta sobrepeso u obesidad es de elección la metformina, ya que tiene claras ventajas sobre el resto de fármacos orales al mejorar la sensibilidad a la insulina y no comportar aumento de

peso. Si el control no es adecuado, puede asociarse una sulfonilurea, un secretagogo de acción rápida o un inhibidor de las alfa-glucosidasas.

En el paciente con normopeso, si el tratamiento dietético fracasa se recomienda instaurar un fármaco que estimule la secreción de insulina (secretagogos). En este caso son de elección las sulfonilureas por su mayor experiencia de uso, pero también cabe considerar los secretagogos de acción rápida. Si el control no es adecuado, puede asociarse a la sulfonilurea otro fármaco como los inhibidores de la alfa-glucosidasa o la metformina.

3. Por último, si fracasa el tratamiento con fármacos hipoglucemiantes, solos o combinados, debe pasarse al tratamiento con insulina sola o asociada a fármacos orales (ADA, 2023).

Tratamiento con fármacos orales en monoterapia

El tratamiento inicial en la DM2 consiste en establecer un plan de alimentación y actividad física adecuadas que permita controlar las cifras de glucemia. Estas medidas son insuficientes en la mayoría de pacientes por lo que, tras aproximadamente 3 meses sin conseguir un control metabólico aceptable y en ausencia de criterios de insulinización, se debe instaurar tratamiento con un fármaco oral.

De acuerdo con el Consenso Europeo se considera control metabólico aceptable, en general, HbA_{1c} < 6,5% o glucemia basal < 110 mg/dl. En personas sin factores de riesgo o con cortas expectativas de vida, HbA_{1c} < 7,5% o glucemia basal < 125 mg/dl. Los cambios en el tratamiento deben ser tempranos para prevenir las complicaciones o retrasar su progresión si ya están presentes (ADA, 2023).

Debe considerarse siempre la necesidad de insulinización cuando el paciente presenta sintomatología hiperglucémica importante junto a una glucemia basal mayor de 300 mg/dl. Con cierta frecuencia, tras un tiempo prudencial y una vez conseguido un control aceptable, se puede suspender la insulina y reemplazarla por un fármaco oral, ya que al mejorar el control se reduce la glucotoxicidad de la hiperglucemia y mejora la sensibilidad a la insulina. Se considera necesaria una insulinización

transitoria cuando aparecen enfermedades intercurrentes graves (infecciones), cirugía mayor, en la fase aguda de un IAM y durante el embarazo y la lactancia (MINSa, 2020).

2.2. Preguntas Directrices

- ¿Cuáles son las principales características sociodemográficas y antecedentes patológicos de los pacientes?
- ¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial y/o con diabetes mellitus?
- ¿Cómo incide la adherencia terapéutica en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial y/o con diabetes mellitus?
- ¿Qué recomendaciones brindaría para mejorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial y/o con diabetes mellitus?

Capítulo III

3.1. Diseño Metodológico

3.1.1. Enfoque

El enfoque implementado es de tipo cualitativo se analizan variables de carácter cualitativas, calidad de vida y adherencia terapéutica de pacientes hipertensos y diabéticos.

3.1.2. Tipo de estudio

Fue un estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

3.1.3. Área de estudio

El estudio se realizó en la unidad de Salud “Luis Alfonso Velásquez” en el barrio Luis Alfonso Velásquez del municipio de Río Blanco, departamento de Matagalpa.

3.1.4. Universo y muestra

Fueron los 227 pacientes crónicos que acuden a las unidades de salud registrados.

La muestra fue de 140 pacientes con enfermedades crónicas que acuden a la unidad de salud del municipio. Esta muestra, fue elegida con la opción Stal Cal del programa Epinfo. Para el cálculo de la muestra, se tomaron los siguientes parámetros: intervalo de confianza al 95%, error del 5% y la frecuencia esperada del 50%.

El muestreo fue por el método no probabilístico por conveniencia, donde participa el paciente que acuda a la unidad de salud en el período de estudio hasta cumplir con la muestra.

3.1.5. Variables de estudio

Calidad de vida

Adherencia terapéutica de pacientes hipertensos y diabéticos

3.1.6. Métodos

El método deductivo que permitió inferir los padecimientos de los pacientes a partir del diagnóstico, el histórico facilitó describir el comportamiento clínico de los pacientes a partir de un estudio previo.

3.1.7. Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron la encuesta y la observación estructurada aplicadas a los pacientes que integraron la muestra.

3.1.8. Criterios de inclusión

- Pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas, que acude a la unidad frecuentemente.
- Pacientes crónicas con capacidad mental para responder el cuestionario.

3.1.9. Criterios de exclusión

- Pacientes que rechazan participar en el estudio después de haberle explicado los propositivos del estudio.
- Paciente que acude en estado de emergencia.

3.1.10. Fuente de información.

La fuente fue primaria, ya que se realizaron una encuesta para recolectar los datos necesarios.

3.1.11. Procedimiento de recolección de datos

Previamente se solicitó la autorización para la realización del estudio, una vez aprobada, se realizó una encuesta. Cuando el paciente acuda a la consulta, se realizó rápidamente la encuesta que aproximadamente duró de 5 a 10 minutos. Se le explicó el propósito del estudio y se inició hasta que el paciente acepte. Se realizó una prueba piloto en 10 pacientes que no entraron al estudio, para determinar si las preguntas son entendibles y si se cumple con el tiempo de llenado.

