

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN HIPERTENSOS CRÓNICOS DE 25 A
59 AÑOS, SEGÚN TEST DE MARTÍN-BAYARRE-GRAU, UNIDAD DE SALUD
DE DULCE NOMBRE DE MARÍA, CHALATENANGO, PERÍODO JUNIO-
SEPTIEMBRE, 2022.**

PRESENTADO POR

MONTERROSA MÉNDEZ SARA ALEXANDRA

REYES FUNES WENDY VANESSA

RODRÍGUEZ GARAY JAVIER EDUARDO

PARA OPTAR AL GRADO DE

DOCTOR EN MEDICINA

ASESOR

DR. GIOVANNI ALEXANDER POLANCO

Ciudad Universitaria, "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador, octubre, 2022

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Msc. Roger Armando Arias

Rector

Phd. Raúl Ernesto Azcúnaga López

Vicerrector Académico

Ing. Juan Rosa Quintanilla

Vicerrector Administrativo

Ing. Francisco Antonio Alarcón Sandoval

Secretario General

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Msc. Josefina Sibrián de Rodríguez

Decana

Dr. Saúl Díaz Peña

Vicedecano

Licda. Aura Marina Miranda de Arce

Secretario

Dr. Rafael Monterrosa Rogel

Director de Escuela de Medicina

AGRADECIMIENTOS.

Le agradecemos a Dios, por darnos la fuerza y sabiduría necesaria para realizar este trabajo.

Al docente asesor Giovanni Alexander Polanco por su orientación en la realización de este trabajo

Al director de la UDSE Dulce nombre de maría por permitirnos realizar la investigación dentro del establecimiento

A las promotoras por brindarnos tiempo, apoyo y guía en la identificación y participación de pacientes que fueron clave en el proceso de investigación

Finalmente, a nuestras familias por el apoyo brindado para la realización de este trabajo.

RESUMEN

En este trabajo de investigación de tipo descriptivo, corte transversal, se abordó el nivel de adherencia de pacientes entre los 25 - 59 años con diagnóstico de hipertensión arterial que consultan en la Unidad de Salud Especializada de Dulce Nombre de María, a través del test de Martín Bayarre Grau, utilizando una muestra de 230 pacientes elegidos al azar mediante un muestreo aleatorio simple, siendo un total de 73% de mujeres y 27% de hombres, obteniéndose un 63% de pacientes con adherencia parcial. De igual manera se estudiaron 4 ámbitos que se ven inmersos en esta; determinándose en cuanto a las pautas terapéuticas, que los indicadores más deficientes fueron los relacionados a estilos de vida; sobre las dosis terapéuticas, se estableció que un 93% de la población estudiada las cumple sin mayor dificultad, mientras que los que la tuvieron mencionaron que las principales causas eran la polifarmacia o la automedicación; con respecto al conocimiento del tratamiento, los pacientes lograron cumplir su tratamiento sin esfuerzo o necesidad de apoyo de algún familiar, debido a que al saber sobre su tratamiento (nombre, dosificación, y posibles efectos secundarios) no requerían de estos; finalmente, en tanto a la implicación del paciente, existe una participación activa por parte del paciente en cuanto a la toma de decisiones y manifestación de aceptación de la toma de su tratamiento, sin embargo, siguen persistiendo ideas erróneas en cuanto a la prescripción, consecuencias de no tomarlo u otras dudas que bien pudieran solventarse durante la consulta al tener una relación médico-paciente ideal.

Palabras clave: Hipertensión arterial, Martín Bayarre Grau, Dulce Nombre de María, adherencia terapéutica.

I. INTRODUCCIÓN

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son las responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total anual a nivel mundial. Se estima que provocan 1.6 millones de decesos anuales en la Región de las Américas (OPS, 2017), de las cuales alrededor de medio millón son en personas menores de 70 años, lo que es considerado como una muerte precoz y evitable.

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares tienen su origen en factores de riesgo que pueden controlarse, tratarse o modificarse, tales como hipertensión, altos niveles de glucosa en sangre, alto colesterol y triglicéridos, entre otros. Sin embargo, de todos estos aspectos, la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para sufrir una enfermedad cardiovascular.

En 2008, se reportó hipertensión arterial en aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a mil millones en 2008 (1).

