



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Tesis monográfica para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía:

**“Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo
en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos
Roberto Huembes, Julio 2019 – Febrero 2020”.**

Autores:

Br. Abraham Isaac Jarquin Montano.
Br. Emily Ivette Ortiz Saavedra.

Tutor Metodológico:

Dr. Humberto Urroz Talavera
Especialista en Medicina de Emergencia
Master en Docencia Universitaria e Investigación
Postgrado en Farmacología Clínica e Investigación Farmacológica.

Managua, Nicaragua, Agosto 2020

DEDICATORIA

A mi Padre José Benito Jarquín Ordoñez a quien tanto amé en vida y siempre creyó en mí.

Mi madre y mi hermana que siempre apoyaron y es la razón de cumplir esta y muchas metas más.

Abraham Isaac Jarquin Montano

La presente tesis monográfica se la dedico principalmente a Dios quien ha guiado mis pasos, me ha permitido llegar hasta donde estoy en mi carrera, me ha otorgado su gracia y su favor.

Dedico de manera especial, a mis padres quienes han estado a mi lado indispensablemente y me motivaron constantemente para alcanzar mis metas.

Una mención especial por quienes nos dedicamos a lo que amamos, los pacientes, por ser tolerantes y respetuosos.

Emily Ivette Ortiz Saavedra

AGRADECIMIENTO

A Dios nuestro padre por ser la guía de nuestro camino y quien nos otorgó fuerza, sabiduría y propósito para lograr con éxito nuestro trabajo.

A nuestra familia por ser piedra angular en nuestra formación profesional y personal en valores.

A la UNAN- Managua y facultad de Ciencias Médicas por darnos la oportunidad de formarnos profesionalmente de la salud.

A nuestro médicos y docentes por formarnos como profesionales de la salud en el área clínica y preventiva

Abraham Isaac Jarquin Montano

A Dios todo poderoso, por ser la luz en mi camino por otorgarme fuerzas cuando ya no podía más y porque nunca me ha fallado.

A mis padres y demás familiares por su apoyo incondicional, por ser parte de este proceso de formación e impulsarme a nunca rendirme.

A mi tutor, por el empeño y dedicación con el cual se esmeraba para que lográramos una gran investigación que fuera de gran importancia e impacto para la población en general.

A mis maestros, que fueron a lo largo de estos 5 años no solo docentes, sino que se convertían en amigos y con el pan de la enseñanza nos instruían para formar verdaderos profesionales.

A los pacientes que fueron parte del estudio, por su paciencia, tiempo y ganas de apoyar.

Emily Ivette Ortiz Saavedra.

OPINION DEL TUTOR

El fenómeno de la adherencia al tratamiento es un problema mundial de alarmante magnitud, el cual está determinado por la interacción de factores que influyen en el cuidado de enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial.

El presente estudio que lleva por título **Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembes, Julio 2019 – Febrero 2020**”. Realizado por los Bachilleres: **Abraham Isaac Jarquín Montano**.y **Emily Ivette Ortiz Saavedra** es pertinente y contiene la estructura que define la normativa. Existe correspondencia entre el problema, objetivos y contenido, los autores demostraron grado de independencia, iniciativa, creatividad en la propuesta y desarrollaron habilidades para poder realizar la investigación.

La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. Sin un sistema que aborde los determinantes de la adherencia terapéutica, los adelantos en la tecnología biomédica no lograrán hacer realidad su potencial para reducir la carga de las enfermedades crónicas como es la Hipertensión Arterial. El acceso a los medicamentos es necesario, pero insuficiente en sí mismo para tratar efectivamente las enfermedades

La adherencia al tratamiento no sólo se trata de una responsabilidad personal, vinculada al paciente, sino también de una responsabilidad profesional para médicos, enfermeras y trabajadores de salud, ya que las personas con Hipertensión Arterial requieren de una atención multidisciplinaria que abarca la detección temprana, el adecuado y oportuno tratamiento y por qué no el seguimiento estricto del tratamiento, lo que implica conocer la conducta que asume el paciente frente al tratamiento instaurado y los factores vinculados en dicha adherencia

Considero que este trabajo servirá de insumo para la unidad de salud y servirá para trabajar en aquellas barreras que no permiten una adherencia al tratamiento de manera óptima, los pacientes lograrán obtener mejores resultados en el cumplimiento del tratamiento, autocuidado y calidad de vida.

Dr. Humberto Urraz Calavera

Especialista en Medicina de Emergencia
Master en Docencia Universitaria e Investigación
Postgrado en Farmacología Clínica e Investigación Farmacológica
Docente Titular de la Facultad de Ciencias Médicas
UNAN Managua.

RESUMEN

Objetivo: Describir los Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la consulta externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020.

Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo, observacional tipo descriptivo y de corte transversal realizado en el área de consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Carlos Roberto Huembes, se tomó una población de 152 pacientes con el diagnóstico de Hipertensión Arterial habiendo una heterogeneidad de 50% y un margen de error de 5%, nivel de confianza 95%, obteniéndose una muestra de 110 pacientes. Se aplicó un instrumento conformado por 5 secciones y un ítem de preguntas dicotómicas donde se pone en práctica preguntas acorde al **Test de Morisky-Green**, se realizaron pruebas estadísticas para valorar relación de factores estudiados y adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Resultados: La mayoría de los pacientes encuestados fueron del sexo masculino, de 41 a 45 años de edad, principalmente procedentes del área urbana, casados y practicaban la religión evangélica, nivel académico secundaria, de ocupación guarda de seguridad.

Conclusión: Los factores que más influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo son: Ocupación, el no practicar ejercicio, el dejar de tomar el medicamento al tener la sensación de bienestar, el olvido de la hora correcta para la toma de medicamento, las diferentes reacciones adversas que se presentan, independientemente del tipo de fármaco antihipertensivo.

Como principal recomendación se propone crear planes de estrategias en la unidad de salud para detectar los factores asociados al equipo sanitario que influyen negativamente sobre la Adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Palabras claves: Hipertensión Arterial, adherencia al tratamiento, cumplimiento.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. GENERALIDADES

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
Antecedentes Internacionales:	2
Antecedentes Nacionales:	6
III. JUSTIFICACIÓN	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
V. OBJETIVOS	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
VI. MARCO TEÓRICO.....	12
Generalidades	12
Comportamiento de la HTA según las características demográficas	14
Test de Morisky-Green-Levine	30
<i>CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO:</i>	32
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	33
Tipo de estudio	33
Área de Estudio	33
Período de Estudio.....	33
Universo.....	33
Muestra	34
Tipo de muestreo	34
Unidad de análisis	34
Fuente de información	35
Técnicas de recolección de la información.....	35
Instrumento de recolección de la información.....	35
Criterios de selección de la muestra	36
Criterios de Inclusión	36
Criterios de Exclusión.....	36
Procedimiento de recolección de la información.....	36
Plan de análisis.....	39
Listado de variables por objetivos específicos.....	42

Plan de tabulación y análisis	43
Cruce de Variables.....	43
Operacionalización de variables	45
Consideraciones éticas.....	51
<i>CAPÍTULO III.DESARROLLO:</i>	52
VIII. Resultados.....	53
IX. Análisis de los resultados.....	59
X. Conclusiones	72
XI. Recomendaciones	73
<i>CAPÍTULO IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</i>	74
XII. Bibliografía.....	75
<i>CAPÍTULO V. ANEXOS:</i>	77

CAPÍTULO I. GENERALIDADES:

I. INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, las enfermedades crónicas no trasmisibles se han constituido como un problema prioritario de salud pública, tanto en los países desarrollados, como en aquellos en vías de desarrollo, entre los cuales se encuentra Nicaragua. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Hipertensión Arterial es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlo, es responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total, entre ellas, las complicaciones de dicha afección causan anualmente 9,4 millones de muertes (Salud, 2013).

La adopción responsable del tratamiento con Antihipertensivos es fundamental para el control adecuado de las cifras tensionales y la prevención de complicaciones e inclusive de la muerte. La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población en estudio y para el país desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud.

La adherencia al tratamiento médico indicado es fundamental para el control de esta enfermedad, esta afirmación es reconocida por la mayoría de los profesionales de salud que atienden personas con esta enfermedad y en las informaciones sobre el tema en estudio. Las investigaciones sobre Adherencia al Tratamiento y también acerca del cumplimiento de las indicaciones en Hipertensión Arterial, ofrecen cifras poco alentadoras, con independencia de las diferencias en cuanto a métodos y vías empleados para su evaluación (Toledo, 2006).

Con la finalidad de describir los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, se realiza un estudio del tipo descriptivo en los pacientes que asistieron a consulta externa por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Carlos Roberto Huembes durante un período determinado en el año 2019 y 2020, para factores que se relacionan a un buen control de la presión arterial y así desarrollar procesos dirigidos a la mejoría de la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

II. ANTECEDENTES

Antecedentes Internacionales:

En 2008, Dr. Lián Juárez, Dra. Arleth Herrera en un estudio descriptivo titulado “**Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular**”, solamente un 8% de los pacientes presenta riesgo moderado para no adherirse, este porcentaje se relaciona con la falta de orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos ordenados y la preocupación por cometer errores en la toma de varios medicamentos. Este estudio reportó que los regímenes de medicación con monodosis daban lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis, y que esta también disminuía a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados (LIÁN, 2008).

En 2014, Dra. Milena Díaz y colaboradores de la Universidad de la Habana-Cuba en un estudio descriptivo llamado: “**Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón**”, que fue realizado por la, concluyeron que la mayoría de los pacientes hipertensos estudiados pertenecieron al género femenino, lo que representa el 68% de la muestra evaluada.

Con relación a la variable edad, hubo una mayor presencia de los rangos de edades de 70-79 años, seguido por el grupo de 45-54 años y en tercer lugar, el de 60-69 años de edad. El 62% de los pacientes utilizaba politerapia como tratamiento farmacológico.

El análisis de la utilización de fármacos mostró que los Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA), especialmente el Enalapril, así como los Diuréticos, preferentemente la Clortalidona, fueron los fármacos más utilizados, ya sea como monoterapia o en combinaciones.

La revisión de las tarjetas de consumo de medicamento antihipertensivo de los pacientes participantes en el estudio permitió detectar que un 32,7% de los pacientes no adquirirían su medicamento en farmacia de forma regular, mientras que los restantes (67,3%) sí lo hacían. Los resultados de la aplicación mostraron que el 46,9% fue adherente (ADH) al tratamiento farmacológico, mientras que el 53,1% resultó ser no adherente (NAD).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la cantidad de pacientes ADH y NAD al tratamiento farmacológico. Respecto a la variable edad y adherencia, los resultados mostraron que no existía una relación entre ambas y en los grupos etarios predominantes no se observaron diferencias significativas entre los ADH y NAD (Díaz & Herrera & Matéu, 2014).

En 2015, las autoras Marlín, Solórzano y colaboradores del estudio analítico con el tema de **“Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Hipertensión Arterial, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Enero- Mayo 2015”**, obtuvieron como resultado que el 60% de los pacientes eran mujeres, la edad promedio $61 \pm 13,93$ años, se encontró que la adherencia al tratamiento antihipertensivo fue del 35% y el control de la presión arterial fue de 41%, con menor adherencia al tratamiento en las mujeres con un 44,55%, el 72,70% indicó al olvido del tratamiento como la causa más frecuente de no adherencia. Al evaluar los grados de riesgo se encontró que 16,4% estaba en riesgo alto y no podía responder con comportamientos de adherencia (Marlín Y, 2015).

En 2015, el Dr. Libertad Martín Alfonso, Msc. María del Carmen Corugedo y colaboradores en su estudio descriptivo con el tema: **“Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas”**, obtuvieron como resultados que los porcentajes encontrados de adherencia total, parcial y no adherencia fueron muy parecidos en las áreas de salud estudiadas.

En todos los territorios predominó la adherencia total con aproximadamente el 50%, seguida de la adherencia parcial, en tanto que la no adherencia obtuvo los valores inferiores. En cuanto al componente comportamental o cumplimiento del tratamiento, los ítems con valores promedios más bajos son "la toma de medicamentos en el horario establecido" y en "las dosis indicadas" con 16.0% el recuento más alto.

En el policlínico "Plaza de la Revolución" se observó que el componente implicación personal presentó ítems con valores promedios altos y bajos, como son: "La utilización de recordatorios" con 3,60% y "llevar el tratamiento sin esfuerzo" con 3,35% fueron los de mejores resultados. "Cumplir sin supervisión" con 1,44%; "realizar los ejercicios físicos indicados" con 1,75% y "acomodar sus horarios de medicación" con 1,84% fueron los peores.

En cuanto al componente comportamental o cumplimiento del tratamiento, los ítems con valores promedios más bajos son "la toma de medicamentos en el horario establecido" (1,78%) y en "las dosis indicadas" (1,64%). Los ítems del componente relacional no favorecieron plenamente la adherencia al tratamiento aunque no son los de peores resultados (Martín & Coruguedo, 2015).

En 2016, López Vázquez y Chávez Vega, especialistas en Medicina Interna y Profesores de la Universidad de la Habana-Cuba en su investigación titulada "**Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años**" describieron que el porcentaje de adherencia a la terapéutica en ésta investigación es muy superior a 37.4%, obtenido por Quintana Setién en un estudio igualmente realizado en Cuba, 92 pacientes del sexo femenino con adherencia al tratamiento, lo que constituye 61.7% del total de la muestra.

La relación de la adherencia terapéutica con el nivel de escolaridad, se encontró que la adherencia al tratamiento en los pacientes con grado universitario fue de 74%, y se demostró la existencia de asociación estadísticamente significativa entre el nivel de escolaridad y la adherencia al tratamiento. El esquema terapéutico con un solo medicamento (monoterapia) tuvo una adherencia terapéutica de 73.9%. La relación entre estas variables fue estadísticamente significativa (Chávez, 2016).

En 2018, Rueda Vidarte, Jhonathan Jesús. En su tema: “**Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre período enero marzo 2018**”. Con respecto a las principales características de los participantes, se identificó que el porcentaje de mujeres (70%) supera ampliamente al del sexo masculino. En cuanto a la edad observada en los participantes se obtuvo que el 49.2% de los pacientes eran mayor a 65 años y un porcentaje similar (47.5%) lo conforman personas entre 35 a 65 años de edad. Sobre el lugar de origen la gran mayoría (80.8%) de participantes eran procedentes de zona urbana.

Con respecto al tiempo de la enfermedad el 76.7% de los pacientes tenían más de 3 años de diagnosticada la enfermedad. Según el grado de instrucción: el 25,8% de los pacientes tenían primaria incompleta, y un porcentaje similar de 22.5% secundaria completa. Acerca del estado civil el 42,5% de los participantes estaban casados, Sobre el número de fármacos que toman al día el 85.8% de los participantes refiere tomar un solo medicamento.

Sobre el tipo de medicamento antihipertensivo que usa, el 48,9% de los participantes refiere tomar ARA II como parte de su esquema de medicamento antihipertensivo. Según el número de dosis al día: el 49.2% de los participantes toma 2 dosis de medicamentos al día, y un porcentaje similar de 42,5% toma un solo medicamento para tratar su hipertensión.

En cuanto a las respuestas del cuestionario de Morisky Green Levine en los participantes, se encontró que uno de los principales problemas de la pobre adherencia es que los pacientes olvidan tomar sus medicamentos (35.2%).

La baja adherencia al tratamiento antihipertensivo es muy común, alcanzando aproximadamente el 46.7% de los participantes en una población que en un gran porcentaje procedía de zona urbana (80.8% de los casos) (RUEDA VIDARTE Y JHONATHAN, 2018).

Antecedentes Nacionales:

En 2010, Dr. Edgar Martínez, Alfonso Balladares y colaboradores en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León. UNAN-LEON con un estudio descriptivo titulado: **“Adherencia al tratamiento antihipertensivo y evaluación de los factores de riesgo asociados a la hipertensión en pacientes que asisten al Centro de Salud Mantica Berio de la ciudad de León en el periodo comprendido de Enero a Marzo del 2010.”**

En los resultados se demostró que la mayor prevalencia de pacientes hipertensos está entre las edades comprendidas de 56 y 76 años al cual le sigue las edades comprendidas de 35 a 55 años, destacando el sexo femenino sobre el masculino. Se identificó resultados obtenidos que el porcentaje mayor de adherencia está representada por el sexo masculino con 33.3%.

La mayoría de los hipertensos padecen de enfermedades concomitantes como la Diabetes Mellitus tipo 2, siendo esta la más predominante con un 41.76%, la que representa un importante factor de riesgo para los hipertensos. Seguida de otra de las enfermedades crónicas muy importante como es la Artritis Reumatoide con un 40.66%.

Según los datos obtenidos se pudieron describir que la mayoría de los pacientes hipertensos refieren que la madre fue o es hipertensa por lo que podemos deducir que la hipertensión que ellos padecen pudo haber sido heredada en gran parte por su madre. En los resultados obtenidos, el porcentaje mayor de adherencia está representada por el sexo masculino con 33.3% (Martínez, Mendoza, & Baca, s.f.).

En 2013, Argüello, Dávila y Estrada en su tesis para optar para el título de Medicina general y cirugía, con su tema: **“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”**.

En cuanto a las características sociodemográficas de la población, el sexo femenino fue predominante en un 81.4% de los pacientes, el 18.6% corresponde al sexo masculino, los pacientes mayores de 55 años representaron dos tercios de la muestra (55-64 con 30.8% y mayores de 65 años con 35.8% respectivamente) y el tercio restante son pacientes de 45 a 54 años con el 19.4%, de 35 a 44 años con el 11.5% y de 25 a 34 años con un 2.5%. En el caso del nivel de escolaridad, el 22.2% de los pacientes apenas saben leer y escribir, el 35.8% alcanzaron el nivel de primaria incompleta, y 18.3% de ellos la completaron.

Al evaluar las respuestas al test de Morinsky-Green-Levine, en el caso de la primera pregunta, el 63% de los pacientes no han olvidado tomar su medicamento. En la pregunta número 2, el 73.8% de los pacientes toma el medicamento a la hora indicada. En la pregunta 3, el 70.6% dijeron que no dejan de tomar su medicamento cuando se sienten bien. En la pregunta 4, el 91.4% alegaron que no dejan de tomar su medicamento cuando se sienten mal. En el caso del resultado final del test, el 53% resultó ser no adherente y un 47% si lo son (Argüello, Dávila, & Estrada, s.f.).

III. JUSTIFICACIÓN

La adherencia al tratamiento antihipertensivo, es una problemática muy significativa mundialmente, la baja adherencia incrementan el riesgo eventos cardiacos, neurológicos y pulmonares que llegan a desenlaces fatales. Es la adherencia al tratamiento la responsable en gran medida que aún no se consigan las metas de control de Hipertensión Arterial (Olatz Barrueta, Lo que debes saber sobre la Adherencia al tratamiento, 2017).

Para el año 2000 se estimaron un total de adultos con Hipertensión Arterial de 972 millones de personas, distribuidos en 333 millones en países desarrollados y 639 millones en los países en vía de desarrollo o emergentes (Armas Hernández, Armas Padilla, & Hernández Rafael, 2006). La OMS recomienda incrementar la investigación sobre la adherencia terapéutica a fin de reconocer los grandes beneficios en las personas que abordan la medicación de forma eficaz, con ausencia completa o radical de complicaciones posteriores al diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Esta investigación está motivada por la importancia que genera la buena adherencia terapéutica, considerando que en la actualidad las enfermedades crónicas degenerativas van en aumento y que su repercusión sobre la esperanza y calidad de vida cada vez es más alarmante.