3.1.12. Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos, estuvo constituido por características sociodemográficas, el test de calidad de vida, el test de Morisky Green Levene que valora la adherencia terapéutica (Ver anexos). El instrumento utilizará el Test de Morisky Green Levine ha sido utilizado para valorar la adherencia terapéutica en diversas enfermedades de tipo crónico. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento: ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?, ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? Su valoración del test, el paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Se considera adherente cuando todas las respuestas son correctas.

El instrumento que mide la calidad de vida, WHOQOL-BREF tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente (Anexos).

3.1.13. Plan de análisis

Una vez recolectado los datos obtenidos de las encuestas, fueron introducidos en una base de datos elaborada en el programa Statistical Package for the Social Science SPSS. Para las variables cuantitativas se midió las medidas de tendencia central y de dispersión, para las variables cualitativas se determinaron las frecuencias y los porcentajes. En tablas y en gráficos son mostrados los resultados.

3.1.14. Aspectos éticos

Este estudio fue realizado previa autorización de las autoridades, se explicó a los pacientes en estudio el propósito del estudio, el cual tiene fines académicos. Se solicitó previo consentimiento informado al paciente. Se revisaron los criterios éticos pertinentes. No había conflictos de interés.

CAPITULO IV

4.1. Análisis de Resultados

4.1.1. Características sociodemográficas

| Característica sociodemográfica | Pacientes crónicos | |
|--|---------------------------|--------------------------|
| | No | % |
| Grupo etario <ul style="list-style-type: none">• 16-25 años• 26-35• 36-45• > 45 | -- 02 10 128 | -- 1.4 7.1 91.4 |
| Sexo <ul style="list-style-type: none">▪ Femenino▪ Masculino | 86 54 | 61.4 38.6 |
| Procedencia <ul style="list-style-type: none">• Urbana• Rural | 100 40 | 71.4 28.6 |
| Estado civil <ul style="list-style-type: none">• Soltero• Casado• Viudo | 35 89 16 | 25.0 63.6 11.4 |
| Escolaridad <ul style="list-style-type: none">• Analfabeto• Primaria | 18 69 | 12.9 49.3 |

| | | |
|------------------------------|----|------|
| • Secundaria | 39 | 27.9 |
| • Técnico | 04 | 2.9 |
| • Superior | 10 | 7.1 |
| N=140 Fuente primaria | | |

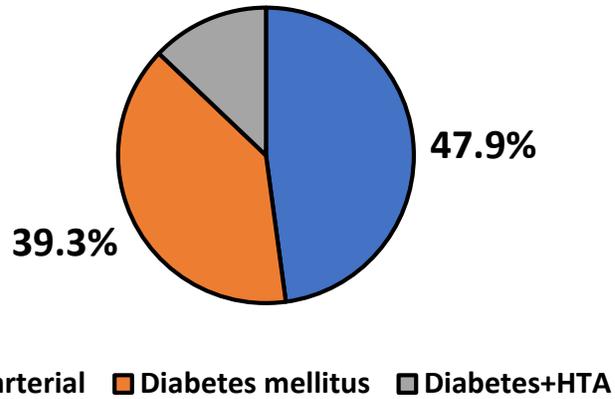
Fuente: Elaboración propia, a partir de los instrumentos aplicados.

Se realizó este estudio con el propósito de conocer la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos y diabéticos que acuden al puesto de salud puesto de salud Luis Alfonso Velásquez Flores en el municipio de Rio Blanco del departamento de Matagalpa. Se encuestó a 140 pacientes entre hipertensos y diabéticos que acuden a la mencionada unidad de salud a retirar medicamentos y a recibir educación para controlar la enfermedad crónica. Se muestran los resultados en esta sección.

El promedio de edad fue de 61 años, la moda fue de 50 años y la mediana de 62 años. La desviación estándar fue de 11 años. La mínima fue de 31 y la máxima de 90 años. La tabla 1, muestra un grupo de edad predominante de mayor de 45 años con 91.4%, seguido con el grupo de 36 a 45 años con 7.1%.

El sexo predominante fue el femenino con un 61.4%, a diferencia del sexo masculino con un 38.6%. La procedencia urbana predominó con un 71.4%. El estado civil que predominó fue el estado de casado con 63.6%, seguido del soltero con un 25%. Con respecto a la escolaridad predominó el nivel de primaria con un 49.3%.