Por si sola la hipertensión arterial crónica es responsable de 7.5 millones de muertes anuales de forma global, lo que equivaldría al 13% de todas las causas de muertes (2). Sin embargo, se carece de un dato acerca de la mortalidad por hipertensión arterial a nivel de las Américas.

Si bien la hipertensión arterial no es curable, se puede prevenir y tratar para mantener las cifras de presión arterial por debajo de 140/90 mmHg. El tratamiento para el control de la hipertensión arterial crónica está constituido por una serie de intervenciones en el estilo de vida (como cambios en la dieta, disminución del consumo de alcohol y tabaco, etc.) y el consumo correcto de regímenes terapéuticos con grupos de medicamentos considerados como antihipertensivos.

Estudios a nivel latinoamericano muestran que un 53 % de la población total se encuentra en tratamiento, sin embargo, de este total de pacientes un 26 % aunque se encuentren con medicamentos y cambios en el estilo de vida, no llegan a los rangos de presión arterial considerados como meta (140/90 mmHg) por lo que se categorizan como pacientes no controlados. Este fenómeno está íntimamente ligado con un concepto llamado adherencia terapéutica, que según la OMS se define como, “grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud” (3). Esta relación puede observarse principalmente al desglosar el concepto en parámetros que son considerados en el análisis de la adherencia, tal es el caso de las pautas terapéuticas, dosis de medicamentos, conocimiento sobre la enfermedad y finalmente la implicación del paciente en su tratamiento.

Cualquier alteración en alguno de estos parámetros generará una disminución en el grado de adherencia terapéutica de una población en concreto. Por tanto, estudiar estos parámetros permite determinar qué tan adherente es un grupo particular de pacientes, así como saber en qué aspectos de su terapéutica se producen dificultades para así generar intervenciones oportunas.

A nivel mundial, se han realizado múltiples estudios sobre la adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial crónica, sin embargo, pocos datos se han obtenido sobre este tipo de estudios a nivel nacional y en un menor porcentaje a nivel de Chalatenango, de igual manera, se tiene poco conocimiento sobre la influencia de los parámetros antes mencionados en el nivel de adherencia de estos pacientes; Debido a lo antes mencionado, el presente trabajo tiene como objetivo determinar el nivel de adherencia terapéutica en los pacientes de 25 a 59 años, con diagnóstico de Hipertensión Arterial Crónica que consultan en la Unidad de Salud Especializada de Dulce Nombre de María,

Chalatenango, así como identificar que tanta adherencia presenta la población en cada uno de los ámbitos que la conforman.

Por lo que se aplicó el test de Martín Bayarre Grau, en una muestra de 230 pacientes Hipertensos crónicos, para clasificar el nivel de adherencia de la población en general, el cual fue catalogado como parcialmente adherentes ya que un 63 % no cumplían el tratamiento adecuadamente o lo hacían de forma irregular. En cuanto a los ámbitos abordados dentro de la adherencia, como las pautas terapéuticas, el cumplimiento de las dosis indicadas por el médico, el conocimiento del paciente sobre su enfermedad y la capacidad que tiene el paciente de intervenir activamente en la creación y cumplimiento de su tratamiento, obtuvimos que las principales limitantes estaban relacionadas a los cambios del estilo de vida del paciente, principalmente en lo que respecta a la dieta y el ejercicio, seguido de la polifarmacia y la medicación, así como la falta de comprensión sobre aspectos de su tratamiento dentro de los que tenemos los beneficios de su cumplimiento y las consecuencias de no hacerlo y finalmente a la utilización de herramientas que funcionan como recordatorios para la toma de sus medicamentos y de igual manera a actitudes, de parte del profesional de salud, que pueden llegar a entorpecer la relación médico paciente.