Por tal motivo éste estudio, realizado en un hospital de gran afluencia poblacional, brindará al personal médico resultados acerca de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo que va a permitir reconocer y saber en dónde se tiene que intervenir adoptando medidas como un plan estratégico detectando el factor que está actuando de manera negativa para que haya menor adherencia de los pacientes. De igual manera aportará conocimientos para futuras investigaciones de mayor complejidad sobre el tema.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de los importantes esfuerzos institucionales realizados por la entidad para garantizar el acceso de los pacientes a los tratamientos farmacológicos y terapias de apoyo y acompañamiento, las medidas de control de las cifras tensionales no han sido las esperadas, por lo tanto, describir los factores que generan dichos resultados es de necesidad primaria para poder adoptar medidas correctivas que nos permitan reorientar los servicios, logrando niveles de control adecuada la enfermedad crónica (Salud, 2013).

En lo que respecta a su correcto tratamiento es considerado un importante problema de Salud Pública a nivel mundial, presentando una asociación muy considerable de complicaciones sistémicas y una muy importante causa de muerte en personas de segunda y tercera edad.

La OMS plantea cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica. Además de los factores relacionados con el tratamiento, con la enfermedad y con el paciente, se incluye y destaca, la influencia de factores socioeconómicos y los relacionados con el sistema o el equipo que presta los servicios de salud. Señala que si bien, el nivel socioeconómico, no se detecta como un factor de predicción de la adherencia terapéutica, se atribuye un efecto considerable a cuestiones como la pobreza, el analfabetismo y el desempleo.

En relación con el sistema de asistencia sanitaria, apuntan las consecuencias de servicios de salud poco desarrollados, deficiencias en la distribución de medicamentos, por eso se plantea la siguiente interrogante (Salud, 2013).

¿Cuáles son los factores que influyen en la Adherencia al tratamiento Antihipertensivo en pacientes de la Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020?

Preguntas directrices:

- 1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial?**
- 2. ¿Cuáles son los factores propios del paciente que influyen en la adherencia del tratamiento antihipertensivo?**
- 3. ¿Cuáles son los factores relacionados al tratamiento farmacológico que influyen en su adherencia?**

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir los Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la consulta externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020.

Objetivos específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial.
2. Identificar los factores propios del paciente que influyen en la adherencia del tratamiento antihipertensivo.
3. Reconocer los factores relacionados al tratamiento farmacológico que influyen en su adherencia.

VI. MARCO TEÓRICO

Generalidades

Definiciones

La hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, la importancia del padecimiento radica en su repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de quien tiene este padecimiento, porque no se diagnostica oportunamente y cursa asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones. La adherencia terapéutica se refiere a una conducta que coincide con la indicación médica o de la salud. La importancia de conocer la adherencia terapéutica y establecer estrategias para llevarla a cabo en la HTA radica en que ésta, es el principal factor de riesgo de la enfermedad isquémica del corazón y del cerebro.

El control de la HTA requiere la modificación de los factores de riesgo conocidos y, en su caso, una rigurosa adherencia al tratamiento farmacológico. El nivel exacto de adherencia terapéutica es difícil de determinar y algunas situaciones que implican la falta de esta adherencia tienen que ver con la difícil comunicación efectiva entre el profesional y el paciente, el régimen terapéutico y factores psicosociales. Las estrategias para aumentarla implican la modificación del régimen terapéutico, instruir y preparar al profesional de la salud para desarrollar una mejor comunicación y educación sanitaria al paciente (Toledo, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 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.

Haynes y Sackett definieron este concepto como la medida con la que el paciente modifica su conducta orientándola hacia la ingesta del medicamento; al poner en marcha tal medida es posible asegurar el cumplimiento en los tratamientos. Esto implica la aceptación de un diagnóstico del que depende el pronóstico (Cruz, 2012).

En cuanto al cumplimiento y la adherencia, se pueden considerar sinónimos porque ambos términos miden el porcentaje de dosis que toma el paciente respecto al teórico. Aun así, tienen un matiz distinto, de forma que el “cumplimiento” es un término con un enfoque más paternalista, debido a que solamente refleja el grado en que el paciente se ajusta a las instrucciones del médico, de una forma pasiva. Por otro lado, el término “Adherencia” tiene en cuenta la aceptación o acuerdo de las recomendaciones por parte del paciente y, por lo tanto, exige una mayor colaboración entre el prescriptor y el paciente. Por ello, actualmente, se prefiere el uso del término Adherencia frente al de cumplimiento.

La palabra adherencia ha ido adquiriendo diversos significados a lo largo del proceso de las investigaciones, ya que hoy 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 OMS señala que depende de varios factores como son los socioeconómicos, culturales y religiosos, entre otros. Sin embargo, algunos autores como Salicru, en 1997, y Tilson, en 2004, resaltan la importancia de incluir el cumplimiento como parte de la adherencia; ellos hacen una comparación de adherencia y cumplimiento, en donde significa lo mismo desde el punto de vista conceptual.

En suma, el término de cumplimiento hace referencia al grado en que el paciente obedece, sigue instrucciones y prescripciones médicas, lo cual depende del estado de salud de cada persona (Olatz Barrueta, Lo que debes sobre la Adherencia al Tratamiento, 2018).

La persistencia, en cambio, tiene que ver con la duración del tratamiento, desde su inicio hasta la última dosis, previa a la interrupción. En el caso de un tratamiento crónico está estrechamente relacionada con la “retención del paciente en el sistema de salud” o con lo que es lo mismo, el abandono o la pérdida del seguimiento del paciente. Este tema se ha estudiado especialmente en el tratamiento antirretroviral, porque es obvio que solo tenemos datos de aquellos pacientes que conocemos y seguimos, pero no de los que abandonan el tratamiento. (Olatz Barraeta, Lo que debes sobre la Adherencia al Tratamiento, 2018).

Epidemiología

Comportamiento de la HTA según las características demográficas

La Hipertensión Arterial, se considera uno de los problemas más importantes de Salud Pública, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial, se estima que es responsable de 35% de las muertes prematuras y causa de incapacidad e invalidez permanente.

La Hipertensión Arterial (HTA) es una condición muy frecuente y el principal factor relacionado con la mortalidad en todo el mundo. Las cifras de presión aumentan gradualmente con la edad, por lo que la prevalencia de ésta depende notablemente del segmento etario considerado. La distribución de la prevalencia depende fundamentalmente de factores socioeconómicos y culturales, aunque con tendencia a igualarse en todas las zonas geográficas del planeta.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de uno de cada cinco adultos padece de tensión arterial elevada, un trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía.

Las complicaciones derivadas de la hipertensión son la causa de 9,4 millones de defunciones cada año en el mundo. La OMS señala además, que en la mayoría de todos los países de ingresos altos, el diagnóstico y tratamiento generalizado de las personas hipertensas con medicamentos de bajo costo ha propiciado una reducción significativa de la proporción de personas con tensión arterial elevada, así como de la tensión arterial media en todas las poblaciones, lo que ha contribuido a reducir la mortalidad por enfermedades del corazón (Argüello, Dávila, & Estrada.).

En cambio, en los países de ingresos bajos y medianos la Hipertensión Arterial no solo es más prevalente, sino que también afecta a más personas porque el número de habitantes de estos países es mayor que el de los países de ingresos elevados. Además, a causa de la debilidad de los sistemas de salud, el número de personas hipertensas sin diagnóstico, tratamiento, ni control de la enfermedad también es más elevado en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que dicha patología afecta entre el 20-40% de la población adulta de la región, lo que significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta. En este sentido, la OPS impulsa políticas y proyectos para incidir desde la salud pública, en la prevención de la Hipertensión arterial a través de la disminución del consumo de sal, promoción de la alimentación saludable y la actividad física, así como la prevención de la obesidad. Promueve y apoya, además, proyectos que viabilizan el acceso de la población a medicamentos esenciales para el tratamiento de esta enfermedad crónica, e impulsa la formación de recursos humanos en salud.

En lo que respecta a Nicaragua la prevalencia de ésta enfermedad según factores de riesgo en las principales ciudades fue más alta en los encuestados en la ciudad de Managua en Obesidad, Colesterol y Triglicéridos altos y consumo frecuente de bebidas alcohólicas (Vega, 2016).

Terapia farmacológica para la Hipertensión arterial.

El tratamiento de la hipertensión arterial se basa en dos pilares fundamentales, aquél orientado a los cambios en el estilo de vida, como la adopción de un régimen hiposódico, dieta nutricional, actividad física y disminución ponderal, y el tratamiento farmacológico.

Ambas partes del tratamiento no son independientes, sino que son coadyuvantes el uno del otro. El arsenal terapéutico de los fármacos antihipertensivos es en la actualidad muy amplio y comprende diferentes familias de fármacos con diversos mecanismos de acción.

Las seis familias de fármacos que la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión Arterial consideran como de primera línea son los diuréticos, bloqueadores beta adrenérgicos, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, bloqueadores alfa y antagonistas de los receptores de la angiotensina II.

Fármacos Diuréticos: Son fármacos que estimulan la excreción renal de agua y electrolitos como consecuencia de su acción sobre el transporte iónico a lo largo de la nefrona, estos fármacos aumentan la tasa de flujo urinario y la excreción de sodio (natriuresis) y cloro, muchos diuréticos ejercen su acción sobre proteínas específicas de transporte de membrana en las células del epitelio tubular renal.

Los diuréticos tiazídicos son el tratamiento de primera línea para muchos pacientes con Hipertensión Arterial. La Hidroclorotiazida y la Clortalidona son los más ampliamente utilizados.

Ahorradores de Potasio: Existen dos clases de ahorradores de potasio: los inhibidores de la aldosterona (Espironolactona) y los inhibidores directos del transporte de sodio (Triamtreno y Amilorida). Como solo son activos si existe aldosterona, su eficacia diurética dependerá de la intensidad con la que la aldosterona este contribuyendo a la retención de sodio y de agua, y a la pérdida de potasio.

Bloqueantes β Adrenérgicos: Los bloqueantes β adrenérgicos tienen una eficacia comprobada en pacientes con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y en pacientes hipertensos con fibrilación auricular. La administración en monoterapia de bloqueantes β con IECAS ha demostrado mejor la calidad de vida de pacientes con angina de pecho, insuficiencia cardiaca o con infarto de miocardio reciente.

Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (IECA): En pacientes de todas las edades su eficacia antihipertensiva se consigue tanto en monoterapia como en terapia combinada (asociación a dosis fija con otros antihipertensivos), especialmente con diuréticos y antagonista del calcio.

Una revisión sistemática que comparó la eficacia de los IECA con los Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II (ARA II) concluyeron que el tratamiento con ambos grupos antihipertensivos provee similar control de la PA y tienen efectos equivalentes en relación a los eventos cardiovasculares y muertes; reacciones adversas mayores; calidad de vida y factores de riesgo, así como los relacionados con los niveles de lípidos, Diabetes mellitus, masa y función ventricular izquierda.

Antagonista de los Receptores de Angiotensina II. Todos los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) están aprobados para el tratamiento de la Hipertensión Arterial.

El Irbersartan y el Losartan han mostrado un efecto nefroprotector en los pacientes diabéticos. El Losartan ha sido eficaz en la profilaxis de la apoplejía y el Valsartan para pacientes con insuficiencia cardíaca que no toleran los IECA. La eficacia de los ARA II para disminuir la Presión Arterial es comparable a la de otros antihipertensivos establecidos, con un perfil de efectos adversos similares a los del placebo.

Los pacientes con insuficiencia cardíaca toleran bien el Losartan y es comparable al Enalapril con respecto a la mejoría de la tolerancia al ejercicio.

Antagonistas del Calcio: Los Antagonistas del Calcio se han utilizado por su eficacia antihipertensiva, su ausencia de repercusiones metabólicas y sus efectos positivos sobre la hipertrofia cardíaca e hipertrofia vascular.

Son considerados unos de los antihipertensivos de elección en los pacientes que no pueden ser tratados con diuréticos o que presentan alto riesgo de desarrollo de enfermedad coronaria, incluidos los pacientes con Diabetes Mellitus. Los antagonistas del calcio denominados bloqueantes de la entrada del calcio, inhiben la función de los canales del calcio. Estos canales son sensibles a voltaje y median la entrada de calcio extracelular al músculo liso, los miocitos cardíacos y a las células del nodo sinoauricular y auriculoventricular (AV) en respuesta a la despolarización eléctrica.

Vasodilatadores Periféricos: Los Vasodilatadores Periféricos utilizados en el tratamiento de la Hipertensión Arterial son la Hidralazina, el Nitroprusiato de sodio, el Minoxidil y el Diazóxido. Estos fármacos con frecuencia producen taquicardia refleja y raramente causan hipotensión ortostática.

Hipotensores de Acción Central: El empleo de fármacos hipotensores de acción central como alfa Metildopa (α Metildopa) y Clonidina, permitió profundizar el mecanismo por el cual el sistema nervioso interviene en la regulación de la PA. Básicamente, las fibras del tracto solitario y el núcleo respectivo constituyen la vía aferente que recogen señales desde los barorreceptores periféricos del seno carotideo y del cayado aórtico. (Salud O. P., Prevención y Control de Enfermedades. Análisis de Salud, 2017)

Factores Relacionados con la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo

La falta de adherencia es intencionada o no intencionada, porque las estrategias planteadas para mejorar la adherencia serán distintas en cada caso. En la intencionada, hay una clara voluntad de no tomar la medicación por parte del paciente, mientras que la falta de adherencia no intencionada es el resultado de un olvido involuntario relacionado con la pérdida de memoria o autonomía del paciente, la complejidad del tratamiento, la falta de creación de rutinas y hábitos diarios, etc.

El estudio de Gadkari y McHorney sugiere que la falta de adherencia no intencionada se ve influida por los mismos factores que la intencionada, es decir, las creencias del paciente sobre la medicación, especialmente la necesidad percibida de medicación y la percepción de medicación económicamente, por ellos también se emplea la relación adherencia-persistencia (Olatz Barrueta, Lo que debes sobre la Adherencia al Tratamiento, 2018).

La adherencia primaria y secundaria son dos aspectos distintos de la no adherencia al tratamiento. Se ha considerado como adherencia primaria la adherencia que ocurre cuando se le prescribe un nuevo tratamiento a un paciente y no llega ni tan siquiera a recoger la medicación en la farmacia.

La adherencia secundaria es la toma inadecuada de medicación una vez se recoge la medicación, que incluye tomar una dosis incorrecta, a horas incorrectas, olvidarse de tomar una o varias dosis (o aumentar la frecuencia de la dosis) y suspender el tratamiento demasiado pronto, bien dejando de tomarlo antes de la fecha recomendada por el médico, bien no obteniendo una nueva prescripción

Cuando se ha estudiado el período de seguimiento, se puede distinguir:

- **Incumplimiento parcial:** El paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- **Incumplimiento esporádico:** Si el individuo incumple de forma ocasional (más habitual en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos).
- **Incumplimiento secuencial:** El paciente deja el tratamiento durante períodos de tiempo en los que se encuentra bien, pero lo restaura cuando aparecen síntomas (similar al concepto “vacaciones terapéuticas”).
- **Cumplimiento de bata blanca:** Si el paciente solo se adhiere cuando está cercana una visita médica. Esta actitud, junto con la anterior, se da en enfermedades crónicas como la hipertensión o la dislipidemia.
- **Incumplimiento completo:** Si el abandono del tratamiento es de forma indefinida, esta falta de adherencia es más frecuente en jóvenes con enfermedades crónicas, probablemente porque el beneficio del tratamiento se plantea a largo plazo y los gastos y posibles efectos adversos son inmediatos.

El cumplimiento está relacionado con la efectividad, de forma que la adherencia ha de ser prácticamente perfecta para alcanzar el objetivo del tratamiento y, en definitiva, evitar las complicaciones derivadas de la progresión de la patología.

Pero no es suficiente con alcanzar una buena adherencia inicialmente, es esencial mantenerla en el tiempo. Tampoco se conoce la magnitud real del problema de la falta de adherencia. Se ha estimado que la adherencia en tratamientos crónicos es baja; de hecho, la OMS la sitúa en torno al 50%, y otros estudios indican que la prevalencia de la no adherencia varía entre el 25 y el 50%.

En el entorno de países de Centro América , en un estudio trasversal realizado en 2013 en 723 pacientes en tratamiento crónico en Guatemala, el 11% de los pacientes refirió tener dificultades con la medicación, y solamente el 56% se consideró adherente según el test de Morisky-Green, dato muy próximo al indicado por la OMS y muy similar al de Núñez et al., en pacientes españoles polimedicados (con más de ocho medicamentos en su mayoría), mayores de 65 años, donde el porcentaje de cumplimiento con el test de Morisky-Green fue también del 51,7% (Olatz Barrueta, Lo que debes sobre la Adherencia al Tratamiento, 2018).

La adherencia al tratamiento se ha intentado explicar con diversas teorías como las características de la personalidad y variables sociodemográficas, desde modelos operantes y modelos sociocognitivos, como el Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS) y la Teoría de la Acción Razonada (TAR), pero todos ellos parecen insuficientes. Actualmente, la tendencia es explicar la adherencia a través de una serie de variables implicadas. Sackett y Haynes llegaron a citar más de 200 variables que podían relacionarse con la adherencia relacionadas con la persona, el tratamiento, la familia, el entorno, el personal sanitario y las interrelaciones entre ellos (Pisano M. M., 2013).

La adherencia comprende diversas conductas:

1. Propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento
2. Asistencia a citas de seguimiento
3. Uso correcto de la medicación prescrita
4. Realizar cambios apropiados en el estilo de vida
5. Evitar conductas contraindicadas

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cinco factores que intervienen en la adherencia terapéutica:

1. Socioeconómico
2. Relacionados con el tratamiento
3. Relacionados con el paciente
4. Relacionados con la enfermedad
5. Relacionados con el equipo sanitario.

Socioeconómicos

“Todos los medicamentos causan efectos adversos, aunque cada día aparecen medicamentos mejor tolerados para tratar la hipertensión. Además, existe el problema económico. El costo de los medicamentos se ha incrementado considerablemente, de tal manera que el medico está obligado a tomar en cuenta en sus prescripciones lo que se ha denominado relación costo-beneficio. El costo no solo incluye el valor que se gasta en la compra inicial del medicamento. Además, están las compras adicionales del fármaco durante todo el tiempo que se necesita, que en el caso de los antihipertensivos suele ser toda la vida.

El costo se incrementa cuando se requiere prescribir más de un medicamento para controlar la presión arterial, o para tratar otras enfermedades como la Diabetes Mellitus, la enfermedad isquémica cerebral o cardíaca, etcétera” (García Barreto, 2013).

Nivel de educación:

Según un análisis de la OMS, en los países desarrollados la observancia del tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de sólo el 50% y el cumplimiento "es todavía mucho menor en los países en desarrollo". Esto se debe a múltiples factores pero uno de los principales es el nivel de educación y tanto el analfabetismo como el bajo nivel de educación predisponen a la falta de adherencia al tratamiento (OMS, 2003).

Estado civil u apoyo social:

Un informe psicológico en el año 2006 en Colombia demostró que para los pacientes hipertensos es importante recibir ayuda en el cuidado de su salud en general, como encontrar a alguien que les ayudara cuando tenían que estar en la cama, les llevara al médico cuando lo necesitaron, les preparara la comida si no podían hacerlo y les ayudara en sus tareas domésticas si estaban enfermos. Igualmente, valoraron necesario la presencia física del afecto, (abrazos, palabras positivas, etc.) así también como un matrimonio sólido, con apoyo mutuo es vital para la buena comprensión de las indicaciones médicas (Stefano Vinaccia, 2006)

Procedencia:

Se considera que las personas que viven más lejana a la unidad de salud son más prospectas a no asistir a sus consultas médicas o bien a dejar el seguimiento farmacológico por la lejanía que implica comprar tratamiento, sin embargo, en un estudio realizado en 2006 en Colombia sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento se encuentra que un 75% expresó que las distancias del trabajo o de su casa al lugar de atención no han sido impedimento para asistir a las citas (Orozco, 2006).