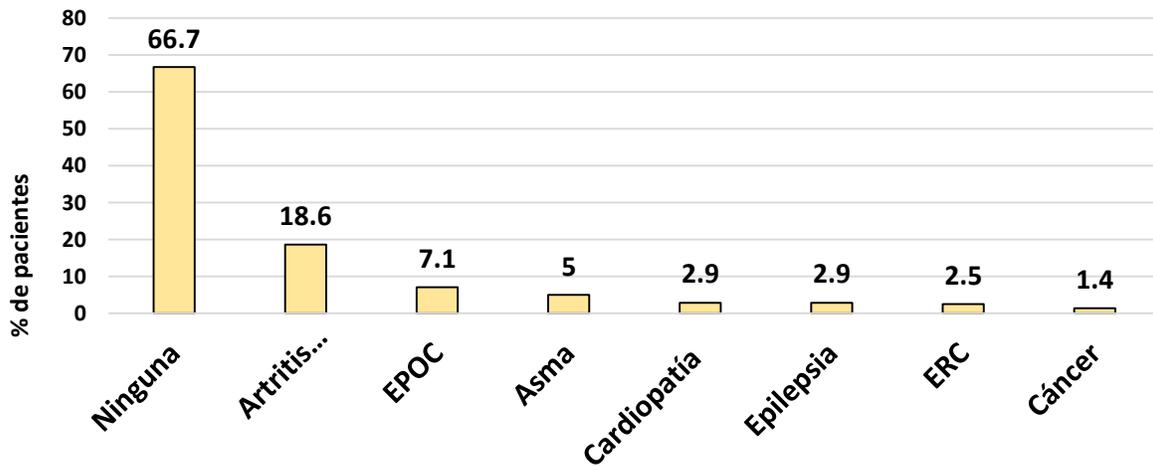
Figura 1: Distribucion de pacientes hipertensos, diabéticos en estudio, P/S Luis Alfonso Velásquez, Río Blanco, 2024. (n=140)



Fuente: encuesta/censo de crónicos.

La gráfica 1, muestra que la mayoría de pacientes encuestados fueron los hipertensos con 47.9% y los diabéticos con un 39.3%. Un 12.9% padecía las 2 enfermedades.

Figura 2: Comorbilidades de los pacientes en estudio, P/S Luis Alfonso Velásquez, Río Blanco, 2024. (n=140)

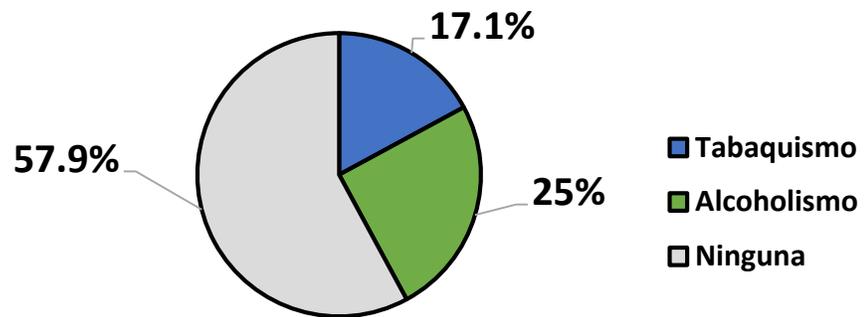


Fuente primaria

La figura 2, muestra que el 66.7% no tenía otras comorbilidades, un dato relevante es que un 18.6% padecen de artritis reumatoide, seguido por el EPOC con un 7.1%.

4.1.2. Antecedentes patológicos de los pacientes en estudio

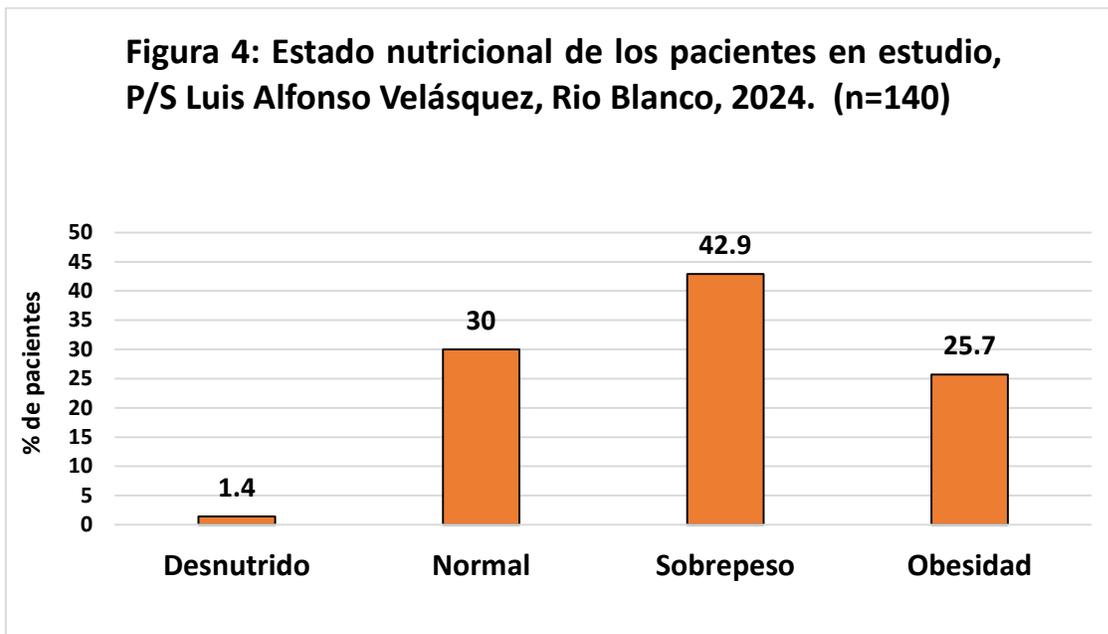
Figura 3: Antecedentes no patológicos en los pacientes en estudio, P/S Luis Alfonso Velásquez, Río Blanco, 2024. (n=140)



Fuente primaria

La figura 3, muestra que el 57.9% no tenía antecedente patológico como tabaquismo y alcoholismo, un 17.1% fuman, y un 25% consumen alcohol.