CONTENIDO

RESUMEN	v
I. INTRODUCCIÓN	vi
II. CAPÍTULO 1: OBJETIVOS	15
III. CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	16
3.1 GENERALIDADES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	16
3.1.1 Definición	16
3.1.2 Clasificación de la presión arterial	16
3.1.4 Etiología	17
3.1.5 Epidemiología	18
3.1.6 Tratamiento	18
3.2. ADHERENCIA TERAPÉUTICA	20
3.3. FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA	22
3.4. FACTORES DE ADHERENCIA	22
3.4.1 Pautas terapéuticas:	23
3.4.2 Dosis del tratamiento:	23
3.4.3 Conocimiento sobre la medicación:	24
3.4.4 Implicación del paciente:	24
3.5. MÉTODOS PARA MEDIR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA	25
3.5.1 Métodos directos:	25
3.5.2 Métodos indirectos:	26
3.6. Test de Martín Bayarre Grau:	29
3.6.2. Instrumento:	30
3.7. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA	31
3.7.1. Estrategias de intervención:	31
3.7.2. Características de las estrategias para el mejoramiento de la adherencia terapéutica:	33
IV. CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO	35
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	35
4.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN	35
4.3 AREA DE INVESTIGACION	35

4.4 DEFINICIÓN DE UNIVERSO Y MUESTRA	35
4.5 TIPO DE MUESTRA	35
4.6 DELIMITACIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA.	36
4.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN	36
4.8 DEFINICIÓN DE VARIABLES	37
4.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
4.10 FUENTES DE INFORMACIÓN	41
4.11 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	41
4.12 HERRAMIENTAS PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN:	41
4.13 PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.	41
4.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS	43
V. CAPÍTULO 4: RESULTADOS	44
VI. CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN	54
VII. CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES	59
VIII. CAPÍTULO 7: RECOMENDACIONES	61
IX. CAPÍTULO 8: BIBLIOGRAFÍA	62
X. CAPÍTULO 9: ANEXOS	69
10.1 ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	69
10.2 ANEXO 2: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	72
10.3 ANEXO 3 TABLAS DE RESULTADOS OBTENIDOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.	75
10.4 ANEXO 4 NOTIFICACION DE TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN DEL CENTRO DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO.	78

REFERENCIAS DE FIGURAS

REFERENCIAS DE CUADROS:

Cuadro 1: Tratamiento farmacológico de la HTA 19

Cuadro 2: Test Martín Bayarré Grau..... 20

REFERENCIAS DE TABLAS:

Tabla 1: Sexo y edad de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 25 a 59 años que consultan en unidad de salud Dulce Nombre de María..... 75

Tabla 2: Factores de adherencia con relación a pautas terapéuticas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 25 a 59 años que consultan en unidad de salud Dulce Nombre de María..... 75

Tabla 3: Factores de adherencia con relación a dosis de tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 25 a 59 años que consultan en unidad de salud Dulce Nombre de María..... 75

Tabla 4: Factores de adherencia con relación a conocimiento sobre medicación en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 25 a 59 años que consultan en unidad de salud Dulce Nombre de María..... 76

Tabla 5: Factores de adherencia con relación a implicación del paciente en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 25 a 59 años que consultan en unidad de salud Dulce Nombre de María..... 76

Tabla 6: Nivel de adherencia de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 25 a 59 años que consultan en unidad de salud Dulce Nombre de María..... 77

Tabla 7: Nivel de adherencia por sexo de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 25 a 59 años que consultan en unidad de salud Dulce Nombre de María..... 77

Tabla 8: Nivel de adherencia por sexo de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 25 a 59 años que consultan en unidad de salud Dulce Nombre de María..... 77

REFERENCIAS DE GRÁFICOS:

Gráfica 1: Distribución por rangos de edad y sexo en la población de estudio..... 44

Gráfica 2: Factores relacionados a las pautas terapéuticas de la población en estudio..... 45

Gráfica 3: Factores relacionados al cumplimiento de la dosis del tratamiento en la población en estudio..... 47

Gráfica 4: Factor del conocimiento del paciente sobre la medicación en la población en estudio..... 48

Gráfica 5: Factores relacionados a la implicación del paciente en su tratamiento de la población en estudio..... 49

Gráfica 6: Clasificación de nivel de adherencia en la población de estudio..... 51

Gráfica 7: Distribución de adherencia terapéutica por sexo de la población en estudio..... 52

Gráfica 8: Nivel de adherencia por rango de edad de la población en estudio..... 53