Relacionados con el tratamiento

Alrededor de la mitad de los pacientes que inician un tratamiento antihipertensivo no están cumpliéndolo un año después. Este problema, que ha sido tratado desde hace mucho tiempo se debe fundamentalmente a las siguientes causas:

1. El seguimiento es inadecuado o incosteable.
2. El paciente no percibe el beneficio o comienza a tener síntomas causados por la normalización de la tensión que antes no tenía.
3. Los medicamentos causan efectos colaterales que son molestos o intolerables y no se comentan con el médico.
4. No se entienden las indicaciones médicas.
5. El paciente olvida tomar sus medicamentos o tomarlos adecuadamente.

Aumento de la adherencia al tratamiento médico: se estima que solamente un 44% de las hipertensiones diagnosticadas siguen un tratamiento médico y que tan sólo un 23% se encuentran efectivamente controladas.

Una de las posibles razones de tan pobres resultados es el incumplimiento de las prescripciones farmacológicas y de los consejos sobre los factores asociados. Por ello, una intervención enfocada al incremento de la adherencia al tratamiento médico está plenamente justificada en este campo.

Reducción de la medicación: en el caso de hipertensiones correctamente controladas con medicación, pero que o bien el control se ha establecido con dos o más familias de fármacos y/o el tratamiento farmacológico altera severamente el bienestar del paciente (Nazzaro, 1997), el objetivo de la intervención es reducir la dosis de un medicamento o eliminar uno cuando son varios los utilizados, manteniendo el control de la presión arterial.

En tales casos, el entrenamiento en biofeedback de temperatura periférica es el tipo de intervención que ha presentado mejores resultados en este campo (Buceta, Bueno, & Más, 2000).

Haciendo referencia a los tratamientos prescritos con fármacos, los pacientes son más cumplidores en terapias sencillas con una sola dosis diaria. La polifarmacia es un factor común a la baja adherencia. Otro factor es la frecuencia de la dosificación para cada fármaco: a mayor dosificación menor será la adherencia. Los pacientes que toman múltiples medicamentos, cada uno con un patrón diferente de dosificación, pueden confundirse y olvidar tomarlos.

La vía de administración también puede influir en la adhesión. Las formas orales tienen mayor adherencia que los medicamentos inhalados. Las actuaciones dirigidas a mejorar la adherencia a personas polimedizadas han de ser multidisciplinarias y coordinadas, contando con la participación de profesionales, pacientes y familias para conseguir mayor efectividad.

Las enfermeras son el pilar fundamental en todos los programas de apoyo al paciente polimedizados haciendo una valoración integral, comprobando dosis, frecuencia y pauta, averiguando el grado de información que tiene el paciente, explorando los efectos secundarios, realizando la conciliación de fármacos, reforzando la educación con información escrita, promoviendo informes de continuidad de cuidados, etc. (Marta M. Pisano González a, 2013).

Relacionados con el paciente

Edad:

Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, es sumamente necesario conocerla ya que a mayor edad existe un mayor riesgo de incumplimiento a las indicaciones y olvido de toma de tratamiento a la hora correcta (Larrea, 2004).

Sexo:

Diversos estudios registran una mejor adherencia al tratamiento en mujeres que en hombres y otros estudios registran datos diferentes. En un artículo titulado “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar” publicado el 21 de julio del 2019 el comportamiento de la variable en relación con el sexo coincide con una serie de artículos revisados en que predominan con mayor adherencia las pacientes del sexo femenino. La adherencia total fue de 40 % en los varones y 48,6 % en las mujeres. En un estudio realizado en Colombia (2015-2016) el 69,3 % fueron de ambos sexos (Eréndira Jazmín Martínez Fajardo, 2019).

Ocupación:

Muchos estudios relatan la importancia que tiene la relación de una buena adherencia con la ocupación es por ello que para conocerla se toma en cuenta el margen: adherencia parcial, adherencia absoluta y adherencia total ya que se debe conocer el ámbito de trabajo del paciente y las horas que se le dedican a esta tal como lo describe un artículo científico titulado “Therapeutic Adherence in Patients with Arterial Hypertension” con respecto a las categorías ocupacionales, las amas de casas presentaron un predominio en la adherencia parcial (75 %), seguido de la adherencia total (25 %). Los jubilados presentaron un predominio en la adherencia parcial (83,3 %), seguida de la adherencia total (16,7 %).

Al analizar los obreros, existió una prevalencia de la adherencia total (60 %). Por otra parte en los profesionales predominó la adherencia parcial (75 %), y como dato relevante ninguno se adhirió totalmente al tratamiento (Ahmed José Pomares Avalos, 2017)

El “estilo de vida” se basa normalmente en modelos de comportamiento largamente establecidos. Estos modelos se forjan durante la infancia y la adolescencia por la interacción de factores ambientales y genéticos, y se mantienen o se promueven por el entorno social en la edad adulta.

Las intervenciones se encaminan a modificar o reforzar comportamientos favorecedores del cumplimiento y a mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso. Se realizan a través de técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual. Podemos distinguir entre intervenciones directas e indirectas.

Los eventos que interfieren con la rutina diaria han tenido un impacto significativo en la adherencia. Existen muchos estudios que hacen referencia a diversos enfoques de tratamiento cognitivo conductual sobre enfermedades múltiples: EPOC, dolor crónico, asma, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y diabetes e hipertensión.

La entrevista motivacional, por ejemplo, es considerada una intervención indirecta, ya que no conduce a un cambio de comportamiento, pero influye positivamente y ha sido utilizada ampliamente con resultados de discreta mejoría. Desde un enfoque multidisciplinar destaca el papel del farmacéutico como agente de salud motivador de la adherencia a fármacos, actuando coordinadamente con el resto de los sanitarios (Pisano M. M., 2013).

“Otros de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: la comprensión y la aceptación de la enfermedad, la percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, la conciencia sobre los costos y los beneficios del tratamiento, la participación activa en el monitoreo y la toma de decisiones en relación con el tratamiento de la enfermedad, el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos 26 adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento” (Aragón, 2012).

Relacionados con la enfermedad

La Hipertensión Arterial por si sola constituye un factor de riesgo de enfermedades derivadas de la aterosclerosis. Desafortunadamente, cuando se descubre la hipertensión ya puede haber causado el daño arterial que inicia la aterosclerosis.

Esto es particularmente cierto si además de la hipertensión se agrega otros factores de riesgo como: el hábito de fumar, obesidad, la hipercolesterolemia, el sedentarismo, la diabetes y la edad avanzada. El riesgo se duplica por cada factor, por ejemplo, si el paciente es hombre (factor de riesgo mayor que el sexo femenino sobre todo antes de los 50), tiene más de 40 años, es fumador, obeso y además hipertenso, tendrá 32 veces más riesgo de padecer una enfermedad del sistema circulatorio. Si a todo esto se agrega colesterol elevado en sangre, el riesgo aumenta 64 veces, y aún más, si es diabético no controlado o resistente a la insulina, el riesgo se eleva 128 veces más (García Barreto, 2013).

Relacionados con el equipo sanitario

La adherencia deficiente a los tratamientos y/o recomendaciones sanitarias es un problema mundial. En los países desarrollados existe una media del 50% de incumplimiento a los tratamientos de enfermedades crónicas, si bien las cifras varían ampliamente según la enfermedad o el tratamiento estudiado.

En forma genérica, Sackett y Haynes en 1979 acuñó la “regla de los tercios” en la adherencia a la medicación crónica, en la que 1/3 de los pacientes toman regularmente la medicación, 1/3 algunas veces y 1/3 casi nunca. Según Rodríguez et al. afirma que no existe enfermedad, tipo de paciente o grupo demográfico que no se vea afectado, si bien los datos ofrecidos por los diferentes autores son muy dispares debido a la definición sobre lo que consideran incumplimiento y a los métodos de evaluación empleados.

Rodríguez et al. insisten en que los profesionales debemos considerar el incumplimiento como una de las primeras causas del fracaso terapéutico antes de realizar nuevas pruebas, o intensificar la prescripción de fármacos que incrementen los riesgos para el paciente y los costes económicos para los servicios sanitarios.

Intervenciones cognitivas Información/educación del paciente: educar al paciente es una actividad fundamental de las enfermeras. Comprende la educación individual y grupal, con apoyo audiovisual, verbal, información escrita, refuerzos telefónicos, por correo electrónico, en la consulta, en el domicilio y en la comunidad.

Si bien es necesario dotar de conocimientos a los pacientes para modificar hábitos de vida e informarles sobre sus tratamientos, esta estrategia no parece ser suficiente y su efecto disminuye con el tiempo. No hay evidencia científica de ninguna intervención educativa (aislada) que tuviera efectos pasado un año.

Se han realizado esfuerzos educativos al respecto en EPOC, educación para aumentar el autocontrol, alfabetización de la salud para pacientes, intervenciones basadas en refuerzos telefónicos, recordatorios en envases para ayudar a simplificar la terapia, intervenciones con refuerzos con ordenador y mediante informaciones por Internet con resultados poco significativos. Se recomienda asociar la intervención educativa con otras estrategias para aumentar el efecto que tiene en la adherencia.

La calidad de la comunicación con el paciente es un factor descrito como clave para la mejora de la adherencia y está altamente correlacionada con la adhesión terapéutica. Los hallazgos de los estudios de Zolnierek sugieren que se dediquen recursos y se refuercen las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios para ayudar a las personas a ser más adherentes. En España, a diferencia de otros países, es precisamente en la consulta enfermera donde se crea el clima para establecer esa relación terapéutica de calidad. Es fundamental realizar una escucha activa, considerar los miedos y los mitos existentes y potenciar la participación activa del paciente.

La comunicación terapéutica se entiende en este contexto como una ayuda al cambio, basándose en la educación para la salud y partiendo de la teoría de la motivación. Otros estudios sugieren que, cuando los pacientes toman decisiones compartidas con un profesional, son más propensos a continuar con esas opciones porque lo consideran personal significativo. (Pisano M. M., 2013).

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 (Morales, 2016).

Test de Morisky-Green-Levine

Este método, que está validado para diversas patologías crónicas, fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido, se ha utilizado en la valoración de la adherencia en diferentes enfermedades.

Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Además, presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento.

Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

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 la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea “no”, y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las cuatro preguntas de la misma forma: No/No/No/No.

La pregunta es: *¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada?* Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez en la validación de su test para la HTA. Los pacientes fueron considerados adherentes a la farmacoterapia cuando dieron la respuesta correcta a las cuatro preguntas y no adherentes si respondieron correctamente a tres o menos preguntas.

Este cuestionario se ha utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos y antirretrovirales para SIDA. También ha sido utilizado para demostrar la efectividad de diversos métodos desarrollados para incrementar la adherencia al tratamiento de la osteoporosis.

La escala de adherencia a la medicación de Morisky (MMAS) es el cuestionario corto mejor validado que ha sido evaluado en pacientes con hipertensión o diabetes y en los que toman crónicamente medicamentos cardiovasculares, tales como agentes hipolipemiantes e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (Maribel L. Limaylla, 2016).

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO:

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Es un estudio de Utilización de Medicamentos (EUM) descriptivo, observacional, enfoque cuantitativo, de corte transversal, retrospectivo

Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, institución caracterizada por la atención de asegurados por la Policía Nacional que consta con las especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Gineceo-Obstetricia, Pediatría, Ortopedia, etc.

En el área de Consulta externa por el servicio de Medicina Interna, la cual atiende en promedio unos 400 a 500 pacientes por semana, donde se trabaja de lunes a viernes de 7:00 am a 3:00pm y donde cuyo problemas más llamativo es Hipertensión Arterial, sin embargo el manejo aquí es conservador donde básicamente al paciente se cita mes a mes o una vez cada 3 meses, todo en dependencia de la evolución u tiempo de la enfermedad.

Período de Estudio

El período de estudio estuvo comprendido desde el mes de Julio 2019 - Febrero 2020

Universo

Está constituido por 152 pacientes que asistieron a consulta externa por el servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de Hipertensión Arterial durante el período en estudio.

Muestra

Se trabajó con el programa “OpenEpi” que es una calculadora web gratuita, cuyo resultado fue 110 pacientes con Hipertensión Arterial.

Inicio	Introducir datos	Resultados	Ejemplos	Ayuda
		Borrar Calcular		
Tamaño muestral para % de frecuencia en una población (muestras aleatorias)				
Tamaño de la población	152	Si es grande, déjela en un millón		
Frecuencia (p) anticipada %	50	Escriba entre 0 y 99,99. Si no lo conoce, utilice 50%		
Límites de confianza como +/- porcentaje de 100	5	Precisión absoluta %		
Efecto de diseño (para estudios con muestras complejas—EDFF)	1.0	1.0 para muestras aleatorias		

Inicio	Introducir datos	Resultados	Ejemplos	Ayuda
Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población				
Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N): 152				
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 50% +/- 5				
Límites de confianza como % de 100(absolute +/- %)(d): 5%				
Efecto de diseño (para encuestas en grupo—EDFF): 1				
Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza				
Intervalo Confianza (%)		Tamaño de la muestra		
95%		110		
80%		80		
90%		98		
97%		116		
99%		124		
99.9%		134		
99.99%		139		
Ecuación				
Tamaño de la muestra $n = [EDFF \cdot N \cdot p(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2}) \cdot (N-1) + p(1-p)]$				
Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abierto SSPropor				
Imprimir desde el navegador con ctrl-P				
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa				

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo que se utilizó es no probabilístico, ya que es necesario obtener información específica, de igual manera será intencional o de conveniencia. Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. Será por conveniencia, ya que se utilizará con el fin de seleccionar directa o intencionalmente a los individuos de la población, así se seleccionará a aquellos pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial que se encuentre en la edad indicada para el estudio (Sampieri, 2014).

Unidad de análisis

Estuvo formada por los pacientes que asisten a la consulta externa con diagnóstico de Hipertensión Arterial a través de sus expedientes clínicos.

Fuente de información

Se utilizó fuente primaria (contacto directo con el paciente), se obtuvo un contacto directo con el paciente, realizando una breve interrogación clínica basada en su tratamiento y hábitos diarios que pueden estar implicados en la correcta administración y una fuente secundaria ya que se obtuvo información de los expedientes de los pacientes seleccionados.

Técnicas de recolección de la información

La técnica que se empleó fue la revisión documental de expediente mediante una ficha de recolección de la información ya que la revisión documental permite hacerse una idea del desarrollo y las características de los procesos y también de disponer de información que confirme o haga dudar de lo que el grupo entrevistado (pacientes) ha mencionado, además se utilizará la técnica de entrevista que constará del llenado de una ficha haciendo preguntas directas al paciente.

Instrumento de recolección de la información

Se elaboró una encuesta sobre **Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo** una ficha en el cual estuvo conformada por 5 secciones, donde 4 de éstas son ítems cerrados y un ítem de preguntas dicotómicas donde se pone en práctica preguntas abiertas acorde al **Test de Morisky-Green**.

El instrumento de recolección de datos, tiene las siguientes secciones:

- I. Datos sociodemográficos
- II. Factores propios del paciente
- III. Factores propios del tratamiento
- IV. Co-morbilidades
- V. Test de Morisky-Green.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de Inclusión

- Pacientes que acudieron a Consulta Externa, Hospital Carlos Roberto Huembés, durante el período de estudio.
- Pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial en cualquier estadio de la enfermedad.
- Edad de 18 años a más.
- Pacientes con comorbilidades compensadas al momento del estudio.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que acudieron a consulta externa por primera vez durante el periodo de estudio.
- Pacientes Hipertensos que hayan sido atendidos en el momento de la encuesta en otras áreas/salas del Hospital en estudio.
- Pacientes que tengan alguna alteración o trastorno psiquiátrico.
- Pacientes cuyo expediente no esté disponible al momento de la encuesta.
- Paciente que no brinden su consentimiento informado a participar del estudio.

Procedimiento de recolección de la información.

La idea de realizar el estudio investigativo surgió cuando los autores del mismo estuvieron rotando en Consulta Externa del Servicio de Medicina Interna en el Hospital Carlos Roberto Huembés donde se observó que la mayoría de los pacientes que acudían a este servicio son hipertensos y muchos de ellos llegaban a consulta descompensados, por lo que surge como interrogante ¿Cuál podría ser el determinante que influyen en este suceso? y discutiéndolo en el equipo de investigación, se pensó que uno de los grandes factores podría ser la Adherencia al tratamiento antihipertensivo.

A partir de ahí se comenzó a indagar sobre si existían estudios en el Hospital Carlos Roberto Huembés referentes a la Adherencia del medicamento en estos pacientes y como no se encontró evidencia de investigaciones previas acerca de este tema.

La idea en los autores marcó la importancia y necesidad de poder realizar un estudio que a opinión de los autores, es de gran relevancia, se buscó a un tutor metodológico a quien se le presentó la propuesta del tema. Viendo que el tutor apoyó e impulsó la realización del estudio, se prosiguió a la formalización de la propuesta de tema, para la cual se construyó primeramente una breve introducción del tema, la justificación, el planteamiento del problema y los objetivos.

La validación del instrumento de recolección de información, se realizó un pilotaje realizando 10 encuestas a pacientes con preguntas abiertas y cerradas, posterior expertos y tutor del trabajo aprobaron la validez y utilidad del instrumento para ser aplicado a la población en estudio

Una vez validado este proceso se continuó elaborando con detalle los antecedentes, buscando la mayor cantidad de información que pudiese aportar a las variables que se estudiaron. Se justificó mejor el para qué del estudio, sus beneficios y aportes que se dejaron a la ciencia. Se elaboró un planteamiento del problema con bases estadísticas nacionales, se definieron mejor los objetivos, se comienzo a redactar el marco teórico tratando de que este diera respuesta a las variables y necesidades establecidas en la investigación.

Luego se elaboró el instrumento el cual fue validado por el tutor, posteriormente se realizaron la validación de campo en diez pacientes diabéticos que acudieron a Consulta Externa de Medicina Interna del Hospital Carlos Roberto Huembés, sustituyendo los términos de la Hipertensión Arterial por los de la Diabetes lo cual tuvo como objetivo descubrir fallas en el instrumento y así poder corregirlo.

Una vez validado el instrumento y en los anexos teniendo el presupuesto teórico que se utilizaron para terminar el estudio, así como el cronograma de trabajo, el instrumento y el consentimiento informado que se aplicó a los participantes del estudio, se procedió a la inscripción del protocolo de investigación en decanatura.

Una vez revisado y retroalimentado se aplicaron las correcciones pertinentes, se realizó nuevamente una carta al Subdirector Docente del Hospital en estudio para que autorizara el acceso a los expedientes clínicos.

Los autores en el mes de marzo en la primera semana del 2 al 6 en el horario de las 7 a las 11 de la mañana procedieron a ir a la Consulta Externa para captar a los pacientes en persona donde se les explico el consentimiento informado y el llenado del instrumento cuya acción se realizó en presencia de un Doctor docente, de los doctores que se encontraban dando consulta al grupo seleccionado para la muestra y del equipo de enfermería.

Primeramente, se comenzó con el llenado del consentimiento informado, luego a la aplicación de la encuesta a los participantes. El tipo de encuesta fue la semiestructurada ya que contiene preguntas de tipo abierta y cerrada que permitieron al paciente tener mayor oportunidad de respuesta. Por último, se revisó los expedientes clínicos. Mientras se recogió la información todas las variables que eran de carácter numérico, se tomó el valor real de dicha variable para que se pudiera realizar posteriormente el análisis de tendencia central.

Se hicieron alrededor de 22 encuestas por día, para el día viernes completar la muestra de 110 pacientes. Una vez terminado de recopilar la información las fichas se acomodaron de acuerdo al código que se estableció para trabajar de una manera ordenada, se verifico más de una vez que las fichas estuviesen correctamente llenadas y no faltaran datos, de haber sido así, se hubiera procedido a buscar la información en el expediente o de alguna manera contactar al paciente.

Plan de análisis

Una vez realizado la recolección de los datos se prosiguió al análisis para el cual, lo primero es que se seleccionó el programa estadístico SPSS 25.0 versión para Windows en el cual se comienza incorporando las variables de manera individual y siguiendo el orden de los objetivos específicos.