4.1.3. Calidad de Vida de los pacientes en estudio



Fuente primaria

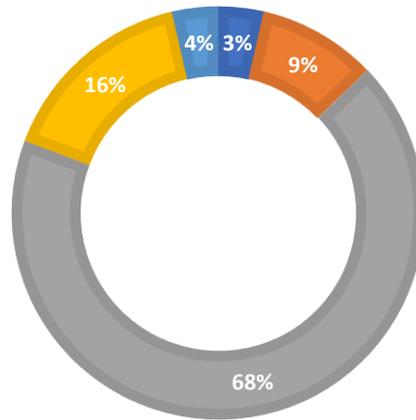
La figura 4, muestra que el estado nutricional predominante en estos pacientes es el sobrepeso con un 42.9%, seguido del estado normal con un 30% y la obesidad con un 25.7%.

| Tabla 2: Años de padecer la enfermedad en pacientes atendidos en P/S Luis Alfonso Velásquez, Río Blanco, 2024 (N=140) | | |
|--|-------------------|-------------------|
| Años de padecer | Frecuencia | Porcentaje |
| Menor de 5 años | 24 | 17.1 |
| 6 a 10 años | 22 | 15.7 |
| 11 a 20 años | 55 | 39.3 |
| Mas de 20 años | 39 | 27.9 |
| Total | 140 | 100% |

La tabla 2, muestra que la mayoría de pacientes padecen la enfermedad desde hace 11 a 20 años, seguido por el grupo de mas de 20 años con un 27.9%.

Figura 5: Calidad de vida de los pacientes crónicos en estudio, PS Luis Alfonso Velásquez, Río Blanco, 2024 (n=140)

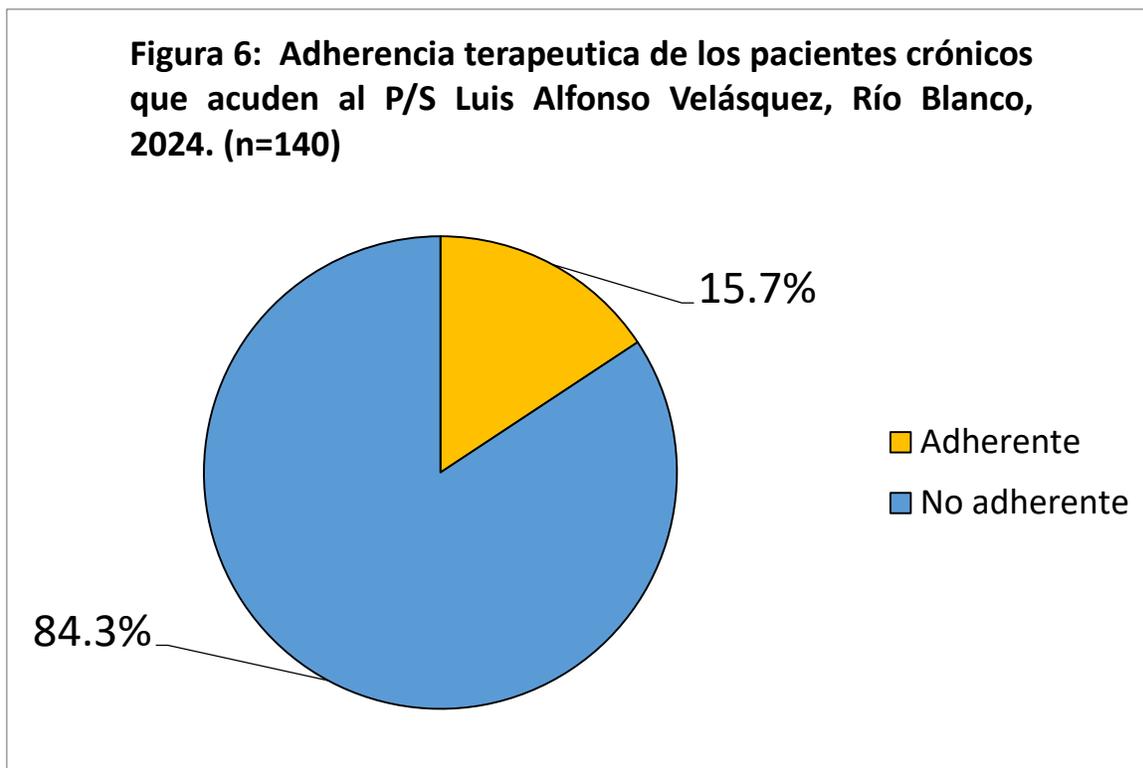
■ Muy Mala ■ Mala ■ Ni bien, ni Mal ■ Buena ■ Muy Buena



Fuente: Índice de WHOQOL BREF

La figura 5, muestra los resultados de la implementación del índice que mide la calidad de vida en los pacientes, con este, se obtuvo un resultado predominante de calidad de vida en la que categoría Ni Bien, Ni Mal en un 67%, seguido de la categoría buena con un 16% de los pacientes.