DESCRIPCIÓN DE SIGLAS

A.R.A. II	Antagonistas de los receptores de angiotensina II
D.M.	Diabetes mellitus
ENECA-ELS	Encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta de El Salvador
E.R.C.	Enfermedad renal crónica
ESC	Sociedad europea de cardiología
ESH	Sociedad europea de hipertensión
H.T.A./ H.T.A.	Hipertensión arterial crónica
H.V.I.	Hipertrofia del ventrículo izquierdo
I.E.C.A.	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
I.S.S.S.	Instituto salvadoreño del seguro social
M.B.G.	Test de Martín Bayarre Grau
MINSAL	Ministerio de salud
O.M.S.	Organización Mundial de la Salud
O.P.S.	Organización Panamericana de la Salud
P.A.D.	Presión arterial diastólica
P.A.S.	Presión arterial sistólica
T.D.O.	Terapia directamente observada
U.D.E./U.D.S.E	Unidad de salud especializada
U.S.B.	Unidad de salud básica

II. CAPÍTULO 1: OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer la adherencia terapéutica farmacológica en adultos de 25 a 59 años con Hipertensión arterial crónica según test de Martín-Bayarre-Grau que consultan en Unidad de Salud de Dulce Nombre de María Chalatenango junio-septiembre de 2022.

OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Determinar los factores de las pautas terapéuticas presentes en la adherencia farmacológica de la HTA-C en la población de interés según el test Martín-Bayarre-Grau.
2. Identificar los factores del cumplimiento de las dosis del tratamiento que se abordan en la adherencia farmacológica de la HTA-C de la población de interés.
3. Establecer los factores del conocimiento sobre la medicación que competen a la adherencia farmacológica de la HTA-C de acuerdo con el test Martín-Bayarre-Grau en la población de interés.
4. Determinar los factores del grado de implicación del paciente en su enfermedad comprendidos en la adherencia farmacológica en la población de interés según el test de Martín-Bayarre-Grau.

III. CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

3.1 GENERALIDADES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

3.1.1 Definición

En términos fisiológicos, la hipertensión arterial crónica (HTA-C) es un síndrome caracterizado por el incremento de las cifras de presión arterial como consecuencia de cambios hemodinámicos, macro y microvasculares (4).

De acuerdo con los lineamientos técnicos para el abordaje integral de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención, MINSAL 2021 (4), es la elevación sostenida de la presión arterial, sistólica y/o diastólica, con valores iguales o mayores de 140/90 mm Hg medida correctamente en dos o más ocasiones.

3.1.2 Clasificación de la presión arterial

Según el consenso de *American Heart Association* (5) del 2021, la presión arterial es:

- **Normal:** si está por debajo de 120/80 mm Hg.
- **Elevada:** si presión sistólica mide entre 120 y 129, y su presión diastólica mide menos de 80.
- **Alta:** si hay una presión sistólica de 130 o superior o una presión diastólica de 80 o superior, que permanece alta con el tiempo.
- **Crisis hipertensiva:** si la presión arterial sistólica >180 y diastólica > 120 mmHg.

Sin embargo, en el país se toman en cuenta los valores que establece el consenso de la Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial:

- PAS < 120 mmHg PAD < 80 mmHg **Óptima**
- PAS 120 a 130 PAD 80 a 84 mmHg **Normal**
- PAS 131 a 139 PAD 85 a 89 mmHg **Normal Alta**

- PAS 140 a 159 PAD 90 a 100 mmHg **HTA Grado I**
- PAS 160 a 179 PAD 101 a 109 mmHg **HTA Grado II**
- PAS \geq 180 PAD \geq 110 mmHg **HTA Grado III**
- PAS \geq 140 PAD < 90 mmHg **HTA Sistólica aislada**

3.1.3 Diagnóstico

Las personas con resultado anormal en su presión arterial en la consulta médica, se deberá tomar al menos dos mediciones separadas de un intervalo de 5 a 10 minutos siguiendo la técnica correcta y se tomará en cuenta el promedio de las últimas dos mediciones, dejando constancia en el expediente clínico (5).

Para la confirmación de HTA estadio I se citará al paciente en un lapso no menor de 2 semanas. A excepción HTA en estadio II en adelante o cuando hay evidencia clara de daño a órgano blanco (5).