Una vez terminada la base de datos se prosiguió a realizar limpieza, depuración y análisis de los datos ya incorporado en el programa estadístico, una vez realizado estos tres procesos se realizaron las tablas sencillas en forma de frecuencia y porcentaje de las variables de interés. Para todas las tablas tanto independientes como de cruce de variables se utilizó un intervalo de confianza de 95%, por lo tanto para el total de columnas o filas de porcentaje será un valor de 99%.

Una vez realizadas las tablas sencillas y siguiendo el orden de los objetivos específicos, se realizaron las tablas de cruce de variables, cruces de variable de importancia científica en frecuencia y porcentaje. Una vez realizadas estos cruces de variable, se utilizaron para las variables numéricas el cálculo de la media (se encuentra al sumar todos los números en el conjunto de datos y luego al dividir entre el número de valores en el conjunto), mediana (es el número central de un grupo de números ordenados por tamaño) y moda (es el valor con mayor frecuencia en una de las distribuciones de datos) (México, 2018).

Una vez teniendo las tablas realizadas se procedió a copiar del programa SPSS al programa Word 2013, donde se mejora la presentación de las tablas y se dejan intactos el resultado numérico para valoración de la investigación y así mismo se realiza el título y la fuente correspondiente tabla a tabla, siguiendo siempre el orden de los objetivos específicos.

Una vez realizada las tablas se realizaron los gráficos, los gráficos que se utilizan son de dos tipos, en el caso de que las variables que se está estudiando no tenga más de 5 alternativas o tenga como máximo 5, se utilizarán gráficos de porcentaje, de tipo barra o pastel con codificación de colores en 3D.

En cambio, si la variable tiene más de 5 alternativas se procederán a realizar gráficos de porcentajes en barras de colores en 3D, de igual manera con codificación de colores tomando en cuenta el siguiente orden:

- Primer valor más alto: Rojo
- Segundo valor más alto: Verde
- Tercer valor más alto: Celeste
- Cuarto valor más alto: Amarillo
- Quinto valor más alto: Gris
- Sexto valor más alto: Morado

Una vez realizada las gráficas, se interponen con su correspondiente tabla e igualmente a las gráficas se le mejora su presentación colocando su título y su fuente correspondiente. Una vez colocadas las tablas y las gráficas debidamente en el programa Word 2013, se prosigue a comentar los resultados de ellos en forma descriptiva y con porcentajes.

Una vez comentados los resultados, se continuó con el análisis de estos en contraste con los antecedentes, marco teórico u otra fuente bibliográfica que pueda tenerse en el documento mismo. Es importante hacer la mención de que se analiza la media, mediana y moda de las variables: edad, horas de ejercicio, costo global del tratamiento que utiliza de igual manera la interpretación del test de Morisky el cual mide comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos, con 4 preguntas cuyas alternativas de respuestas son SÍ/NO (Olatz Barrueta, Lo que debes saber sobre la Adherencia al tratamiento, 2017).

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

Para fines científicos de la investigación se considera colocar un porcentaje de valor específico para cada pregunta del test de la siguiente manera:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? --- 20%
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? ----- 30%
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?----- 20%
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? ----- 20%

Se le otorga un valor igualitario de 20% a 3 de las preguntas (1,3 y 4) y un valor de 30% a una de ellas ya que la segunda pregunta ayuda a conocer si el paciente toma su medicamento a la hora establecida, claramente lograr un horario ideal donde no haya olvido ni complicaciones para su administración es un hallazgo relevante que ayudó a la realización de un mejor resultado y mejor conclusión.

Una vez realizado el correcto análisis de las variables de acuerdo a objetivos específicos, se procedió a elaborar las conclusiones con posibles respuestas o soluciones a actores claves como es a la unidad de salud como tal, a los médicos, a estudiantes tomando en cuenta los antecedentes e información que se agregó en todo el documento, teniendo presente que estas también sean recomendaciones alcanzables y posibles.

Una vez alcanzado el análisis de la información y terminado de realizar el informe final de tesis, se prosiguió a inscribir a decanatura del mismo modo que se inscribió el tema y protocolo. Una vez se dio respuesta, se hizo la retroalimentación pertinente y ya dado el visto bueno, se procedió a la espera de fecha la defensa monográfica que se rige con parámetros específicos.

Listado de variables por objetivos específicos

N°	Objetivos específicos	Variables
1	Determinar las características sociodemográficas de los pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad ➤ Sexo ➤ Escolaridad ➤ Ocupación ➤ Estado Civil ➤ Procedencia ➤ Religión
2	Identificar los factores propios del paciente que influyen en la adherencia del tratamiento antihipertensivo.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Antecedentes Personales Patológicos (APP). ➤ Antecedentes Personales No Patológicos (APNP). ➤ Antecedentes Patológicos Familiares (APF).
3	Reconocer los factores relacionados al tratamiento farmacológico que influyen en su adherencia.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre del medicamento antihipertensivo. ➤ Fármaco utilizado ➤ Laboratorio farmacéutico del tratamiento antihipertensivo. ➤ Fecha de caducidad del tratamiento. ➤ Tipo de Terapia antihipertensiva. ➤ Indicaciones del tratamiento antihipertensivo ➤ Reacciones Adversas Medicamentosas del tratamiento antihipertensivo. ➤ Consumo de tratamiento antihipertensivo de manera conjunta con otro fármaco. ➤ Percepción por el propio paciente de su Adherencia al Tratamiento

Plan de tabulación y análisis

Cruce de Variables.

N°	Cruce de variables	Importancia
1	Edad-Tipo de terapia	Permite evidenciar cuantitativamente la cantidad de fármacos que utiliza a razón de la edad ya que se necesita conocer
2	Escolaridad – Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo	Conocer seguimiento correcto del tratamiento en dependencia del nivel de educación escolar.
3	Tipo de tratamiento antihipertensivo – Reacciones adversas medicamentosas del tratamiento antihipertensivo	Permite conocer cuáles van a ser las reacciones adversas medicamentosas según el tipo de tratamiento antihipertensivo (según familia farmacológica) que tome el paciente
4	Fumado – Tipo de medicamento antihipertensivo	Acceso a conocer la relación del fármaco antihipertensivo con respecto al hábito tóxico de fumar
5	Alcoholismo – Reacciones adversas medicamentosas del tratamiento antihipertensivo	Relación que existe entre el hábito tóxico del alcoholismo que puede causar que el paciente con tratamiento farmacológico antihipertensivo tenga reacciones adversas medicamentosas
6	Número de fármacos – Percepción por el propio paciente de su adherencia al tratamiento	Conocer el número de fármacos antihipertensivos que toma el paciente según su propio criterio y percepción acerca de la efectividad de cada intervalo de dosis

N°	Cruce de variables	Importancia
7	Percepción del propio paciente de su adherencia al Tratamiento antihipertensivo - Ejercicio que practica el paciente	Permite conocer que tan relevante es la práctica de ejercicio en la percepción de la correcta adherencia al tratamiento antihipertensivo.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

N°	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA/VALOR
1	Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha en que se realiza el estudio.	Años	Adolescencia media/tardía (15-19 años) Juventud plena (20-24 años) Joven (25-34 años) Maduro (35-64 años) Mayor (≥ 65 años)
2	Sexo	Características fisiológicas y anatómicas que se adquieren desde el nacimiento y que son evidentes al momento de la realización del estudio.	Características fenotípicas	Femenino Masculino
3	Escolaridad	Nivel académico del sujeto de estudio al momento de la recolección de la información.	Nivel académico	Analfabeta Preescolar Primaria Secundaria Técnico Universidad
4	Ocupación	Actividad o profesión en la que se desempeña el sujeto muestreado al momento del estudio	Actividad laboral	Obrero Ama de casa Médico Policía Otros

N°	Variable	Definición conceptual	Indicador	Escala/Valor
5	Estado Civil	Situación de hecho conyugal actual de la persona en relación con las leyes actuales del país	Condición conyugal	Soltero Casado Unión de hecho estable Divorciado Viudo
6	Procedencia	Caracterización del domicilio del paciente al momento del estudio, su pertenencia al área rural o urbana.	Lugar de procedencia	Rural Urbana
7	Religión	Conjunto de creencias, dogmas o prácticas relacionadas con la divinidad.	Doctrina	Católico Evangélico Testigo de Jehová Otros
8	Antecedentes Personales Patológicos	Son la recopilación de la información acerca de las enfermedades o patologías que ha presentado el paciente a lo largo de su vida	Patologías endocrinas:	Diabetes Mellitus I. Diabetes Mellitus II. Síndrome Metabólico. Hipotiroidismo Otras Ninguna
			Patologías degenerativas:	Artritis Reumatoide. Osteoporosis. Parkinson. Cáncer Otras Ninguna
			Patologías Psiquiátricas:	Alzheimer Trastornos de Ansiedad. Otras Ninguna

N°	Variable	Definición conceptual	Indicador	Escala/Valor
9	Antecedentes Personales No Patológicos	Se define como los comportamientos que tiene el paciente como costumbre realizar todos los días.	Adicción	Drogadicción Fumado Alcoholismo
			Realización de ejercicios	Si. No.
			Tipo de ejercicio	Trote. Caminata. Ejercicio Aeróbico. Ciclismo. Otros No hace
			Tiempo de ejercicio	<30 minutos 30 minutos-1 hora 1-2 horas
			Tipo de dieta	Variada. Preferiblemente Hipergrasa. Preferiblemente Hiperproteíca.
10	Antecedentes Patológicos Familiares	Se define como las enfermedades que han estado presentes en la familia en las generaciones anteriores del paciente que pueden llegar a ser hereditarias.		Trastornos mentales. Cáncer. Tumores. Hipertensión Arterial. Diabetes Mellitus Artritis Reumatoide Artrosis Enfermedades Hepáticas Enfermedades Renales Otras

N°	Variable	Definición conceptual	Indicador	Escala /Valor
11	Nombre del medicamento que utiliza	Fármaco que utiliza el paciente independientemente de otras familias farmacológicas.		Antidiabético Antiinflamatorio Antiagregante plaquetario Otro Ninguno
12	Fármaco empleado	Tipo de fármaco que utiliza el paciente según familia farmacológica		Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina Beta Bloqueante Bloqueador de canales de Calcio Antagonistas de los Receptores de Angiotensina 2 Diuréticos tiazidicos Otros
13	Tipo de terapia antihipertensiva	Fármacos antihipertensivos indicados por el médico ya sea en forma de Monoterapia (un medicamento) o Terapia Combinada (2 o más medicamentos) en la última visita a consulta externa de medicina interna del HCRH.	Número de medicamentos	Monoterapia Terapia Combinada
14	Laboratorio farmacéutico del tratamiento antihipertensivo	Es todo aquel sitio que se dedique a la realización y venta de medicamentos antihipertensivos	Nombre del laboratorio que distribuye el medicamento antihipertensivo	Laboratorio Ramos Laboratorio Caplin Point Laboratorio Ceguel Laboratorio Bayer Otros. No revisa

N°	Variable	Definición conceptual	Indicador	Escala /Valor
15	Fecha de caducidad del tratamiento hipertensivo	Se refiere al día, mes y año donde el medicamento pierde sus propiedades	Meses	Menos de un mes 1-3 meses 4-6 meses 7-9 meses 10-12 meses No lo revisa
16	Indicaciones del tratamiento antihipertensivo	Prescripciones médicas que debe seguir un paciente para tratar su enfermedad		Medicamento correcto Hora correcta Dosis correcta Paciente correcto Vía correcta
17	Reacciones adversas medicamentosas	Todo efecto perjudicial o indeseado a partir de la ingesta de fármacos referido por el paciente		Nauseas Vómitos Estreñimiento Diarrea Dolor de cabeza Tos Dificultad para respirar Dolor abdominal Otros Ninguno
18	Consumo del tratamiento antihipertensivo de manera conjunta con otro fármaco	Fármacos que ingiere el paciente de manera conjunta a su tratamiento antihipertensivo		Antidiabético Antiinflamatorio Otro Ninguno

N°	Variable	Definición conceptual	Indicador	Valor/ Escala
19	Percepción del propio paciente de su adherencia al Tratamiento antihipertensivo	Consideración del propio paciente si percibe que se adhiere correctamente al tratamiento antihipertensivo		Muy Buena Buena Mala Muy mala

Consideraciones éticas

Esta investigación médica, tiene como pilares fundamentales el proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación.

La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación recae siempre en el investigador y nunca en los participantes, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Es derecho de cada persona conocer con que finalidad el investigador requiere de su información personal tal como la plantea **La Constitución Política de Nicaragua en su Arto. 26 sección 1, 2 y 3: Toda persona tiene derecho: 1) A su vida privada y a la de su familia. 2) Al respeto de su honra y reputación. 3) A conocer toda información que sobre el a se haya registrado en las entidades de naturaleza privada y pública, así como el derecho de saber por qué y con qué finalidad se tiene esa información** (JUSTIA Nicaragua, 2019).

Es decisión de cada paciente si quiere ser partícipe de la investigación, además de que información desea que sea omitida y una vez siendo parte del estudio está en todo el derecho de abstenerse de dar su consentimiento para utilizar la información brindada a los investigadores.

En las fichas de expedientes clínicos que brindaron la información requerida, no se incluirá el número del expediente clínico a fin de respetar la identidad de la población en estudio, en cambio, se elaborará un código por cada ficha en donde solo los miembros del grupo de investigación tendrán acceso a la información (expediente), además, no se realizará crítica o juicio alguno ante los procedimientos elaborados por el hospital en cada uno de los expedientes, se mantendrá confidencialidad de los datos obtenidos y no transgredirán los principios básicos de la bioética: justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía. La información obtenida será única y exclusivamente para fines de la investigación.

CAPÍTULO III.DESARROLLO:

VIII. Resultados

Posterior a la recolección y procesamiento de datos, se describen los siguientes resultados.

En cuanto a las Características Sociodemográficas, en la Edad de los pacientes el rango que tuvo la mayor frecuencia fue de 41-45 años con 20(18.2%), seguida de 60 años 17(15.4%), los rangos de 36-40 años y 51-55 años obtuvieron la misma frecuencia respectivamente 16(14.6%), al igual que de 31- 35 y 46-50 años se encontraron 13(11.8%) para ambos grupos etarios, en el grupo de 26-30 años 11(10%), seguido del grupo de 18-25 años 4(3.6%) (**Ver Tabla N°1.1**).

El Sexo que predominó fue el masculino 59(53.6%), mientras que el sexo femenino con 51(46.4%) (**Ver Tabla N°1.2**).

En relación al Nivel Académico se observó que predominó el nivel secundaria 41(37.3%) seguido por el nivel universitario 34(30.9%), carreras técnicas 23(20.9%), mientras que en educación primaria 9(8.2%) , nivel preescolar 1(0.9%) y analfabetas 2(1.8%)de la población en estudio (**Ver Tabla N°1.3**).

Con respecto a la Ocupación del paciente la opción con mayor frecuencia fue la opción “otros” con 45(40.9%) donde se destacaron ocupaciones como guardas de seguridad, docentes, conductores, entre otros, como segunda ocupación predominante fue la de ama de casa con 22(20%), policía con 20(18.2%), médico 12(10.9%) y obrero el 11(10%) (**Ver Tabla N°1.4**).

En lo concerniente al Estado Civil de los pacientes en su mayoría eran casados 76(69.1%), seguido de solteros 28(25.5%), en unión de hecho estable 4(3.6%) y divorciados 2(1.8%) (**Ver Tabla N°1.5**).

En relación a la Procedencia predominó la de origen urbana 97(88.2%), mientras que la rural 13(11.8%). (**Ver Tabla N°1.6**).

Con respecto a la Religión predominó la evangélica 55(50%), seguido por la religión católica 51(46.5%), las opciones testigos de Jehová y otros como la religión mormona obtuvieron 2(1.8%) cada una (**Ver Tabla N°1.7**).

En relación al “Ejercicio que practica el paciente” encontramos que la mayoría de los pacientes eran sedentarios 74(67.2%), 13(11.8%), seguido del grupo que realizan caminatas, el ejercicio aeróbico y el trote 7(6.4%) para cada una, ciclismo 6(5.5%) y otros como practicar algunos deportes 3(2.7%) (**Ver Tabla N°2**).

En cuanto al tiempo de ejercicio que realiza los encuestados menos de 30 minutos 46(56.1%), seguido del grupo que dedica de una y dos horas 12(14.6%) cada una, 30 minutos 5(6.1%), 35 minutos 1(1.2%), los que dedican a hacer ejercicios de 40 y 45 minutos 3(3.7%) para cada tiempo (**Ver Tabla N°3**).

Con respecto a los Hábitos dietéticos del paciente, la dieta que más predominó fue la variada con 94(85.5%), seguido de la hipergrasa 1(0.9%), hiperproteica 9(8.1%) e hipocalórica 6(5.5%) (**Ver Tabla N°4**).

En relación a los hábitos adictivos, tabaquismo 28(56.0%), alcoholismo 21(42.0%) y en menor incidencia drogadicción 1(2.0%) (**Ver Tabla N°7**).

En lo concerniente a los Antecedentes Patológicos Familiares se encontró que la mayoría presentaban Hipertensión Arterial 97(88.2%), Diabetes Mellitus 10(9.1%), Trastornos mentales 2(1.8%), 1(0.9%) Tumores (**Ver Tabla N°6**).

En relación a los Antecedentes Patológicos Personales se describen 2 tipos de grupos de patologías:

En las patologías endocrinas se encontró un mayor porcentaje y frecuencia de pacientes que tienen Diabetes Mellitus 2 con 25(22.7%) seguido por otras patologías 7(6.4%), Síndrome Metabólico 5(4.5%), Diabetes Mellitus 1 con 2(1.8%), Hipotiroidismo 1(0.9%) y sin antecedentes de patologías endocrinas 70(63.7%) (**Ver Tabla N°7**).

Con respecto a las patologías degenerativas se encontró que predominó las que tenían otras enfermedades 56(50.9%), seguido de Osteoporosis 14(12.7%), Artritis Reumatoide 23(20.9%), síndrome de Parkinson 13(11.9%), y cáncer un menor porcentaje y frecuencia en Cáncer 2(11.11%) (**Ver Tabla N°7.2**).

En relación al grupo Farmacológico de Antihipertensivos más usados fueron los Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II 73 (66.4%), seguido de los Inhibidores de la Enzima convertidora de Angiotensina 14(12.7%), Beta bloqueantes 12 (10.9%), Bloqueadores de los canales de calcio 8(7.3%) y Diuréticos Tiazidicos 3(2.7%) (**Ver Tabla N°8**).

Con respecto al tipo de terapia antihipertensiva en sus dos opciones la que más predominó fue la monoterapia 84 (76.4%) y la terapia combinada 26(23.6%). (**Ver Tabla N°8.1**).

En lo concerniente al Laboratorio Farmacéutico del tratamiento antihipertensivo, se encontró que Bayer 44(40.0%), Ramos 34(30.9%), seguido de Caplin point 13(11.8%), Ceguel 11(10.0%), la y otros 8(7.3%) (**Ver Tabla N°9**).

En relación a la Fecha de caducidad de los fármacos antihipertensivos de 4-6 meses 52(47.2%), de 7-9 meses 38(34.6%), y de 1-3 meses 20(18.2%) (**Ver Tabla N°9.2**).

De acuerdo a las reacciones Adversas Medicamentosas presentas por el uso de fármacos antihipertensivos fueron Dolor abdominal 23(20.9%), Tos 19(17.3%), Nauseas 18(16.4%), Diarrea 16(14.5%), Estreñimiento y Dolor de cabeza 4(12.7%) respectivamente cada una, Vómitos 3 (2.7%), Dificultad para respirar 2(1.8%) y Otros 1(0.9%) (**Ver Tabla N°10**).

Con respecto a la Percepción propia del paciente de su Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo el mayor porcentaje lo ocupo la opción Muy buena 55(50.0%), Buena 30(27.3%), Mala 19(17.3%) y Muy mala 6 (5.4%) (**Ver Tabla N°10.2**).