4.1.4. Adherencia terapéutica de los pacientes en estudio



Fuente: test Morisky Levine Green

La figura 6, muestra que la gran mayoría de un 84,3% no resultó ser adherente según el test de Morisky green levine, debido a que no cumple de manera adecuada su esquema terapéutico correspondiente ya que cuando se sentían bien dejaban de tomar su medicamento o no lo tomaban en el horario establecido por el médico.

4.1.5. Relación de la adherencia terapéutica con la calidad de vida de los pacientes en estudios

| Tabla 3: Calidad de vida y adherencia terapéutica en los pacientes crónicos del P/S Luis Alfonso Velásquez, Río Blanco, 2024. (n=140) | | | | |
|--|-----------------|------------|--------------|----------|
| | | Adherencia | | Total |
| | | Adherente | No adherente | |
| Calidad de vida | Muy mala | 0 | 5(100%) | 5(3.5%) |
| | Mala | 0 | 13(100%) | 13(9.2%) |
| | Ni bien, ni mal | 7(7.4%) | 88(92.6) | 95(68%) |
| | Buena | 10(45%) | 12(65%) | 22(15%) |
| | Muy Buena | 5(100)% | 0 | 5(3.5%) |
| Total | | 22(15.7%) | 118(84.3%) | 140 |

La tabla 3, muestra la relación entre la calidad de vida, y la adherencia terapéutica, pacientes con calidad de vida buena con un 45% adherentes al tratamiento y 65% no tenían adherencia y pacientes con una calidad de vida ni bien ni mal un 7.4% eran adherentes y un 92.6% no tenían adherencia terapéutica.

4.2. DISCUSION

El presente trabajo de investigación aborda dos dimensiones muy importantes en los pacientes que padecen de una enfermedad crónica, en especial las mas comunes y de gran impacto como son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Una de las dimensiones es la calidad de vida la cual fue determinada en su mayoría de los pacientes como media o moderada, seguida de la calidad de vida baja. Los criterios para determinar dicho resultado estuvieron basados en las respuestas al WHOQOL-BREF el cual consta de 26 ítems o preguntas, que generan un perfil de calidad de vida tomando en cuenta cuatro dimensiones: salud física, psicológica, de relaciones sociales y medio ambiente.

De manera global, la calidad de vida de los pacientes crónicos en estudio resultó en su predominio como media con un 59.3% seguido de una calidad de vida baja del 38.6%, esto un poco inferior con respecto a un estudio que refiere una calidad de vida media del 70% y una calidad de vida baja del 18% (Corea y Chavarría, 2017). Esto refiere que la calidad de vida puede cambiar de categoría de mayor a menor porcentaje debido a diferentes factores, uno de ellos es la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad en estos casos. Aunque este trabajo no valora los factores que influyen en ellas, estos resultados generan que la calidad de vida debe tomarse en cuenta porque solo así la enfermedad crónica es aceptada y se puede vivir con ella de manera mas relajada.

Así mismo, este trabajo refleja la adherencia terapéutica de los pacientes crónicos, a través de la implementación del test de Morisky Green Levine que valora aspectos del consumo del tratamiento y del cumplimiento de las recomendaciones que el personal de salud les brinda a los pacientes por medio de charlas educativas y consejería personal en la consulta de las unidades de salud. Con respecto a esta adherencia resulto que solo el 15.7% de pacientes resultó ser adherente, es decir que resultaron como el test esta estructurado. Eso es mínimamente mayor a lo referido por un estudio realizado en el hospital Nuevo Amanecer en el municipio de Puerto Cabezas, (RAAN) que mencionan una adherencia del 11% (Tijerino, 2016).

Sin embargo, es bastante mejor a lo referido en un estudio realizado en el municipio de Comalapa, Chontales donde mencionan un grado de adherencia terapéutica del 39% (Centeno y Castillo, 2021). El cumplimiento del medicamento es fundamental para mantener un control de la enfermedad, pero a veces esto es desconocido por los pacientes, aunque hay muchos pacientes que saben la importancia, pero no cumplen por algunos factores que influyen negativamente para que se el cumplimiento. El no cumplir con el tratamiento a largo plazo en el caso de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud y que tiende a aumentar las complicaciones (OMS, 2015).

Los problemas relacionados con el incumplimiento del tratamiento se observan en todas las situaciones en las que éste tiene que ser administrado por el propio paciente, independientemente del tipo de enfermedad, en este estudio se encontró una adherencia del 15.7%, lo que refiere que 1 de cada 10 pacientes es adherente al tratamiento. En diferentes estudios se ha observado que la adherencia terapéutica de los pacientes difiere, esto tiene que ser influenciado por factores sociales, culturales, económicos y familiares. Los estudios de los pacientes sobre adherencia donde se ha utilizado el test de Morisky-Green-Levine mencionan la existencia de una capacidad para predecir el control de la glicemia y de la presión arterial en pacientes hipertensos y diabéticos.

Al relacionar la calidad de vida con la adherencia terapéutica, se observa como dato relevante que la persona con adherencia terapéutica tiene una calidad de vida baja y media, lo que da a entender que la calidad de vida alta no es seguro de tener una adherencia terapéutica. Esto refleja también que hay otros factores que afectan la adherencia, no necesariamente la calidad de vida del paciente.