Se diagnostica HTA cuando:

- La presión arterial sistólica (PAS) es \geq 140 mmHg o
- La presión arterial diastólica (PAD) es \geq 90 mmHg

3.1.4 Etiología

HTA primaria (90% de los casos)

- ✓ Es de origen genético y
- ✓ Contribuyen múltiples factores como: obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, entre otros (5).

HTA secundaria (10% de los casos):

- ✓ Se debe generalmente a malformaciones arteriales renales o de la arteria aorta; problemas hormonales, entre otros.
- ✓ Más frecuente en niños y jóvenes.

- ✓ Es curable en la mayoría de los casos, una vez resuelto el problema que lo originó.
- ✓ Inicio antes de los 20 años o después de los 50 años.
- ✓ Nivel de PA mayor a 180/110 mm Hg.
- ✓ Presencia de daño orgánico: retinopatía grado II, ERC, Cardiomegalia, o hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI), entre otros (5).

3.1.5 Epidemiología

Según la Organización Panamericana de la Salud (6), en El Salvador, durante el año 2003 se encontró que la prevalencia de hipertensión arterial en la ciudad de Santa Tecla (departamento de La Libertad, El Salvador) fue de 21.5%. Orantes et. al. (7) Entre los años 2009 y 2011 se encontró en comunidades agrícolas una prevalencia de hipertensión arterial de 20.9% en población adulta.

La prevalencia nacional de HTA en la población adulta en El Salvador, en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas en Población Adulta de El Salvador (ENECA-ELS) 2015, realizada por el Instituto Nacional de Salud en conjunto con MINSAL (8), fue de 37.0%, que representa una población estimada de 1,446,381 adultos.

La prevalencia en el sexo femenino fue de 38.0% y 35.8% en el sexo masculino. A medida que aumenta la edad, la prevalencia de HTA fue mayor; así, la prevalencia de HTA en la población mayor de 60 años fue de 66.0% (8).

En el área urbana fue de 40.1% y de 32.7% en el área rural. La región de salud Metropolitana presentó la mayor prevalencia de HTA con 43.6% y la menor en la región de salud Oriental 32.9% (8).

3.1.6 Tratamiento

La elección del medicamento, o la combinación de estos debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La experiencia previa del paciente con el uso de ciertos medicamentos antihipertensivos, su tolerancia o presencia de efectos colaterales.
- El efecto de los medicamentos sobre los factores de riesgo cardiovascular y renal, en relación con el perfil de riesgo del paciente.
- La presencia de daño de órganos blanco, enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal o DM.
- La presencia de otras condiciones clínicas puede limitar el uso de algunos medicamentos.
- Usar medicamentos cuyos efectos antihipertensivos duren 24 horas, porque favorecen la adherencia al tratamiento (4).

Cuadro 1. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial		
HTA	MONOTERAPIA	TERAPIA COMBINADA
Riesgo cardiovascular bajo, sin DM, ERC ni daño a órganos blanco	<p>Enalapril dosis inicial 10 mg hasta dosis de 20 mg VO cada 12 horas</p> <p>o</p> <p>Amlodipina 5 mg 1 a 2 tabletas VO cada día</p> <p>o</p> <p>Hidroclorotiazida 25mg ½ a 1 tableta VO cada día</p>	<p>Enalapril 20 mg VO cada 12 horas + Amlodipina 5 mg 1 o dos tabletas VO cada día.</p> <p>Amlodipina 5 mg 2 tabletas VO cada día + Enalapril 20 mg VO. cada 12 horas + Hidroclorotiazida 25 mg ½ a 1 tableta VO. cada día</p>
Con riesgo cardiovascular incrementado, con DM, ERC o daño a órganos blanco	<p>Valorar la monoterapia en los casos de diagnóstico de primera de HTA con riesgo incrementado.</p>	<p>Enalapril 20 mg VO cada 12 horas + Amlodipino 5 mg 1 o dos tabletas VO cada día.</p> <p>Amlodipino 5 mg 2 tabletas VO cada día + Enalapril 20 mg VO cada 12 horas + Hidroclorotiazida 25 mg ½ a 1 tableta VO cada día.</p> <p>Con antecedentes de enfermedad coronaria previa o enfermedad cerebrovascular, usar:</p>