En la variable de las Indicaciones del tratamiento antihipertensivo, datos que se obtuvieron mediante el expediente clínico de cada paciente con ayuda de los 5 exactos para la indicación del tratamiento, el 100% para cada opción. Paciente correcto, Medicamento correcto, Dosis correcta, Hora correcta y Vía correcta (**Ver Tabla N°11**).

En el Test de Morisky Green para la Adherencia al tratamiento farmacológico que consiste en 4 preguntas donde las respuestas son SI o No. El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No. El porcentaje correspondiente se muestra a continuación:

¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?: SI 67 (60.9%), NO 43(39.1%),

¿No toma los medicamentos a las horas indicadas? SI 65 (59%), NO 45 (41%)

Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? SI: 43 (39%) NO: 67 (60.9%)

Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? SI: 46 (41.8%) NO: 64 (58.18%)

(**Ver Tabla N°12**).

Posteriormente, se describen los resultados del cruce de variables:

En relación de la variable de Edad con la de Tipo de terapia antihipertensiva se observó que el total de los 110 pacientes del estudio, 84(76.4%) de ellos tiene monoterapia y 26(23.6%) terapia combinada, siendo las edades entre 41 a 45 años 14(16.7%) y de los 51 a 55 años 14(16.7%) los de predominio para monoterapia y las edades de 41-45 año 6(23.0%) con los pacientes de 56 años a más 6(23.0%) los de predominio para terapia combinada (**Ver Tabla N°13**).

Fármaco antihipertensivo empleado y los Hábitos adictivos tal como el fumado de los que usan fármacos de la familia IECA el 3(10.7%) refirió fumar, los que utilizan Betabloqueante 6(21.4%) de ellos fuman, el 5(17.9%) de los que usan Bloqueadores de canales de Calcio contestaron que si fuman, de la familia ARA-II el 13(46.4%) tiene este hábito adictivo. De los Diuréticos tiazidicos 1(3.6%) fuma (**Ver Tabla N°14**).

La relación entre la variable de Reacciones Adversas Medicamentosas y los Hábitos adictivos (alcoholismo) se explica lo siguiente:

- Náuseas: 2 (9.5%) no toman alcohol
- Vómitos: 2(9.5%) de los que presentan esta RAM si toman alcohol
- Estreñimiento: 1(4.7%) si toman alcohol
- Diarrea: 6(28.6%) si toman alcohol
- Dolor de cabeza: 1(4.7%) si toman alcohol
- Tos: 5(23.8%) si toman alcohol
- Dificultad para respirar: 1(4.7) si toman alcohol
- Dolor abdominal: 3(14.9%) si toman alcohol

(**Ver Tabla N°15**).

La relación entre Fármaco antihipertensivo empleado y Reacciones Adversas se explican a continuación:

- **Náuseas:** El porcentaje que aparece refleja cuantos de los pacientes que usan estas familias farmacológicas presentan estas RAM. IECA 1(14.3%), Bloqueadores de los canales de calcio 1(9.1%) ARA II 6(18.2%).

- **Vomito:** ARA 3(9.0%).
- **Estreñimiento:** Beta bloqueante 1(8.3%), Bloqueadores de los canales de calcio 2(18.1%) ARA II 1(3.0%).
- **Diarrea:** IECA 3(42.8%), ARA II 2(6.0%), Diuréticos tiazidicos 1(2.2%).
- **Dolor de cabeza:** Beta bloqueante 1(8.3%), Bloqueadores de los canales de calcio 1(9.1%) ARA II 2(6.0%).
- **Tos:** IECA 1(14.3%) Beta bloqueante 2(16.7%), ARA II 5(15.2%), Diuréticos tiazidicos 1(2.2%).
- **Dificultad para respirar:** IECA 1(14.3%), ARA II 1(3.0%),
- **Dolor abdominal:** IECA 1(14.3%) Beta bloqueante 1(8.3%), ARA II 8(24.2%).
- **Ninguna:** Beta bloqueante 7(58.3%), Bloqueadores de los canales de calcio 7(63.7%) ARA II 4(12.1%), Diuréticos tiazidicos 44(95.6%), otros 1(100.0%).
- **Otra RAM:** ARA II 1(3.0%). **(Ver Tabla N°16).**

Tipo de terapia antihipertensiva con Percepción del propio paciente de su adherencia al tratamiento antihipertensivo. De los pacientes que dijeron que su adherencia al tratamiento es muy buena 43(51.2%) tienen monoterapia y 12(46.2%) terapia combinada. Para los que piensan que su adherencia es buena, el 21(25.0%) monoterapia y 9(34.7%) terapia combinada. Mala adherencia, 16(19.0%) monoterapia, 3(11.5%) es terapia combinada. Muy mala adherencia, 4(4.8%) monoterapia y 2(7.6%) terapia combinada **(Ver Tabla N°17).**

IX. Análisis de los resultados.

Posterior al procesamiento de datos, y a la descripción de los resultados obtenidos, se procedió a realizar el análisis de los mismos, encontrándose lo siguiente:

En el caso de las variables sociodemográficas, la mayor parte de los pacientes encuestados están dentro de los 45 años hasta los 75 años de edad, cuyo dato coincide con los resultados de los antecedentes internacionales y nacionales plasmados en este mismo estudio. Planteándose que a mayor edad y debido a los procesos fisiológicos y biológicos que va experimentando cada ser humano, el cuerpo se va haciendo resistente e intolerante en muchas cosas, pasa lo mismo con la Adherencia a los tratamientos a causa de estos cambios hay una menor posibilidad de que la Adherencia se de en su totalidad y que al incrementarse la edad existe mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas.

En el sexo un poco más de la mitad fueron hombres. Un tercio de los pacientes llegaron hasta el nivel secundario de educación. Este dato permite inferir que la población en estudio en su mayoría es de bajo nivel socioeconómico y educativo, sabiendo que las personas que estudian una carrera universitaria tienen mayor oportunidad de conseguir o de optar a un trabajo donde la remuneración sea mejor.

Las autoras Marlín, Solórzano y colaboradores del estudio analítico con el tema de **“Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Hipertensión Arterial, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Enero- Mayo 2015”**, obtuvieron como resultado que el 60% de los pacientes eran mujeres, la edad promedio $61 \pm 13,93$ años, se encontró que la adherencia al tratamiento antihipertensivo fue del 35% y el control de la presión arterial fue de 41%, con menor adherencia al tratamiento en las mujeres con un 44,55%, el 72,70% indicó al olvido del tratamiento como la causa más frecuente de no adherencia. Al evaluar los grados de riesgo se encontró que 16,4% estaba en riesgo alto y no podía responder con comportamientos de adherencia (Marlín Y, 2015).

A pesar de que las personas que solo estudiaron la secundaria fue la mayor parte, similar fue el de la universidad, y los que estudiaron una carrera técnica lo cual en los últimos años ha ido en incremento en nuestro país ya que comparada a las carreras universitarias su duración es menor, de los 110 pacientes de la encuesta 9 de ellos únicamente concluyeron la primaria, 1 fue solo a preescolar y 2 de la población en estudio son analfabetas. Estos 3 últimos datos son de alarma ya que la OMS considera que los niveles bajos de escolaridad no contribuyen a una buena adherencia al tratamiento.

Los pacientes que apenas sabían leer o no lograron siquiera terminar su primaria, tienen menos conocimientos en cuanto al cuidado de su salud, de su enfermedad y de las medidas, tanto farmacológicas como no farmacológicas para un adecuado control de sus valores de presión arterial. Quien estudió menos, tiene menos probabilidad de informarse sobre la importancia de cuidar su salud.

En relación con la ocupación los pacientes mayormente marcaron la respuesta otros que se refiere a otras ocupaciones o situación laboral que no aparecen plasmados en la encuesta. Las ocupaciones más sobresalientes fueron guarda de seguridad, docente, conductor, entre otros, como segunda ocupación predominante fue la de ama de casa 22 mujeres marcaron esta opción, 20 policías, 12 médicos y 11 obreros.

La importancia de la ocupación del paciente como factor influyente en su adherencia del tratamiento antihipertensivo radica en cuanto tiempo le dedica el paciente a su salud, a cumplir con lo prescrito por el médico, a tomar su medicamento en tiempo y forma. Ya que las antes ocupaciones mencionadas traen consigo el ya conocido estrés laboral lo que hace que el paciente descuide su salud y muchos de ellos cumplan con jornadas de trabajos largas que no les permita tener tiempo libre dentro de estas horas laborales siendo así que el paciente se le olvide hasta tomar su medicamento.

A su vez la ocupación depende mucho con el nivel de escolaridad como ya se comentaba anteriormente, también se hace énfasis en esto porque varios de los pacientes encuestados invierten dinero en su tratamiento, según la ocupación así va a ser el salario del empleado, así mismo será el cuanto el invierte en su tratamiento para la HTA.

En el estado civil son dos tercios de la población en estudio dijeron estar casados siendo estos los que tienen mayor compromiso económico, ya que algunos de ellos son los únicos proveedores de sus casas al igual que los en unión de hecho estable que fue en menor número.

La población restante es soltera por lo que se les hace un poco más fácil destinar presupuesto para sus medicamentos o son divorciados, sin embargo, algunos de ellos tienen hijos menores por lo cual deben suplir sus necesidades.

Casi en su totalidad los pacientes participantes del estudio son de procedencia urbana, los de la zona rural se debe que el Hospital Carlos Roberto Huembés tiene filiales en algunos departamentos y municipios alejados de la Ciudad de Managua, pero prefieren asistir directamente al Hospital ya mencionado. 55 de los 110 pacientes son profesantes de la religión evangélica, cuya religión según Estadísticas Nacionales es la segunda más practicada por los nicaragüenses con el 25% de la población en general.

El catolicismo fue la segunda opción más marcada en la encuesta a los pacientes con 51 de ellos, la religión testigos de Jehová 2 y otras religiones obtuvieron tal como la religión mormona 2. La trascendencia de esta variable se enfoca en las prácticas que muchas religiones acostumbra que pueden llegar a influir en la conducta y adherencia al tratamiento por parte del paciente.

El ejercicio físico ayuda a llevar una vida activa y controlar, el sobrepeso es tan importante como el tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. Según los expertos, la práctica regular de ejercicio consigue reducir la presión sanguínea.

La inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. La actividad física tiene importantes beneficios para la salud y contribuye a prevenir las ENT. A nivel mundial, uno de cada cuatro adultos no tiene un nivel suficiente de actividad física. (OMS, 2018)

De los pacientes participantes de la investigación el mas de la mitad afirmaron no realizar ningún tipo de ejercicio, 13 realizan caminatas, el ejercicio aeróbico y el trote lo realizan 7 personas respectivamente, el ciclismo 6 personas y otros como practicar algunos deportes tuvieron el porcentaje de 3.

El sedentarismo contribuye a problemas de la salud en especial hace que los valores de la presión arterial se mantengan siempre elevados, haciendo esto que el paciente no sienta que su tratamiento antihipertensivo le ayude a mejorar su condición.

En el tiempo de ejercicio que realizan 46 pacientes marcaron menos de 30 min, las opciones de una y dos horas 12 personas respectivamente, 30 minutos 5, 1 persona indicó que le dedica 35 minutos a hacer ejercicio durante todo el día, en las opciones de 40 y 45 minutos 3 personas respectivamente.

La OMS, recomienda Practicar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada, o al menos 75 minutos semanales de actividad física intensa, o una combinación equivalente entre actividad moderada e intensa (OMS, 2018).

La disminución en la ingesta de sodio en la dieta es una de las primeras medidas terapéuticas que ha demostrado su utilidad en la disminución de las cifras de tensión arterial. Teniendo en cuenta que un elevado porcentaje de pacientes hipertensos son obesos, la reducción de peso con dietas hipocalóricas también se ha demostrado como una opción terapéutica (Nefrología, 2008).

En los Hábitos dietéticos del paciente, la dieta que más predominó fue la variada en casi toda la población del estudio 94 de ellos indicaron esta respuesta, preferiblemente hipergrasa solo una persona, preferiblemente hiperproteica 9 y preferiblemente hipocalórica 6. Los pacientes referían comer de todo y no limitarse.

En este sentido, otros autores consultados, como Haynes y Sackett concuerda en una definición más simplificada, describiendo la adherencia como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden.

La evaluación de la adherencia debe incluir no solo la toma de los medicamentos en los horarios y dosis prescritas por el médico tratante, sino también la asistencia a las citas de control en los servicios de salud, la realización de exámenes médicos y el logro de estilos de vida saludables, que incluyen la práctica de actividad física regular, alimentación saludable, la disminución o abstinencia del consumo de alcohol y cigarrillos entre otras.

En relación a los hábitos adictivos, en la drogadicción 109 personas de las 110 contestaron que nunca han probado las drogas. En el hábito de fumado 82 pacientes no fuman. En la ingesta de alcohol 89 contestaron que no tienen este hábito adictivo.

En los Antecedente Patológicos Familiares la HTA fue la de mayor índice, 97 de los 110 pacientes aseguraron tener familiares de primera línea con esta patología, se ha demostrado que los padres hipertensos tienen un 80% de posibilidad de conducir al desarrollo de HTA en sus descendientes. 10 afirmaron tener papá, mamá o hermanos con Diabetes Mellitus, Trastornos mentales 2 pacientes y 1 con familiares que tuvieron Tumores.

Al respecto del estudio realizado por Dr. Edgar Martínez, Alfonso Balladares y colaboradores en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León. UNAN-LEON con un estudio descriptivo titulado: **“Adherencia al tratamiento antihipertensivo y evaluación de los factores de riesgo asociados a la hipertensión en pacientes que asisten al Centro de Salud Mantica Berio de la ciudad de León en el periodo comprendido de Enero a Marzo del 2010.”**

La mayoría de los hipertensos padecen de enfermedades concomitantes como la Diabetes Mellitus tipo 2, siendo esta la más predominante con un 41.76%, la que representa un importante factor de riesgo para los hipertensos. Seguida de otra de las enfermedades crónicas muy importante como es la Artritis Reumatoide con un 40.66%.

Según los datos obtenidos se pudieron describir que la mayoría de los pacientes hipertensos refieren que la madre fue o es hipertensa por lo que podemos deducir que la hipertensión que ellos padecen pudo haber sido heredada en gran parte por su madre. En los resultados obtenidos, el porcentaje mayor de adherencia está representada por el sexo masculino con 33.3% (Martínez, Mendoza, & Baca, s.f.).

Los Antecedentes Patológicos Personales tienen gran relevancia por la polifarmacia que adopta el paciente. En este estudio dentro de las patologías endocrinas un tercio de la población en estudio padece de Diabetes Mellitus tipo II constituyendo esta una de las Enfermedades No Transmisibles junto con la HTA que más aquejan al pueblo nicaragüense.

En patologías degenerativas tuvo un menor número de pacientes comparada con las patologías endocrinas, dentro de este grupo la que tuvo mayor frecuencia fue la osteoporosis y en las patologías psiquiátricas todos los pacientes negaron padecer de alguna de estas.

En 2014, Dra. Milena Díaz y colaboradores de la Universidad de la Habana-Cuba en un estudio descriptivo llamado: **“Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón”**, El análisis de la utilización de fármacos mostró que los Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA), especialmente el Enalapril, así como los Diuréticos, preferentemente la Clortalidona, fueron los fármacos más utilizados, ya sea como monoterapia o en combinaciones.

La mayoría de los pacientes utilizan monoterapia y la familia más utilizada fueron los ARA II, seguida por los IECA, Beta bloqueante, Bloqueadores de los canales de calcio y en menor frecuencia los Diuréticos tiazidicos cuyo fármaco se agrega para la terapia combinada. Esto es importante porque obedece a las recomendaciones de los diferentes protocolos en cuanto al manejo de la HTA y el uso de ARA II y de IECA como una de las principales alternativas. De igual manera la monoterapia se caracteriza por ser un esquema terapéutico poco complejo que permite mayor adherencia por ser fácil de recordar y presentar menos reacciones adversas.

En relación a la investigación realizada por Rueda Vidarte, Jonathan Jesús en el 2018, titulado: **“Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre período enero marzo 2018”**. Sobre el tipo de medicamento antihipertensivo que usa, el 48,9% de los participantes refiere tomar ARA II como parte de su esquema de medicamento antihipertensivo. Según el número de dosis al día: el 49.2% de los participantes toma 2 dosis de medicamentos al día, y un porcentaje similar de 42,5% toma un solo medicamento para tratar su hipertensión (RUEDA VIDARTE Y JHONATHAN, 2018).

Con respecto, al laboratorio farmacológico del tratamiento antihipertensivo casi todos los pacientes refirieron que no lo revisaban, se sabe que en dependencia del laboratorio donde fue fabricado el tratamiento a si variara el precio de estos, la fecha de caducidad y en muchas ocasiones disponibilidad. En ocasiones los pacientes se dejan llevar por el mercadeo sin tener que el principio activo del fármaco es el mismo independientemente de la casa comercial.

La fecha de caducidad del tratamiento también es de importancia porque el paciente se adhiera mejor con un medicamento con su principio activo intacto que el de aquel que ha perdido su efectividad. De los 110 pacientes 87 no revisan la fecha de vencimiento de su tratamiento antihipertensivo.

Según el análisis realizado por la OMS, la falta de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos es aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria, que pone a los pacientes en la posición de tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario, versus la adquisición de medicamentos que el sistema de salud no puede cubrir.

De tal manera que el aporte de tratamiento completo por parte de la unidad de salud representa un factor importante para cumplir el tratamiento (OMS, 2018).

En cuanto, a las Reacciones Adversas Medicamentosas del tratamiento antihipertensivo la respuesta más común fue que no presentaban ningún efecto indeseado, sin embargo 47 pacientes afirmaron tener reacciones tales como dolor abdominal, tos, náuseas, diarrea, estreñimiento, dolor de cabeza, entre otras. Información significativa ya que si todos los pacientes sufrieran de estos efectos indeseados muchos de ellos dejarían de tomar su medicamento.

En relación a lo prescrito por el médico y lo plasmado en el expediente clínico de cada paciente se cumple con lo normado en cuanto a una atención personalizada y de calidad. Todos los expedientes cumplían con los requisitos de los 5 exactos. Paciente correcto, Medicamento correcto, Dosis correcta, Hora correcta y Vía correcta.

El Dr. Libertad Martín Alfonso, Msc. María del Carmen Corugedo y colaboradores en su estudio descriptivo con el tema: “Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas”, En cuanto al componente comportamental o cumplimiento del tratamiento, los ítems con valores promedios más bajos son "la toma de medicamentos en el horario establecido" (1,78%) y en "las dosis indicadas" (1,64%). Los ítems del componente relacional no favorecieron plenamente la adherencia al tratamiento aunque no son los de peores resultados (Martín & Corugedo, 2015).

En la Percepción propia del paciente de su Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo casi la mitad marcó la opción Muy buena, Buena 30 pacientes, Mala 19, Muy mala solo 6. Según la percepción del paciente de cómo se siente con el medicamento que le prescribió el medico así va a ser la continuidad que le dé a este, ya que en ocasiones cuando se estaba encuestando a los pacientes mientras se les daba la consulta algunos de ellos le sugirieron al doctor que los atendía, que si le podía cambiar el fármaco que tenían hasta ese momento porque sentían que no estaba haciendo efecto.

En el caso del análisis del test de Morinsky-Green-Levine, se encontró que más de la mitad de los pacientes son adherentes al tratamiento antihipertensivo, un porcentaje mayor al dato obtenido en el estudio nacional realizado por **Arguello, Dávila y Estrada en el 2013 en su tesis para optar para el título de Medicina general y cirugía, con su tema: “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”**. Refirieron que solo el 47% de los pacientes son adherentes al tratamiento antihipertensivo. (Argüello, Dávila, & Estrada, s.f.).

En el Test de Morisky Green para la Adherencia al tratamiento farmacológico que consiste en 4 preguntas donde las respuestas son SI o No. El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las cuatro preguntas, es decir en el siguiente orden: No/Sí/No/No.