En este estudio, se estudiaron variables sociodemográficas importantes en los 140 pacientes crónicos, donde predominó el grupo etario mayor de 45 años, el sexo femenino, lo no coincide con un estudio realizado en la región Atlántica norte del país donde refieren que los pacientes en su mayoría son de 50 años en adelante (Tijerino, 2016). No coincide con un estudio realizado por Figueroa el cual reportó un grupo predominante de 35 a 57 años, siendo el sexo masculino que predominó (Figueroa, 2010)

Con respecto a la variable procedencia, los pacientes de la zona urbana fueron la mayoría, lo cual no se menciona en otro estudio importancia de ese dato, si se relaciona con la escolaridad, porque una persona del área rural tiene menos nivel de escolaridad. Por ende, aquí el ser de la zona urbana no aumenta la adherencia al tratamiento, pero tal vez si la calidad de vida, por un mejor acceso a recursos necesarios como alimentos, agua potable, electricidad, entre otros.

Con respecto a la escolaridad, la mayoría tenían una educación primaria y un estado civil de casados, esto podría ser causante de la poca adherencia determinada en los pacientes, al tener menos formación educativa menos sea su entendimiento sobre la importancia de consumir correctamente los medicamentos.

Una condición que es valorable es la presencia de otros medicamentos, ya que pueden desarrollarse efectos adversos o darle prioridad a los medicamentos que toma el paciente porque quiere le resuelva rápidamente. Caso de esto, es el dolor en pacientes con artritis reumatoide. Un 18.6% de pacientes tenían artritis reumatoide, y por ende consume medicamentos para el dolor, algo similar con el cansancio presentado en pacientes que tienen enfermedad respiratoria obstructiva. La diabetes mellitus y la hipertensión son silentes, es decir realmente pueden estar descontroladas sin tener síntomas, y el paciente no le da importancia adecuada a la toma de las pastillas. Mientras que un dolor o el cansancio es mas urgente tratar.

Otros factores, que afectan tanto la calidad de vida como la adherencia terapéutica se observaron en el estudio como el sobrepeso, el consumo de tabaco y alcohol en algunos pacientes. Esto se ha observado similarmente en estudios como el de Tijerino, Castillo y Centeno.

Este trabajo será un insumo de referencia para la zona y se convertirá en un indicador, que puede valorar la calidad de vida y la adherencia antes y después de un plan estratégico de intervención para mejorar el abordaje de las enfermedades en estos pacientes.

CAPITULO V

5.1. -CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas predominantes fueron el grupo de edad mayor de 45 años, el sexo femenino, la procedencia urbana, ser casado y la escolaridad primaria, y la enfermedad concomitante más preponderante fue la artritis reumatoide, así como también logramos identificar que los antecedentes no patológicos más sobresalientes fueron pacientes que fumaban y que consumían alcohol, también el estado nutricional más influyente fue el sobrepeso.

- La calidad de vida que más prevalece en nuestro grupo de estudio es la descrita como ni bien ni mal, seguida de la calidad de vida buena, y en un pequeño porcentaje las descritas como mala y muy mala.

- Se logró identificar la relación que tiene la calidad de vida y la adherencia terapéutica de manera directa, mastranto que los pacientes con una calidad de vida ni bien ni mal la mayoría no eran adherentes a su esquema terapéutico debido a que cuando se sentían bien dejaban de tomar su medicamento, no cumplían con los horarios de toma establecidos por sus médicos, y aquellos con calidad de vida buena tenían mucha más adherencia a su tratamiento, esto se debía a que cumplían con las horas de toma de su medicamento, lo tomaban a diario y recibían apoyo de su familia.

5.2. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

- Continuar fomentando la educación a los pacientes crónicos haciendo énfasis en la importancia del consumo correcto diario de los medicamentos para el control de la enfermedad.
- Continuar fortaleciendo el club de pacientes crónicos donde puedan compartir experiencias, y vivencias que apoyen entre ellos mismos el cumplimiento de la toma de medicamentos correctamente.
- Promover estrategias que ayuden a mejorar la salud mental para aumentar la resiliencia a la enfermedad y sus complicaciones.
- Realizar visitas casa a casa para la entrega de medicamento a aquellos pacientes a los que se les dificulte acudir a la unidad de salud por su condición clínica.
- Empoderar a nuestros BEC (brigadistas de enfermedades crónicas) para concientizar a la población sobre los beneficios como una calidad de vida buena contribuiría a mejorar su adherencia al tratamiento.

A los pacientes:

- Empoderar y sensibilizar a los pacientes en el cumplimiento adecuado de sus prescripciones médicas.
- Involucrar a familiares, amigos o cuidadores en la en la organización de las medicinas y toma diaria, junto a riesgos de no cumplir con ellas.