		<p>Atenolol 100 mg VO cada 24 horas + Enalapril 20 mg VO cada 12 horas</p> <p>Valore agregar diurético en el primer control: Hidroclorotiazida 25 mg ½ a 1 tableta VO cada día.</p> <p>Con ERC:</p> <p>Principales combinaciones IECA+ diuréticos, ARA II + diuréticos, IECA + Antagonistas de Calcio, ARAll + antagonistas de calcio. Los diuréticos de ASA (furosemida) en ERC estadio 4 y 5. Ahorradores de potasio (espironolactona) ERC estadio 1 y 2 vigilar hipercalemia, empeoramiento de la función renal cuando se combinan con IECA o ARA II, deben evitarse en ERC estadio 4 y 5. El uso de. La espironolactona puede considerarse en estadios de hipopotasemia con ERC temprana en pacientes con desbalances hidroelectrolíticos, como en la ERC no tradicional.</p> <p>Tratamiento con estatinas y ácido acetil salicílico a dosis bajas</p>
--	--	---

Fuente: (4).

3.2. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (9) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento de este; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones” en este informe, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante (9).

1. Factores socioeconómicos

Entre ellos están la pobreza, el acceso a la atención de salud y medicamentos, el analfabetismo, la provisión de redes de apoyo social efectivas y mecanismos

para la prestación de servicios de salud que tengan en cuenta las creencias culturales acerca de la enfermedad y el tratamiento (9).

2. Factores relacionados con el tratamiento

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia; los más relevantes se vinculan con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos terapéuticos anteriores, los cambios constantes en el tratamiento, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (9).

3. Factores relacionados con el paciente

Entre ellos destaca la falta de recursos, creencias religiosas, nivel escolar, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza en el médico, deseo de control, autoeficacia y salud mental.

La falta de adherencia hace que los costos para el paciente sean sustancialmente más altos; sin embargo, existen muy pocos estudios para realizar intervenciones a este nivel (9).

4. Factores relacionados con la enfermedad

Algunos determinantes de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

Su repercusión depende de cuánto influye la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica (9).

5. Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria:

Los factores relacionados con el sistema sanitario tienen efectos negativos en la adherencia terapéutica; por ejemplo: centros de salud con infraestructura

inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado y con carga de trabajo excesiva que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud sin adecuada preparación, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento en enfermedades crónicas, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla (9).

Mejorar la adherencia terapéutica requiere evaluar las áreas de oportunidad en donde se puede intervenir. Ya identificado el problema que interfiere en la adherencia terapéutica, se construyen de manera individualizada las estrategias y las intervenciones (9).

3.3. FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La falta de adherencia terapéutica es la herramienta que se utiliza para cuantificar la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo cual implica la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables (10).

Según la OMS (10), la falta de adherencia es un “problema mundial de gran magnitud”, ya que, a pesar de que la medicina ha avanzado de manera sorprendente en las últimas décadas, otorgando cada vez mayor conocimiento de las enfermedades y con ello la existencia de numerosos tratamientos médicos sumamente eficaces, la incidencia y prevalencia de muchos padecimientos continúa siendo alta y su tratamiento muestra una menor efectividad a la esperada, como resultado de que las tasas de adherencia a la medicación continúan siendo bajas, y no se han observado cambios significativos a través del tiempo.

3.4. FACTORES DE ADHERENCIA

La complejidad de las dosis, los requisitos para múltiples píldoras, la capacitación inadecuada del paciente, los efectos secundarios de las dosis altas de

medicamentos únicos y el costo del tratamiento a menudo afectan la adherencia al tratamiento antihipertensivo, de forma que se vuelven parte fundamental en la implicación de la adherencia (3).

3.4.1 Pautas terapéuticas:

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica entre los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (3).

De forma que mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios) más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente (3).

3.4.2 Dosis del tratamiento:

Las tasas más altas de no adherencia al tratamiento se producen cuando el tratamiento se realiza en el medio extrahospitalario. La prescripción por principio activo supone un factor de confusión para los ancianos, así como las vías de administración incómodas (3).

Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis, y que ésta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados (3).

3.4.3 Conocimiento sobre la medicación:

Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia (3).

Es evidente que la educación para la salud facilita la modificación en hábitos y comportamientos, lo que permite restablecer y conservar la salud, mejorando las condiciones de vida (3).