Como resultado solo 43 personas respondieron que no se le olvidaba tomar su medicamento, 65 dijeron tomar su medicamento para la HTA a las horas indicadas por el médico, 67 aseguraron no dejar de tomar su tratamiento cuando se sentía bien y 64 no deja de tomar su medicamento cuando se siente mal.

Según el Test basado en lo que respondieron los 110 pacientes encuestados el principal problema para la adherencia al tratamiento antihipertensivo es el olvido de tomar el medicamento.

Tal como lo plantea **Rueda Vidarte, Jonathan Jesús en el 2018, titulado: “Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre período enero marzo 2018”**. En cuanto a las respuestas del cuestionario de Morisky Green Levine en los participantes, se encontró que uno de los principales problemas de la pobre adherencia es que los pacientes olvidan tomar sus medicamentos (RUEDA VIDARTE Y JHONATHAN, 2018).

En relación de la variable de Edad con la de Tipo de terapia antihipertensiva como se comentaba en párrafos anteriores a mayor edad es más difícil recordar el esquema del tratamiento. De los 110 pacientes del estudio 84 de ellos tiene monoterapia, 26 tienen terapia combinada, de los 26 dos tercios son personas mayores de 50 años.

En cuanto, el Test de Morisky Green en su pregunta: Cuando se siente bien. ¿Deja de alguna vez de tomar su medicamento? con relación a la Escolaridad en la respuesta SI, 43 de los 110 participantes marcaron esa respuesta, de estos el mayor número fue de las personas que estudiaron hasta la secundaria, seguido por lo que fueron a la universidad, técnicos, primaria, preescolar y analfabetas.

Se refleja que el menor número de los que dijeron que si dejan de tomar su tratamiento antihipertensivo es de las personas con bajo nivel académico, algunos de ellos expresaron que esto es debido por el temor al dejar de tomar el medicamento sus síntomas empeoren.

El efecto del tabaco sobre la presión arterial no está claramente establecido, hay que señalar que la presión arterial de los fumadores es generalmente inferior que la de los no fumadores. Sin embargo, el tratamiento antihipertensivo en los pacientes que fuman es menos eficaz y los problemas asociados a la hipertensión son más importantes y frecuentes en fumadores que en los que no lo hacen.

De los pacientes que refirieron fumar, todos cubren las opciones de fármacos utilizados. Betabloqueantes, Bloqueadores de los canales de calcio, IECA, ARA II y Diuréticos tiazidicos.

El hábito adictivo del alcohol asociado con las RAM tomar bebidas alcohólicas en combinación con medicamentos puede intensificar estos efectos secundarios. La mezcla de alcohol con ciertos medicamentos podría provocar náuseas, vómitos, dolor de cabeza, letargo, desmayos o pérdida de la coordinación. También podría ponerlo en riesgo de sufrir hemorragias internas, problemas del corazón y dificultades respiratorias.

Ninguno de los pacientes que reportaron nauseas tomaban bebidas alcohólicas, de los que si toman alcohol manifestaron presentar vómitos, estreñimiento, diarrea, dolor de cabeza, tos, dificultad para respirar y dolor abdominal.

La disponibilidad en farmacias depende del tipo de farmacia y de la presentación del tratamiento, en este estudio todas las personas marcaron que solo tomaban tabletas debido a esto la mayoría lo encuentra totalmente disponible.

Más de la mitad las personas a las cuales el medicamento les da nauseas utilizan fármacos ARA II, 1 persona utiliza IECA y 1 de la familia de los Bloqueadores de los canales de calcio respectivamente. Vómitos solo pacientes que toman ARA II.

Estreñimiento una persona que utiliza Beta bloqueantes y una ARA II, 2 Bloqueadores de los canales de calcio. Diarrea los toman IECA 3 presentan reacción, dos pacientes, Diuréticos tiazidicos.

Dolor de cabeza. Un paciente que usa Beta bloqueante y un Bloqueador de los canales de calcio y ARA II dos. La tos como RAM es común en los medicamentos antihipertensivo en los que utilizan IECA en una persona la presenta, Beta bloqueante 2, ARA II 5 y Diuréticos tiazidicos una persona.

Dificultad para respirar los que utilizan IECA y ARA II un paciente respectivamente. Dolor abdominal IECA y Beta bloqueante 1 paciente por cada fármaco, 8 de los que toman ARA II. Otras RAM como mareos lo reportaron los que toman ARA II.

El Tipo de terapia antihipertensiva influye en la percepción del propio paciente en su propio tratamiento antihipertensivo. Más de la mitad de los pacientes afirmaron que su adherencia es muy buena y que solo toman un medicamento para la HTA, el resto que contesto que respondió lo mismo sobre su adherencia tiene terapia combinada.

López Vázquez y Chávez Vega, especialistas en Medicina Interna y Profesores de la Universidad de la Habana-Cuba en su investigación titulada “**Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años**”. El esquema terapéutico con un solo medicamento (monoterapia) tuvo una adherencia terapéutica de 73.9%. La relación entre estas variables fue estadísticamente significativa (Chávez, 2016).

Para los que piensas que su adherencia es buena la mayoría tienen monoterapia y un menor número terapia combinada. Mala adherencia 16 pacientes tienen monoterapia y 3 terapia combinada. Muy mala adherencia 4 monoterapia y 2 terapia combinada.

Al considerar la descripción u valor que se les otorga a las preguntas del test de Morisky para conocer la adherencia al tratamiento de los pacientes en estudio, se describe de la siguiente manera:

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? --- 20%
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? ----- 30%
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?----- 20%
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? ----- 20%

Para la primera pregunta obtuvo un porcentaje de 38.7% en la opción “No” y 60.4% en la opción “Sí”. Lo que significa que hay un porcentaje mayor de pacientes que olvida tomar su medicamento.

La segunda pregunta obtuvo un porcentaje de 58.6% para la opción “Sí” y 40.5% para la opción “No”. Hay un porcentaje mayor de personas que toman su medicamento a la hora indicada y eso favorece mucho a la adherencia, puesto a que esta pregunta tiene un valor más alto por estar directamente a la hora exacta de administración del medicamento.

La tercera pregunta tiene un porcentaje de 60.4% para la opción “No” y 38.7% para la opción “Sí”. Lo que nos describe que un mayor número de pacientes toma el medicamento a pesar de sentirse bien de su enfermedad.

La cuarta pregunta tiene un porcentaje de 57.7% para la opción “No” y 41.4% para la opción “Sí”. Este dato es alentador ya que a pesar de tantos factores que interfieren en la adherencia al tratamiento, el saber que el paciente a pesar de sentirse mal, ya sea por su enfermedad de base, estado emocional, reacción adversa al medicamento, etc., el no deja de tomar su medicamento antihipertensivo.

X. Conclusiones

1. En relación a las características sociodemográficas, el grupo etario más frecuente fue de 41-45 años, sexo masculino, de ocupación guarda de seguridad, Nivel de educación secundaria, la mayoría eran solteros, de religión evangélica y de procedencia urbana.
2. En lo que respecta a los factores propios del paciente, la opción más referida fue “Ninguna” y es segundo lugar Diabetes Mellitus tipo 2, con vida sedentaria, el tiempo utilizado para realizar ejercicio es de 30 minutos como lo es: caminata, trote y ejercicio aeróbico principalmente. Los hábitos dietéticos, son variados al no limitarse en la alimentación, con hábitos de fumado y de ingerir bebidas alcohólicas. Los consumos de medicamentos existen hábitos de indisciplina como olvidar algunas veces tomarse su medicamento, o no tomar su medicamento a la hora indicada o cuando se siente mal.
3. Los factores propios del tratamiento antihipertensivo, la fuente de obtención es por su Seguro INSS, el laboratorio farmacéutico que distribuye el medicamento es Bayer, la fecha de caducidad es 4 – 6 meses., la Reacción adversa Medicamentos más frecuente es el dolor abdominal. La percepción de adherencia al tratamiento es muy buena y cumplen con los cinco exactos.

XI. Recomendaciones

DIRECCIÓN DEL HOSPITAL CARLOS ROBERTO HUEMBÉS

- Diseñar intervenciones que sean educativas, innovadoras, participativas y críticas para esta problemática
- Continuar el desarrollo de esta línea de investigación, así como reproducir este estudio en poblaciones más amplias y en otros contextos, en las cuales se pueda emplear el instrumento diseñado en este estudio.

PERSONAL MÉDICO

- Reforzar la adherencia rutinariamente e individualizar el tratamiento, adaptándolo en lo posible a las actividades diarias del paciente, a su cultura y entorno familiar.
- Que los estudiantes de medicina y personal médico realicen próximos estudios acerca del tema, es imprescindible dirigir sus esfuerzos en busca de enfoques tanto cuantitativos como cualitativos para evaluar la adherencia.
- Aumentar el uso de métodos diagnósticos indirectos, por su bajo costo, adecuado comprensión por parte de los participantes y por ser considerados buenos métodos para evaluar la adherencia en la práctica clínica.

PACIENTES

- Ejecutar algún tipo de ejercicio o practicar algún deporte que sea tolerable
- Disciplina en el consumo de medicamentos en horas y frecuencias indicadas por el médico, revisar la fecha de caducidad del tratamiento cada vez que se adquiera para poder ser utilizado antes de que este pierda su vida útil y también se le recomienda al paciente seguir tomando su medicamento, aunque se sienta bien.

CAPÍTULO IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

XII. Bibliografía

- Aragón, B. A. (2012). *Adherencia al tratamiento antihipertensivo en los Pacientes atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Manin Rener- Rivas II Semestre 2012*. Rivas-Nicaragua.
- Argüello, A., Dávila, D., & Estrada, I. (s.f.). <http://repositorio.unan.edu.ni/5507/1/21047.pdf>.
Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/5507/1/21047.pdf>.
- Armas Hernández, M. J., Armas Padilla, M. C., & Hernández Rafael, o. (2006). La Hipertensión en latinoamerica. *Revista latinoamericana de Hipertensión*, 4.
- Barreto, D. G. (2017). *Historia de la Hipertensión*. Colombia .
- Buceta, J. M., Bueno, A. M., & Más, B. (. (2000). *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid, España: Dykinson.
- Chamorro, R. (Agosto de 2008). *Elseiver*. Obtenido de Elseiver: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>
- Chávez, S. L. (26 de Julio de 2016). *Scielo*. Obtenido de Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm06116.pdf>
- Cruz, E. S. (2012). *Adherencia Terapeutica* .
- Diario, E. N. (23 de febrero de 2017). *elnuevodiario.com.ni*. Obtenido de www.elnuevodiario.hita.com.ni
- Díaz, & Herrera&Matéu. (24 de Julio de 2014). *Scielo*. Obtenido de Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000400008
- García Barreto, D. (2013). *Hipertensión Arterial*. Ciudad de México , Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- JUSTIA Nicaragua*. (2019). Obtenido de JUSTIA Nicaragua: <https://nicaragua.justia.com/nacionales/constitucion-politica-de-nicaragua/titulo-iv/capitulo-i/#articulo-26>
- LIÁN, A. H. (2008). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Revistas.unal.edu.co*, 36-42.
- Maribel L. Limaylla, N. J. (2016). *MÉTODOS INDIRECTOS DE VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO*. México: Ciencia e Investigación.
- Marlín Y, S. R. (2015). *Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Hipertensión Arterial, Ciudad hospitalaria Dr. Enfrique Tejera, Enero mayo 2015*.
- Marta M. Pisano González a, A. G. (2013). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *ELSEVIER DOYMA* , 62-63.

- Martín, B., & Coruguedo. (2015). *Scielo*. Obtenido de Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en:
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rfsp/v41n1/spu04115.pdf
- Martínez, B., Mendoza, C., & Baca, D. (s.f.). <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/4583>. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/4583>.
- Martínez, P. (2012). *Monografías*. Obtenido de Adherencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico: una comprensión desde la teoría subjetiva.:
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/137643/TESIS%20PSICOLOGA%20BELEN%20MARTINEZ%202012.pdf?sequence=1>
- México, U. N. (Febreo de 2018). *Medidas de Tendencia Central y Medidas de Dispersión*. Obtenido de <https://www.cuautitlan.unam.mx/>
- Morales, M. L. (2016). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vasculat*, 17-18.
- Olatz Barrueta, R. V. (2017). Lo que debes saber sobre la Adherencia al tratamiento. *Boehring Ingelheim*, 9-15.
- Olatz Barrueta, R. V. (2018). *Lo que debes sobre la Adherencia al Tratamiento*. colombia.
- OMS. (23 de Febrero de 2018). *World Health Organization*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Pisano, M. M. (2013). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *ELSEVIER DOYMA*, 63-64.
- Pisano, M. M. (2013). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *ELSEVIER DOYMA*, 63.
- RUEDA VIDARTE Y JHONATHAN, J. F. (2018). *ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SANTA ROSA, PIURA ENTRE PERIODO ENERO MARZO 2018*. PIURA-PERU.
- Salud, O. M. (2013). Información General sobre la hipertension en el mundo. *OMS*, 6-9.
- Salud, O. P. (2007). *Hipertensión Arterial*.
- Salud, O. P. (2017). *Prevención y Control de Enfermedades. Análisis de Salud*. Nicaragua.
- Sampieri, D. R. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico : McGRAW-HILL /.
- Toledo., A. (2006). Adherencia terapéutica en Hipertensión Arterial Sistémica. *Revista Mexicana de Enfermedades Cardiológica*, 98-101.
- Valencia, U. I. (21 de Marzo de 2018). *Viu/Universidad*. Obtenido de www.universidadviu.com
- Vega, S. A. (2016). *Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años*. La Habana-Cuba .

CAPÍTULO V. ANEXOS:



Consentimiento informado.



Tema de investigación: “Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020”.

Objetivo general:

Describir los Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la consulta externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020.

Estimados pacientes participantes nosotros somos estudiantes de la carrera de Medicina y Cirugía de la UNAN-Managua, identificados como **Emily Ivette Ortiz Saavedra** con número de carnet: **15031845** y **Abraham Isaac Jarquín Montano** con número de carnet: **15032736**, los cuales solicitamos su apoyo porque estamos realizando un estudio investigativo con el fin de llevar a cabo nuestra tesis monográfica para optar al título de Médico y Cirujano general, que lleva el título de arriba enmarcado.

Por tal motivo expresamos que nos agradecería que nos brinde su participación de manera ética y nosotros nos comprometemos a manejar de forma discreta y confidencial la información que usted nos brinde, le garantizamos que solo los investigadores vamos a tener acceso a la información y que si aun contestando todas las preguntas de la encuesta decide que su información no sea utilizada en este estudio está en su derecho y debe hacérselo saber a los investigadores.

Esta investigación desea aportar al paciente y a la Unidad de Salud donde se está realizando, un mayor conocimiento acerca de la Adherencia al tratamiento antihipertensivo para un mejor control de la patología y así también poder evitar complicaciones las cuales están asociadas al tema expuesto.

Para poder incluirlo en el estudio necesitamos su total aprobación y que esté de acuerdo con las preguntas que a continuación se presentan en el instrumento. Después de haber leído y analizado el presente documento en mis plenas facultades autorizo el uso de mi información como aporte para la investigación:

Yo: _____ con n° de cedula: _____

Firma del paciente _____ Firma del investigador: _____

“Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020”.

El presente documento de recolección de datos de pacientes que asisten a consulta externa por el servicio de Medicina Interna del Hospital Carlos Roberto Huembés. La recopilación de datos se basará en información aportada directamente por el paciente y la encontrada en el expediente clínico de estos, tomando en cuenta el consentimiento del paciente así también las consideraciones éticas del estudio, garantizando en todo momento el manejo ético, sigiloso y confidencial del participante en este estudio.

I. Datos generales

Se recopilarán datos generales del paciente haciendo preguntas directas a este, en el caso de la variable edad se colocará el valor absoluto (edad exacta) de la edad en el rango que corresponda y se colocará una “X” donde corresponda para las opciones de las demás variables, en caso de que haya que especificar se escribirá en la línea.

Edad:

18-25 años _____

26-30 años _____

31-35 años _____

36-40 años _____

41-45 años _____

46-50 años _____

50 años a más _____

Sexo:

Femenino Masculino

Nivel académico

Analfabeta Preescolar Primaria

Secundaria Técnico Universidad

Ocupación.

Obrero Ama de casa Médico

Policía Otros _____

Estado Civil

Soltero Si No Casado Si No Unión de hecho estable Si No

Divorciado Si No Viudo Si No

Procedencia

Rural Urbana

Religión

Católico Si No Evangélico Si No Testigo de Jehová Si No

Otros Si No _____

I. Antecedentes Personales No Patológicos

En este punto se desea conocer aquellos antecedentes no patológicos, marque con una “x” en la opción correspondiente, en el caso de hacer otro ejercicio, se especificará en la línea de la opción “otros”.

• Hábitos adictivos:

Drogadicción: Si No Fumado: Si No Alcoholismo: Si No

• Ejercicio:

Trote Si No Caminata: Si No

Ejercicio Aeróbico Si No Ciclismo Si No Otro _____

No realiza ejercicio

Indicar las horas que le dedica al ejercicio: < 30 minutos _____ 30 minutos-1 hora _____
1-2 horas _____ ≥2 horas _____

• Dieta:

Variada Si No Preferiblemente hipergrasa Si No

Preferiblemente hipocalórica Si No

Preferiblemente hiperproteica Si No

II. Antecedentes Patológicos Familiares:

Trastornos mentales Sí No Cáncer Si No Tumores Si No

Hipertensión Arterial Sí No Diabetes Mellitus Sí No

Artritis Reumatoide Sí No Artrosis Sí No

Enfermedades Hepáticas Sí No Enfermedades Renales Sí No

Ninguna Otro. _____

III. Nombre del medicamento antihipertensivo

En este punto se desea conocer cómo encuentra el paciente el tipo de fármaco antihipertensivo que está usando o ha usado para su enfermedad de base

Antihipertensivo Si No Antidiabético Si No

Antiinflamatorio Si No Antiagregante plaquetario Si No Otro _____

IV. Laboratorio farmacéutico del tratamiento antihipertensivo:

Se desea conocer si el paciente conoce el origen de su medicamento puede marcar con una "x" más de una opción, en caso de no conocer ninguno los investigadores pueden identificar el laboratorio con el permiso del paciente

Laboratorio Ramos Laboratorio Caplin Point

Laboratorio Ceguel Laboratorio Bayer

No revisa

Otros _____

V. Fecha de caducidad del tratamiento antihipertensivo:

Se desea saber si el paciente conoce la fecha de caducidad de su medicamento y de ser posible conocer fechas exactas, de no conocerlo los investigadores pueden observar el medicamento que el paciente haya comprado de ser accesible en el momento de aplicar el instrumento con el debido permiso del paciente

< 1 mes Si No 1-3meses Si No 4-6meses Si No
7-9meses Si No 10-12 meses Si No
No lo revisa Si No

VI. Reacciones adversas medicamentosas

Nauseas Si No Vómitos Si No Estreñimiento Si No
Diarrea Si No Dolor de cabeza Si No Tos Si No
Dificultad para respirar Si No Dolor abdominal Si No
Otros _____ Ninguna

VII. Percepción del propio paciente de su adherencia al tratamiento antihipertensivo:

Muy buena Si No
Buena Si No
Mala Si No
Muy mala Si No

Desde este punto se obtendrán los datos a partir del expediente clínico

VIII. Antecedentes Patológicos Personales:

En este punto se valorará que patologías encontramos en el paciente aparte de su patología de base que es Hipertensión Arterial, en el punto: patología endocrina, patología degenerativa y patología psiquiátricas se tomarán los datos que se encuentren en el expediente clínico del paciente

- **Patologías endocrinas:**

Diabetes Mellitus Tipo I Diabetes Mellitus Tipo II Síndrome Metabólico
Hipotiroidismo Hipertiroidismo Ninguna Otras _____

- **Patologías degenerativas:**

Artritis Reumatoide Osteoporosis Enfermedad de Parkinson Cáncer
Ninguna Otras _____

- **Patologías psiquiátricas:**

Alzheimer Trastornos del estado de ánimo Trastornos de ansiedad
Ninguna Otras _____

IX. Fármaco empleado

Para la recolección de estos datos se utilizará el apoyo del expediente clínico ya que se necesita conocer el medicamento exacto (familia farmacológica) que el paciente está usando

Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina Si No

Beta Bloqueante Si No Bloqueador de canales de Calcio Si No

Antagonistas de los Receptores de Angiotensina 2 Si No

Diuréticos tiazidicos Si No Otros _____

X. Tipo de terapia antihipertensiva

Monoterapia Si No

Terapia Combinada Si No

XI. Indicaciones del tratamiento antihipertensivo

Medicamento correcto Si No Hora correcta Si No

Dosis correcta Si No Paciente correcto Si No

Vía correcta Si No

XII. Consumo del tratamiento antihipertensivo de manera conjunta con otro tratamiento

Antidiabético Si No Antiinflamatorio Si No

Otro _____

Test para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Para este punto se le otorgará al paciente el instrumento de recolección para que el mismo pueda completar los incisos, en caso que el paciente no pueda leer y/o escribir los investigadores explicaran y dictaran las preguntas que contiene dicho test.