A próximos investigadores

- Realizar investigaciones en otras unidades de salud para comparar con los resultados de ellos utilizando los mismos instrumentos.
- Dar continuidad a este trabajo para valorar los factores de riesgos que puedan estar influenciando la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas y que pueda estar incidiendo en la adherencia del tratamiento de los pacientes

5.3. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ADA. (2023) Estándares de atención en Diabetes Guía 2023 para atención primaria
Asociación Americana de Diabetes
- Báez Torres, G., Salazar Mendoza, J., Jaramillo Vázquez, J., Castellanos Contreras, E., Conzatti Hernández, M. E., Onofre Santiago, M. de los Ángeles, Aquino Castellanos, R., & Ortiz Vargas, I. (2022). Calidad de vida en personas con obesidad, diabetes e hipertensión. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(2), 943-964.
- Bazo, M. T. (2014). Las diferencias por género como condicionantes del envejecimiento. *Medica panamericana*.
- Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. (2014) *Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro*. *Rev Clin Esp*; 214(6):336-44
- Corea J, Chavarría S. (2017) Calidad de vida y Adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas, en el centro de salud Enrique Mántica Berío del Departamento de León en el mes de Agosto del año 2017. Tesis para optar al título de medicina y cirugía. UNAN León.
- Figuroa C. (2010) Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga. Colombia.
- Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. (2019) *A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences*. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*; 28(10):2641-50
- Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, Peters AL, Tsapas A, Wender R, Matthews DR. (2015) Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: *A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes*. *Diabetes Care* Jan;38(1):140-149.

- López B.(2017) *Eficacia de la escala de Framingham como predictor de riesgo cardiovascular en el personal médico militar del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila bolaños en el periodo junio - septiembre*. Médico Residente III año de Medicina Interna. Consultado en agosto, 2021.
- Ludi, M. C. (2011). Envejecer en el actual contexto. Problemáticas y desafíos. Revista Cátedra paralela, 8(1), 33-47.
- Mancia G, Backer G, Dominizack A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. (2017) *Guidelines for the management of arterial Hhypertension*. J Hypertens; 25:1105-87.
- MINSA Normativa 157. (2020) *Protocolos para la atención de enfermedades crónicas cardiovasculares y endocrinas en atención primaria*. Managua, Nicaragua.
- Morisky D, Green L, Levine D. (1986) *Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence*. Medl Care; 24(1):67-74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>
- OMS. (2017) WHOQOL: Measuring Quality of Life.
- OPS. (2018) Enfermedades cardiovasculares. Ficha técnica <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
- Ortega Cerda J, Sánchez Herrera D, Rodríguez Ó, Ortega J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232
- Parra D, López L, Vera L (2021). *Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión y diabetes mellitus*. *Enfermería Global*, 20(62), 316-344
- Padilla F. (2021) *Riesgo cardiovascular según el modelo de predicción de riesgo D.A.D en pacientes atendidos en la clínica de VIH del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el año 2017*". Tesis para optar al título de Medicina Interna. UNAN León.
- Rodríguez Acelas AL, Gómez Ochoa AM. (2010) Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Av Enferm*; XXVIII(1):6371
- Salinas DL. (2012) Adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados del centro de salud de Sutiava "Félix Pedro

Picado”, León, durante junio-julio de 2012. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía).

Tijerino L. Borda E.(2017) “Adherencia terapéutica de la diabetes mellitus en pacientes que acuden al programa de crónicos del hospital Nuevo Amanecer del municipio de Puerto Cabezas, RAAN en el período de Mayo a Julio, 2016. UNAN León. Consultado: Mayo.

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables

| 1. Describir las principales características sociodemográficas de los | | | | | |
|---|--------------|--|----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Variable | Dimensiones | Concepto operativo | Indicador | Tipo de variable | Valor de la |
| Características sociodemográficas | Grupo etario | Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la | Número de años cumplidos/Cedula. | Cuantitativa discreta | 16-25 26-35 36-45 > 45 |
| | Sexo | Son las características anatómicas y fenotípicas que | Examen físico | Cualitativa nominal | Hombre Mujer |
| | Procedencia | Lugar donde la | Área geográfica | Cualitativa | Rural Urban |
| | Estado civil | Condición social que revela el | Relación legal conyugal | Cualitativa nominal | Soltera Casa |

| | | | | | |
|--|-------------|---|-----------------------------|---------------------|---|
| | Escolaridad | Estado clasificado según la cantidad de años de educación que el paciente | Grados académicos cursados. | Cualitativa nominal | Analfabeta Primaria Secundaria Educación Superior |
|--|-------------|---|-----------------------------|---------------------|---|

2.- Mencionar los antecedentes patológicos de los pacientes en estudio.

| Variable | Dimensiones | Concepto operacional | Indicador | Tipo de | Valor de la |
|---|-----------------------------|---|---------------------|-----------------------|--|
| Antecedentes familiares y personales patológicos. | Antecedentes no patológicos | Tener un antecedente de consumo de | Encuesta | Cualitativa nominal | Fumado Alcoholismo |
| | Estado nutricional | Es el resultado categorizado | Examen físico (IMC) | Cualitativa ordinal | Desnutrido Normal) |
| | Comorbilidades | Son enfermedades crónicas presentes en el | Encuesta | Cualitativa nominal | Asma EPOC Cáncer Artritis reumatoide |
| | Tiempo de evolución | Es el tiempo en años desde el diagnóstico hasta el momento de | Encuesta | Cuantitativa discreta | Menor de 5 años 6 a 10 años 11 a 20 años |