XIII. Test MoriskyGreenLevine

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
Si **No**
2. ¿No toma los medicamentos a las horas indicadas?
Si **No**
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
Si **No**
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?
Si **No**

TABLAS DE RESULTADOS.

Tabla N° 1: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo a las Características sociodemográficas. N°110

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
18-25 años	4	3.6
26-30 años	11	10.0
31-35 años	13	11.8
36-40 años	16	14.6
41-45 años	20	18.2
46-50 años	13	11.8
51-55 años	16	14.6
60 años a más	17	15.4
SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	51	46.4
Masculino	59	53.6
ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	2	1.8
Preescolar	1	0.9
Primaria	9	8.2
Secundaria	41	37.3
Técnico	23	20.9
Universidad	34	30.9

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
Obrero	11	10.0
Ama de casa	22	20.0
Médico	12	10.9
Policía	20	18.2
Otros	45	40.9
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	28	25.4
Casado	76	69.1
Unión de hecho estable	4	3.6
Divorciado	2	1.9
PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Rural	13	11.8
Urbana	97	88.2
RELIGION	Frecuencia	Porcentaje
Católico	51	46.4
Evangélico	55	50
Testigo de Jehová	2	1.8
Otros	2	1.8

Fuente: Encuesta.

Tabla N^o 2: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al tipo de Ejercicio que practican los pacientes

EJERCICIO QUE PRACTICA	Frecuencia	Porcentaje
Trote	7	6.4
Caminata	13	11.8
Ejercicio Aeróbico	7	6.4
Ciclismo	6	5.5
Otro	3	2.7
No realiza	74	67.2
TOTAL	110	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla N^o 3: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al tiempo que le dedica al Ejercicio **N:82**

Tiempo que le dedica al ejercicio	Frecuencia	Porcentaje
<30 minutos	46	56.1
1 hora	12	14.6
2 horas	12	14.6
30 minutos	5	6.1
35 minutos	1	1.2
40 minutos	3	3.7
45 minutos	3	3.7
TOTAL	82	100.0

Fuente: Encuesta.

Tabla N°4: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo a los Hábitos dietéticos de los pacientes

Hábitos dietéticos del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Variada	94	85.5
Preferiblemente hipergrasa	1	0.9
Preferiblemente hipocalórica	6	5.5
Preferiblemente hiperproteica	9	8.1
TOTAL	110	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla N° 5: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo a los Hábitos adictivos de los pacientes Hipertensos. **N: 50**

Hábitos adictivos	Frecuencia	Porcentaje
Hábito adictivo de drogadicción	1	2.0
Hábito adictivos de fumado	28	56.0
Hábito adictivos de alcoholismo	21	42.0
TOTAL	50	100.0

Fuente: Encuesta.

Tabla N° 6: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo a Antecedentes Patológicos Familiares de los pacientes Hipertensos

Antecedentes Patológicos Familiares	Frecuencia	Porcentaje
Trastornos mentales.	2	1.8
Tumores.	1	0.9
Hipertensión Arterial.	97	88.2
Diabetes Mellitus	10	9.1
TOTAL	110	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla N°7: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo a Antecedentes Patológicos Personales de los pacientes Hipertensos

N:110

Patologías endocrinas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Diabetes Mellitus 1.	2	1.8
Diabetes Mellitus 2.	25	22.7
Síndrome Metabólico.	5	4.5
Hipotiroidismo	1	0.9
Otras	7	6.4
Ninguna	70	63.7
Patologías degenerativas	Frecuencia	Porcentaje
Artritis Reumatoide.	23	20.9
Osteoporosis.	14	12.7
Parkinson.	13	11.9
Cáncer	4	3.6
Otras	56	50.9

Fuente: Encuesta.

Tabla N° 8: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo a Fármaco empleado -Tipo de Terapia Antihipertensiva de los pacientes Hipertensos **N:110**

Fármaco empleado	Frecuencia	Porcentaje
Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina	14	12.7
Beta Bloqueante	12	10.9
Bloqueador de canales de Calcio	8	7.3
Antagonistas de los Receptores de Angiotensina 2	73	66.4
Diuréticos Tiazidicos	3	2.7
TOTAL	110	100.0
Tipo de Terapia Antihipertensiva	Frecuencia	Porcentaje
Monoterapia	84	76.4
Terapia Combinada	26	23.6
TOTAL	110	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla N° 9: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al Laboratorio Farmacéutico del tratamiento antihipertensivo - Fecha de caducidad **N:110**

Laboratorio farmacéutico	Frecuencia	Porcentaje
Laboratorio Ramos	34	30.9
Laboratorio Caplin Point	13	11.8
Laboratorio Ceguel	11	10.0
Laboratorio Bayer	44	40.0
Otros	8	7.3
TOTAL	110	100.0
Fecha de caducidad del tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
1-3 meses	20	18.2
4-6 meses	52	47.2
7-9 meses	38	34.6
TOTAL	110	100.0

Fuente: Encuesta.

Tabla N°10: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo a las Reacciones Adversas Medicamentosas - Percepción del propio paciente al tratamiento antihipertensivo **N:110**

Reacciones adversas medicamentosas	Frecuencia	Porcentaje
Nauseas	18	16.4
Vómitos	3	2.7
Estreñimiento	14	12.7
Diarrea	16	14.5
Dolor de cabeza	14	12.7
Tos	19	17.3
Dificultad para respirar	2	1.8
Dolor abdominal	23	20.9
Otros	1	0.9
TOTAL	110	100.0
Percepción del propio paciente de su adherencia al Tratamiento antihipertensivo	Frecuencia	Porcentaje
Muy Buena	55	50.0
Buena	30	27.3
Mala	19	17.3
Muy mala	6	5.4
TOTAL	110	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla N° 11: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo a las Indicaciones del tratamiento antihipertensivo.

Indicaciones del tratamiento antihipertensivo	Frecuencia	Porcentaje
Medicamento correcto	110	100.0
Hora correcta	110	100.0
Dosis correcto	110	100.0
Vía correcta	110	100.0
Paciente correcto	110	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla N°12: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al Test Morisky Green **N:110**

Test Morisky Green	Frecuencia	Porcentaje
¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	67	60.9
¿No toma los medicamentos a las horas indicadas?	65	59.0
Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?	43	39.0
Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?	46	41.8

Fuente: Encuesta

Tabla N°13: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al cruce de variables Edad -Tipo de terapia antihipertensiva

EDAD	Tipo de terapia antihipertensiva			
	Monoterapia		Terapia Combinada	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
18-25 años	2	2.4	2	7.7
26-30 años	8	9.5	3	11.5
31-35 años	11	13.0	2	7.7
36-40 años	12	14.3	4	15.4
41-45 años	14	16.7	6	23.0
46-50 años	12	14.3	1	3.8
51-55 años	14	16.7	2	7.7
56 años a más	11	13.0	6	23.0
TOTAL	84	100.0	26	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla N° 14: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al cruce de variables Hábitos adictivos de fumado - Fármaco empleado **N: 28**

FÁRMACO EMPLEADO	Hábitos adictivos de fumado	
	Frecuencia	Porcentaje
Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina	3	10.7
Beta Bloqueante	6	21.4
Bloqueador de canales de Calcio	5	17.9
Antagonistas de los Receptores de Angiotensina 2	13	46.4
Diuréticos Tiazidicos	1	3.6
TOTAL	28	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla N° 15: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al cruce de variables Hábitos adictivos de Alcoholismo - Reacciones Adversas Medicamentosas **N: 21**

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS	Hábitos adictivos de alcoholismo	
	Frecuencia	Porcentaje
Nauseas	2	9.5
Vómitos	2	9.5
Estreñimiento	1	4.7
Diarrea	6	28.6
Dolor de cabeza	1	4.7
Tos	5	23.8
Dificultad para respirar	1	4.7
Dolor abdominal	3	14.9
TOTAL	21	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla N°16: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al cruce de variables Fármaco empleado - Reacciones Adversas Medicamentosas

Reacciones adversas medicamentosas	Fármaco empleado											
	IECAS		Beta Bloqueante		Bloqueador de canales de Calcio		ARA -II		Diuréticos Tiazidicos		Otros	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Nauseas	1	14.3	-	-	1	9.1	6	18.2	-	-	-	-
Vómitos	-	-	-	-	-	-	3	9.0	-	-	-	-
Estreñimiento	-	-	1	8.3	2	18.1	1	3.0	-	-	-	-
Diarrea	3	42.8	-	-	-	-	2	6.0	1	2.2	-	-
Dolor de cabeza	-	-	1	8.3	1	9.1	2	6.0	-	-	-	-
Tos	1	14.3	2	16.7	-	-	5	15.2	1	2.2	-	-
Dificultad para respirar	1	14.3	-	-	-	-	1	3.0	-	-	-	-
Dolor abdominal	1	14.3	1	8.3	-	-	8	24.2	-	-	-	-
Ninguna	-	-	7	58.3	7	63.7	4	12.1	44	95.6	1	100.0
Otros	-	-	-	-	-	-	1	3.0	-	-	-	-
TOTAL	7	100.0	12	100.0	11	100.0	33	100.0	46	100.0	1	100.0

Fuente: Encuesta.

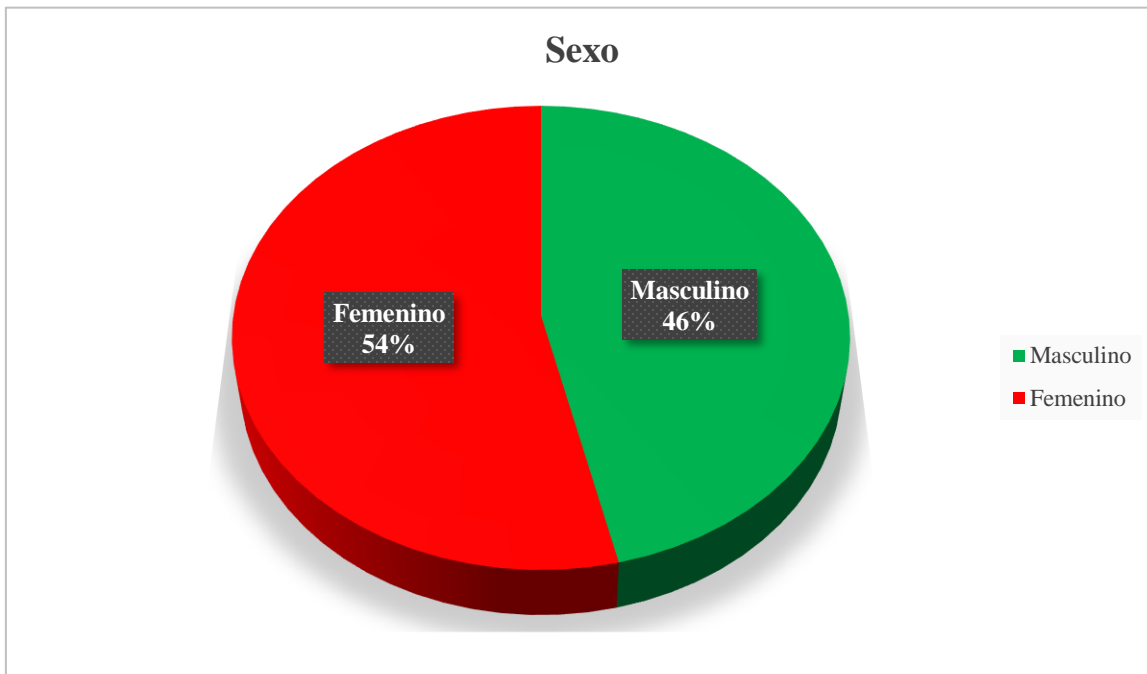
Tabla N°17: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al cruce de variables Tipo de terapia antihipertensiva - Percepción del paciente

Percepción del propio paciente de su adherencia al Tratamiento antihipertensivo	Tipo de terapia antihipertensiva			
	Monoterapia		Terapia Combinada	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy Buena	43	51.2	12	46.2
Buena	21	25.0	9	34.7
Mala	16	19.0	3	11.5
Muy mala	4	4.8	2	7.6
TOTAL	84	100.0	26	100.0

Fuente: Encuesta

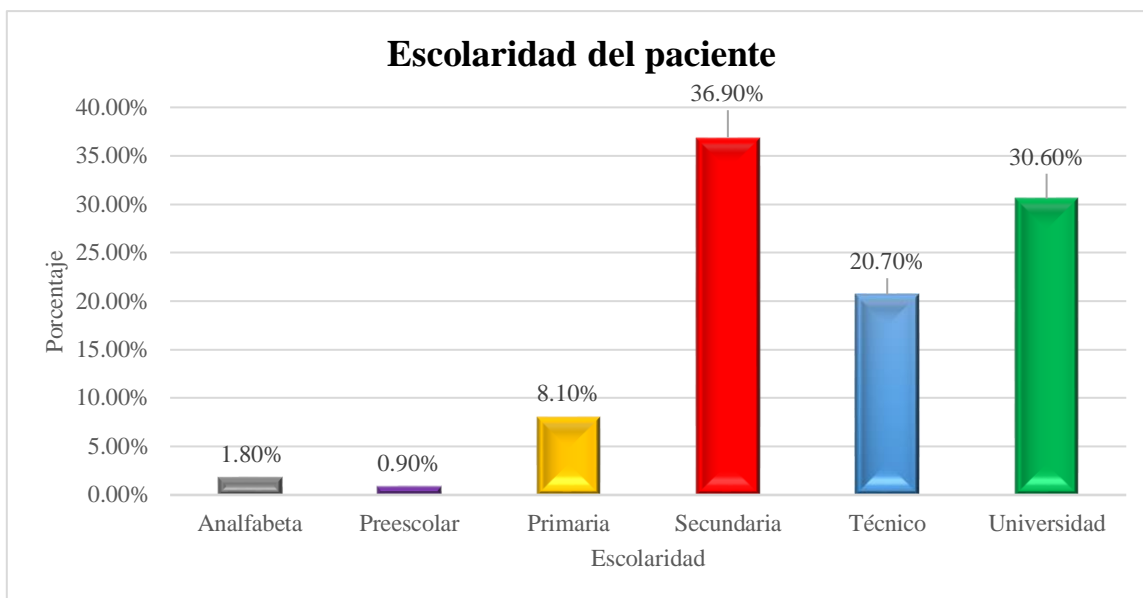
Gráficos.

Gráfico N° 1: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo a las Características sociodemográficas



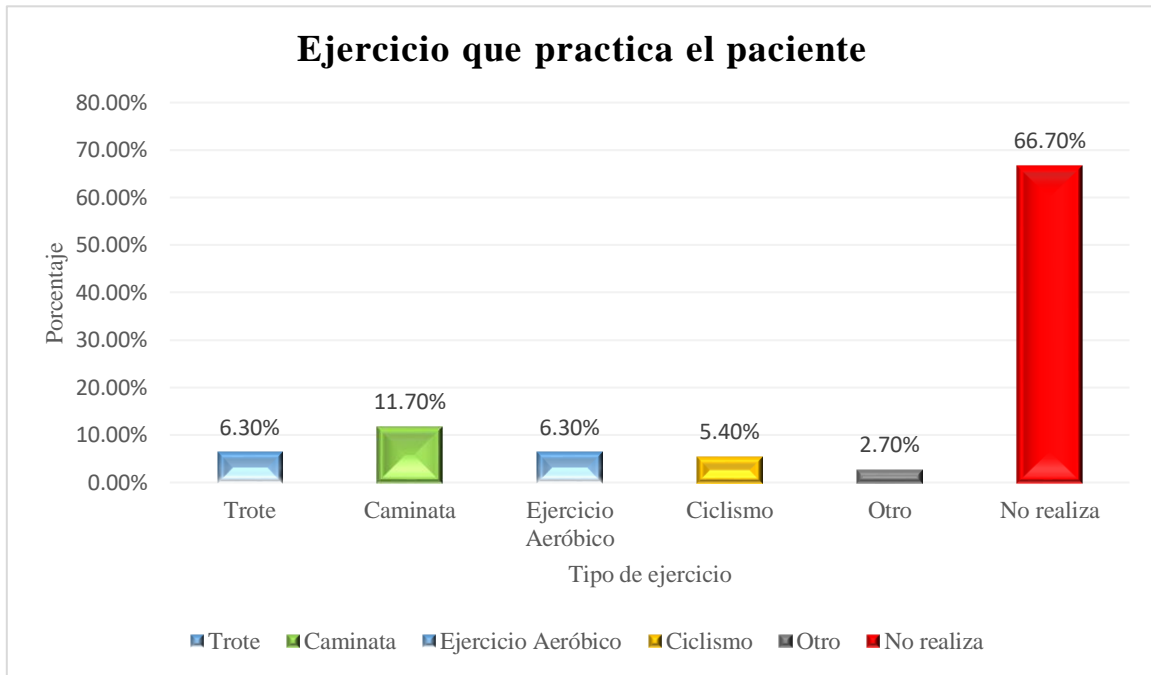
Fuente: Tabla N° 1.2

Grafico N° 2: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo a las Características sociodemográficas.



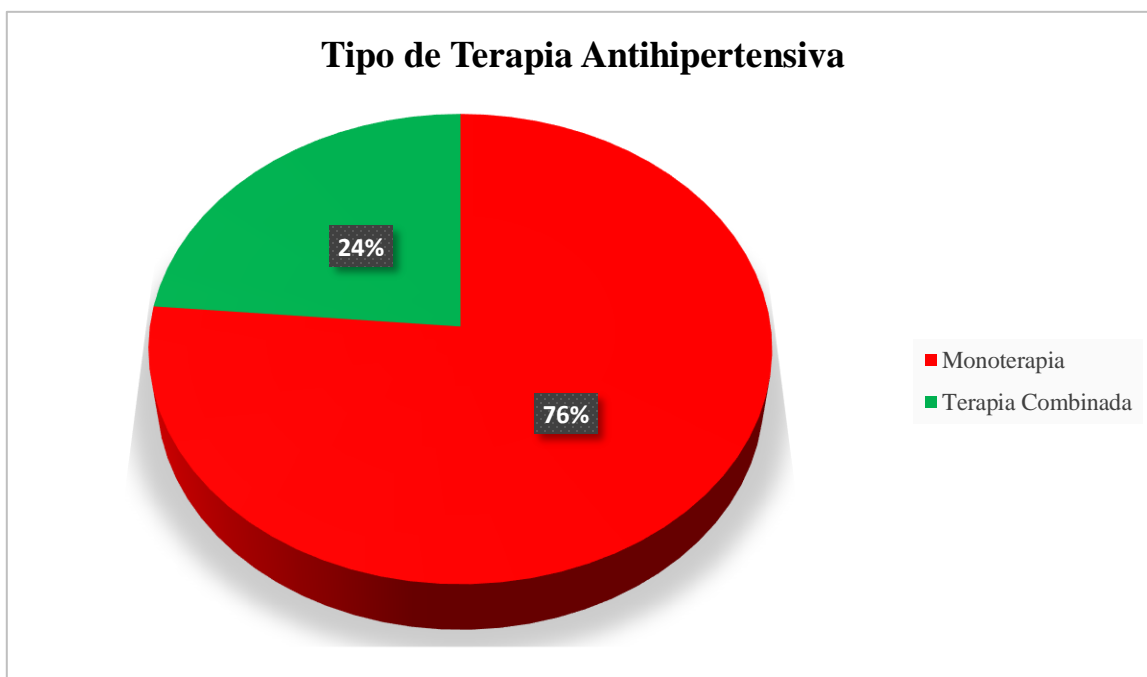
Fuente: Tabla N° 1.3

Gráfico N° 3: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al tipo de Ejercicio que practican los pacientes



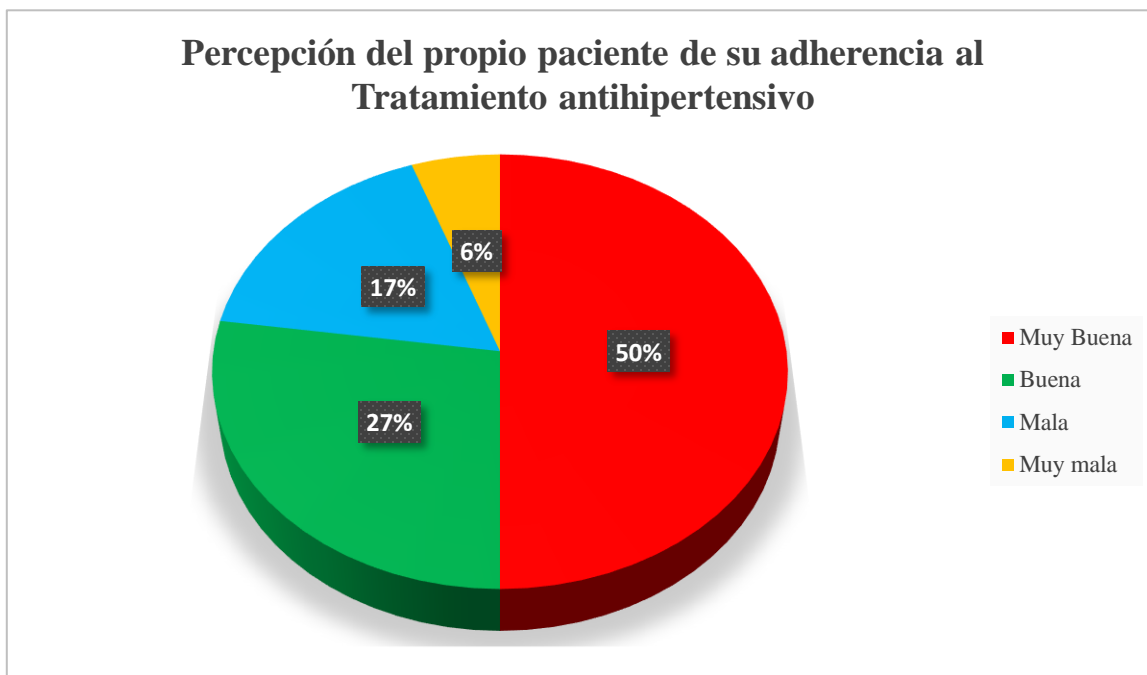
Fuente: Tabla N° 2

Grafico N° 4: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al Tipo de Terapia Antihipertensiva



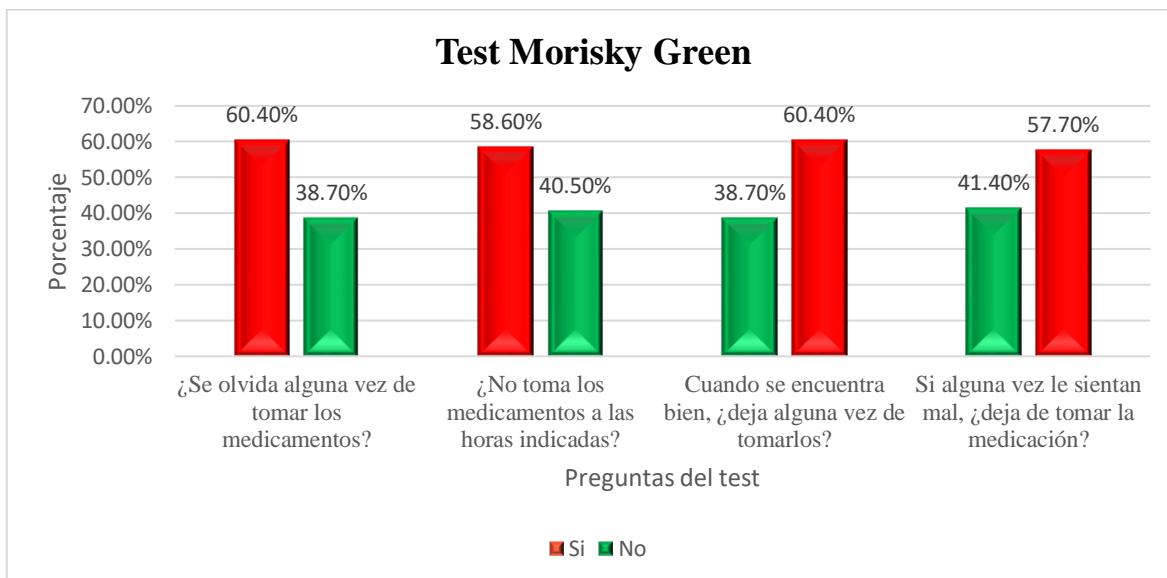
Fuente: Tabla N° 8.2

Gráfico N° 5: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo a la Percepción del propio paciente



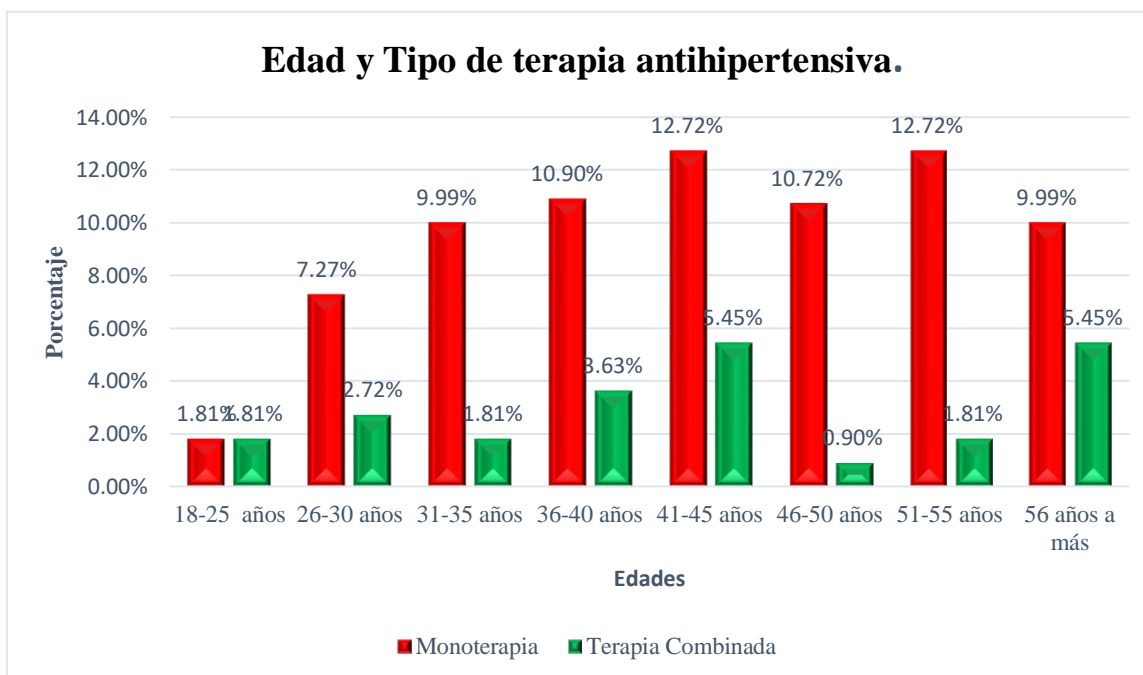
Fuente: Tabla N° 10.2

Gráfico N° 6: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al Test Morisky Green



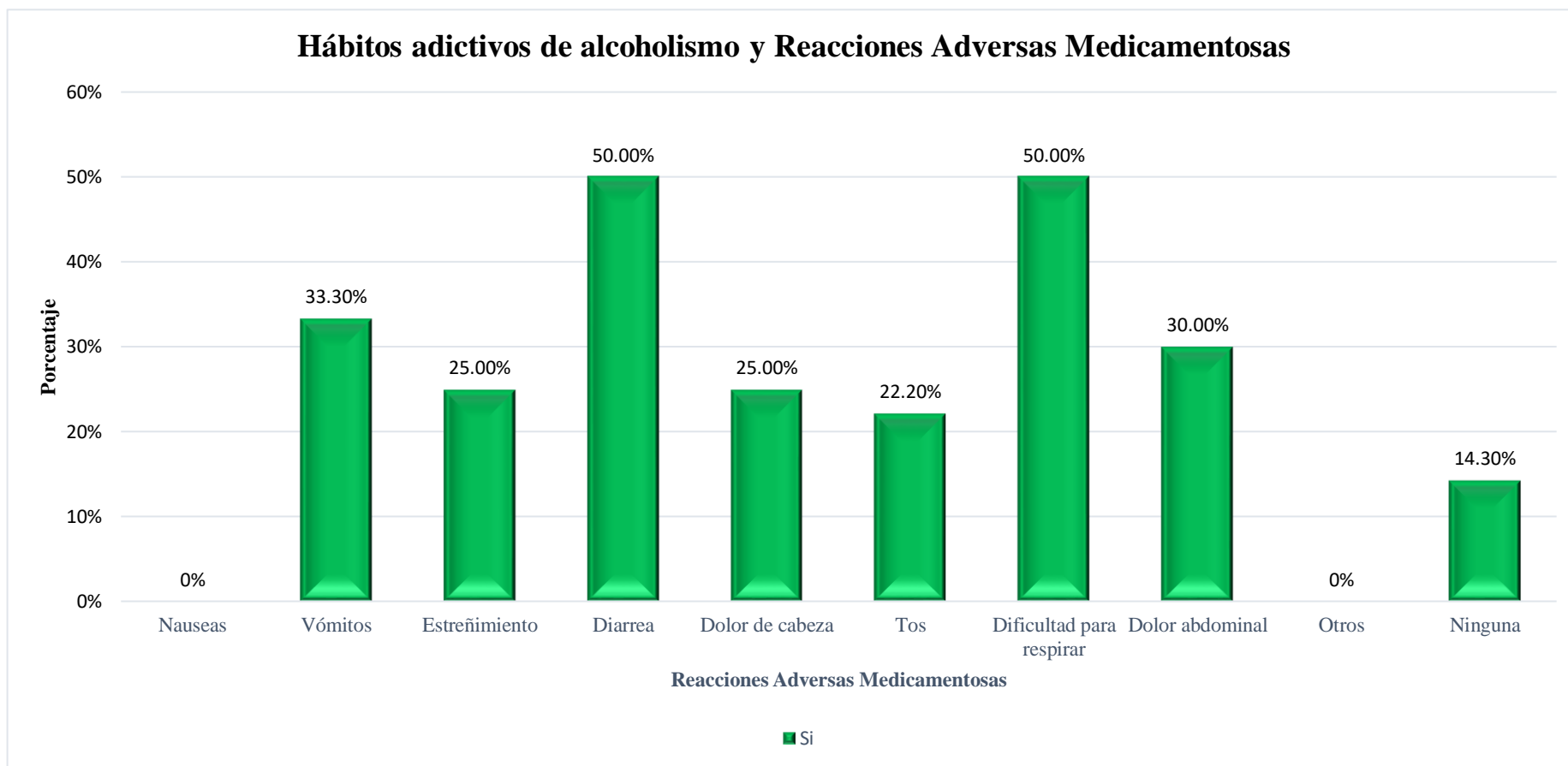
Fuente: Tabla N° 12.

Gráfico N° 7: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al cruce Edad - Tipo de terapia antihipertensiva



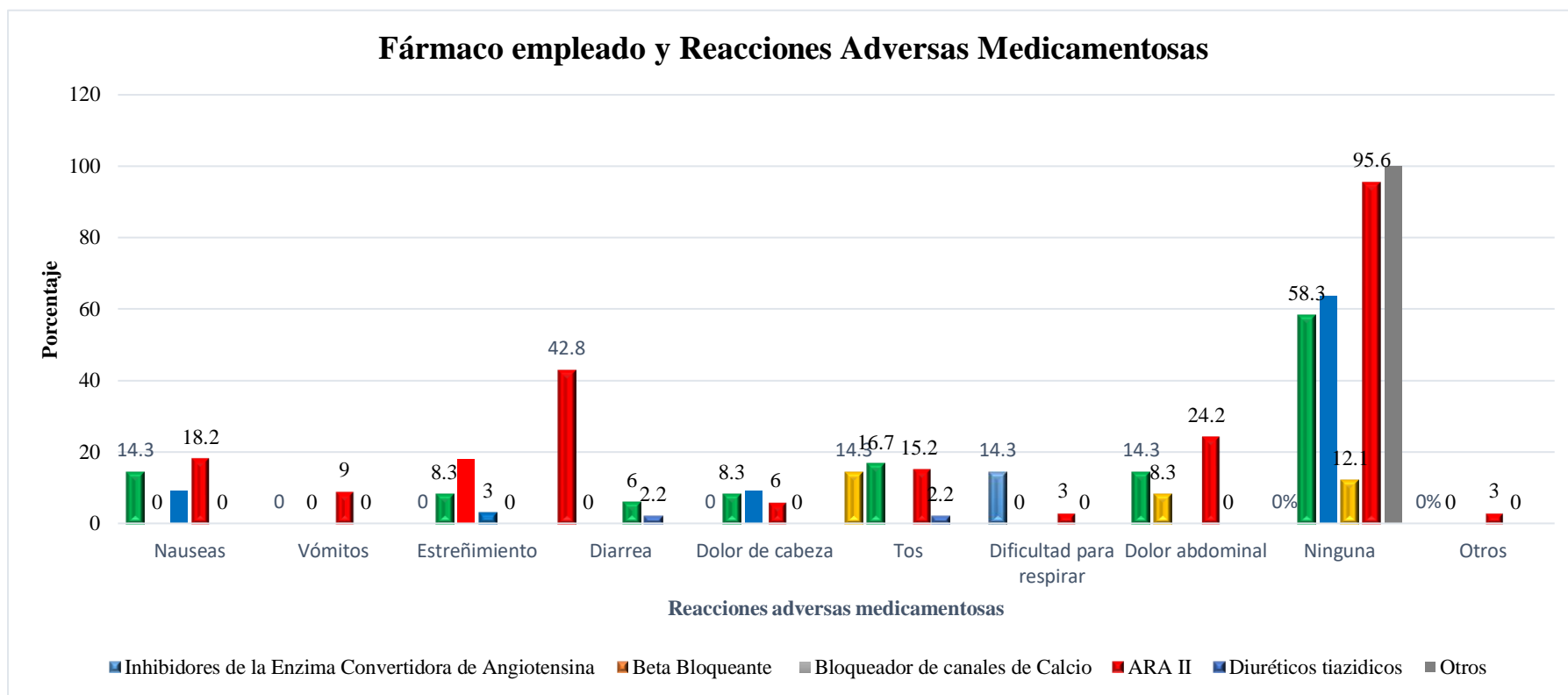
Fuente: Tabla N° 13

Gráfico N° 8: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al cruce Hábitos adictivos de alcoholismo - Reacciones Adversas Medicamentosas



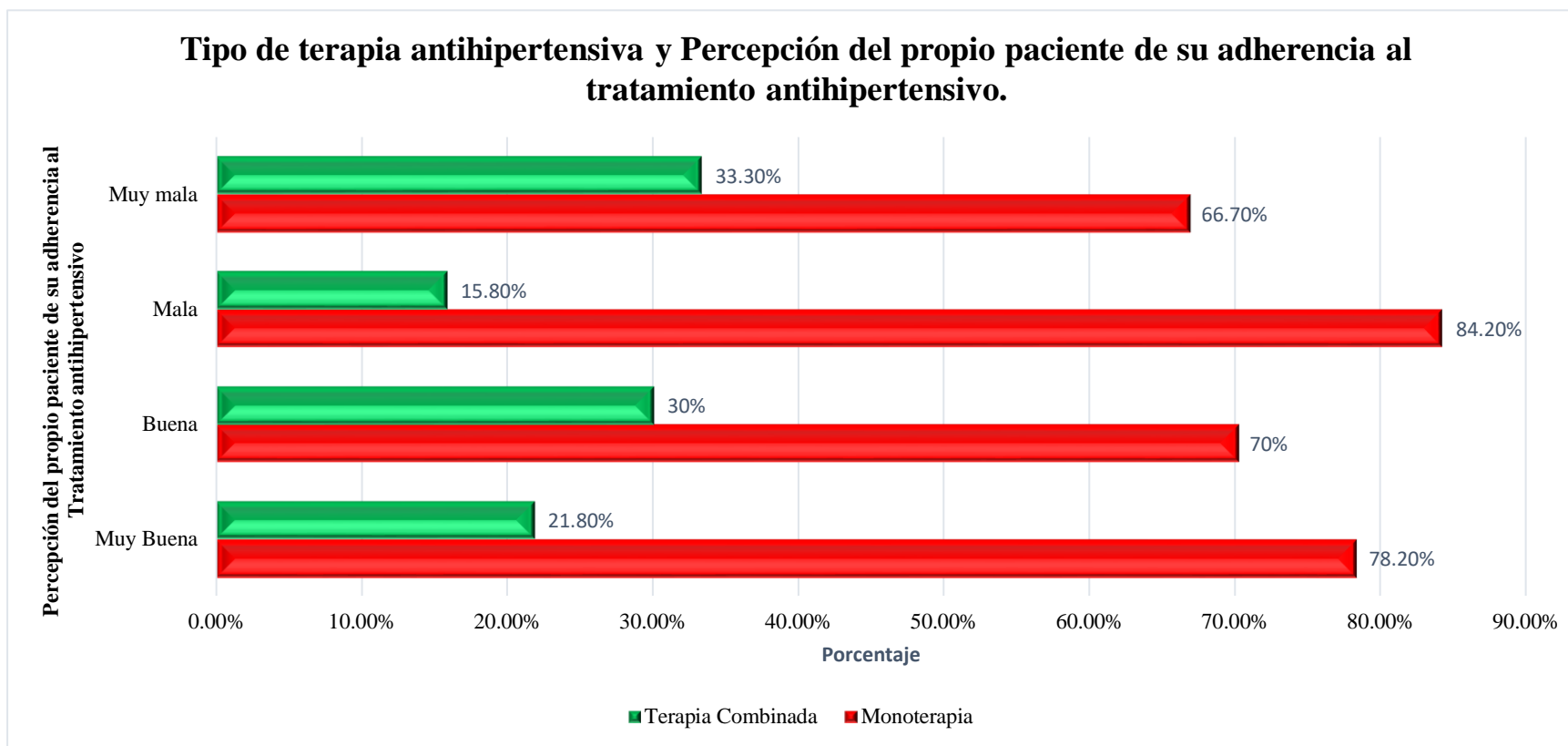
Fuente: Tabla N° 15.

Gráfico N°9: Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al cruce Fármaco empleado - Reacciones Adversas Medicamentosas



Fuente: Tabla N° 16.

Gráfico N° 10 : Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en pacientes de Consulta Externa, Medicina Interna, Hospital Carlos Roberto Huembés, Julio 2019 – Febrero 2020, distribución de acuerdo al cruce Tipo de terapia antihipertensiva -Percepción del paciente



Fuente: Tabla N° 17