| 3. Determinar la calidad de vida mediante el WHOQOL BREF de los | | | | | |
|---|--|--|------------------------------|-------------------------|--|
| Variable | Dimensiones | Concepto operacional | Indicador | Tipo de variable | Valor de la variable |
| Nivel de calidad de vida | Salud física Salud psicológica Relaciones sociales Ambiente | Se obtiene al aplicar el índice de WHOQOL BREF el cual es un instrumento | Instrumento WHOQOL BREF | Cualitativa ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • Baja (0-69) • Media (70-99) • Alta (100-130) |
| 4. Determinar la adherencia terapéutica de los pacientes en estudio. | | | | | |
| Variable | Dimensiones | Concepto operacional | Indicador | Tipo de variable | • Valor de la variable |
| Adherencia terapéutica | Adherencia al tratamiento | Estatus en que se encuentra el paciente, y se valora por el | Test de Morisky Green Levine | Cualitativa nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si adherente • No adherente |

Ficha de Recolección de datos

Encuesta No _____ Fecha: _____

I.- Características Sociodemográficas del paciente

a.- Edad ___ b.- **Sexo:** hombre ___ mujer ___ c.- **Procedencia:** Urbano ___ Rural _____

d.- **Nivel educativo:** Analfabeto ___ Primaria ___ Secundaria ___ Técnico ___

Educación Superior _____ e.- **Estado civil:** Soltero ___ Casado/adjuntado ___

Adjuntado ___ Divorciado ___ Viudo _____

II.- Antecedentes familiares y personales

a. **Comorbilidades:** asma ___ artritis ___ EPOC ___ ERC ___ Cáncer ___ Otros _____

Consumo de: tabaco ___ alcohol ___ drogas _____

Tiempo de evolución de padecer de la enfermedad crónica: _____ años.

c.- **Peso** ___ **Talla** ___ **IMC** _____ **Estado nutricional** _____

II. Calidad de vida

1. ¿Como calificaría su calidad de vida?

| Muy mala | Mala | Ni bien, ni mal | Buena | Muy Buena |
|----------|------|-----------------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. ¿Qué tan satisfecho esta con su salud?

| Muy insatisfecho | Insatisfecho | Ni satisfecho, Ni insatisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho |
|------------------|--------------|--------------------------------|------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Pregunta | Nada | Poco | Moderado | Bastante | Totalmente |
|---|------|------|----------|----------|------------|
| 3. ¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita | | | | | |
| 4. ¿Qué tanto necesita de cualquier tratamiento medico para llevar a cabo su vida diaria? | | | | | |
| 5. ¿Qué tanto disfruta de la vida? | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene significado? | | | | | |
| 7. ¿Qué tan capaz es de concentrarse? | | | | | |
| 8. ¿Qué tan seguro (en general) se siente en su vida diaria? | | | | | |
| 9. ¿Qué tan saludable es su entorno físico? | | | | | |

Las siguientes preguntas se refieren a que tan satisfecho se ha sentido en varios aspectos de su vida, en las ultimas dos semanas.

| Pregunta | Nada | Poco | Moderado | Bastante | Totalmente |
|---|-------------|-------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| 10. ¿Qué tanta energía tiene para su vida diaria? | | | | | |
| 11. ¿Qué tanto acepta su apariencia física? | | | | | |
| 12. ¿Qué tanto su economía le permite cubrir sus necesidades? | | | | | |
| 13. ¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en su vida diaria? | | | | | |
| 14. ¿Hasta que punto tiene oportunidad para realizar actividades recreativas? | | | | | |
| 15. ¿Qué tan capaz es de desplazarse de un lugar a otro? | | | | | |

Las siguientes preguntas se refieren a que tan satisfecho se ha sentido en varios aspectos de su vida, en las ultimas dos semanas.

| Pregunta | Nada | Poco | Moderado | Bastante | Totalmente |
|--|-------------|-------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| 16. ¿Qué tan satisfecho esta con su sueño? | | | | | |
| 17. ¿Qué tan satisfecho esta con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? | | | | | |
| 18. ¿Qué tan satisfecho esta con su capacidad de trabajo? | | | | | |
| 19. ¿Qué tan satisfecho esta de si mismo? | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 20. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales? | | | | | |
| 21. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual? | | | | | |
| 22. ¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de que brindan sus amistades? | | | | | |
| 23. ¿Qué tan satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive? | | | | | |
| 24. ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud? | | | | | |
| 25. ¿Qué tan satisfecho está con el medio de transporte que utiliza? | | | | | |

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

| Nunca | Pocas veces | Algunas veces | Muchas veces | Siempre |
|-------|-------------|---------------|--------------|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

III. Valorando el estado de adherencia:

a.-Test de Morisky Green

1.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

2.- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

3.- Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar el medicamento?

4.- Si alguna vez le sienta mal, ¿usted deja de tomar el medicamento?

Adherente _____ No adherente _____

Consentimiento informado

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada:

“Calidad de vida y Adherencia terapéutica de pacientes hipertensos y diabéticos atendidos en el puesto de salud Luis Alfonso Velásquez Flores, 2024.”

Siendo informado del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines académicos, además confió en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad. Estoy claro que esta encuesta no pondrá en riesgo mi vida, ni pondrá en riesgo mi integridad física y social,

Firma: _____

Fecha: _____