De esta manera en la interacción profesional salud-enfermo, cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Por lo que es necesario ofrecer conocimientos al paciente sobre la hipertensión arterial y su tratamiento, enseñarle cómo, cuándo y en qué cantidad tomar la medicación; qué hacer en el caso de olvido o retraso en una dosis, con qué frecuencia y qué efectos adversos graves pueden producirse; personalizar la intervención, utilizar la información impresa, medios audiovisuales y las tarjetas de control; así como ofrecer educación sanitaria individual, oral y escrita de forma amplia y regular, por parte del médico o enfermera que intentarán establecer la relación médico-paciente lo mejor posible (3).

3.4.4 Implicación del paciente:

La participación en la toma del control de salud se vuelve fundamental, por lo que ignorar la hipertensión es peligroso ya que esto aumenta la probabilidad de complicaciones potencialmente mortales. Cuanto más alta es la tensión arterial, mayor es la probabilidad de que tenga consecuencias para el corazón y los vasos sanguíneos de órganos importantes, como el cerebro o los riñones (3).

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente (3).

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente influyen sobre el comportamiento del paciente a la adherencia (3).

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento (3).

Estudios demuestran que características de la población que se relacionan con mayor frecuencia a situación de vulnerabilidad socioeconómica en los hogares, con una mayor precariedad laboral, con menores niveles de educación formal, áreas con mayor proporción de individuos con empleos sin protección social tienen mayor porcentaje de no adherencia (3).

3.5. MÉTODOS PARA MEDIR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Los métodos para medir la adherencia al tratamiento farmacológico pueden clasificarse en dos grandes grupos: métodos directos y métodos indirectos (11).

3.5.1 Métodos directos:

Los métodos directos, generalmente, consisten en la determinación de la concentración en alguna muestra biológica (por ejemplo, sangre u orina) del fármaco, sus metabolitos o de algún marcador biológico. Estas técnicas no están disponibles para todos los medicamentos y, principalmente, se han realizado con fármacos antiepilépticos, antirretrovirales y antipsicóticos. Como marcadores biológicos para medir la adherencia se pueden utilizar: la razón normalizada internacional (INR), la hemoglobina glicosilada, el ion bromuro, el ácido úrico o la riboflavina, entre otros (11).

Dentro de los métodos directos, también se incluye la terapia directamente observada (TDO).

Los métodos directos son bastante objetivos, aunque son caros y no siempre aplicables a la práctica clínica habitual. Además, dan una respuesta simplista de sí o no sin revelar el patrón de no adherencia y sus posibles causas. Se utilizan principalmente en el ámbito de los ensayos clínicos o en algunas patologías con un gran impacto en la salud pública, como la tuberculosis (11).

3.5.2 Métodos indirectos:

Dentro de este grupo, se incluyen la evaluación de la información proporcionada por el paciente o su cuidador a partir de la entrevista clínica o un cuestionario validado (es el método más utilizado), el recuento de medicación, el uso de dispositivos electrónicos o el análisis del registro de dispensaciones. Estos métodos tienen como ventajas la sencillez, la facilidad de aplicación en la práctica clínica diaria y un menor coste que los métodos directos (11).

3.5.2.1. Métodos basados en la entrevista clínica: Son los métodos más sencillos para medir la adherencia terapéutica. Consisten en preguntar directamente al paciente sobre la estimación de su adherencia al tratamiento farmacológico, por ejemplo, el porcentaje de dosis que olvidó tomar durante un periodo determinado o con qué frecuencia no sigue la pauta prescrita. Alternativamente, también se puede preguntar al paciente acerca del conocimiento que posee de su tratamiento, como el nombre del medicamento prescrito, la pauta de dosificación y la indicación. Dentro de este apartado, también figura la utilización de cuestionarios para conocer la adherencia autocomunicada por parte del propio paciente. Estas pruebas, generalmente,

han sido validadas frente a otras medidas (como el recuento de comprimidos o el sistema MEMS®) y pueden tener varias versiones tanto para distintas poblaciones como en distintos idiomas. La información que proporciona cada escala o cuestionario puede ser diferente. De este modo, la información obtenida a partir de los cuestionarios puede ser sobre el comportamiento del paciente relativo a la toma de medicación, las barreras y los factores determinantes para una correcta adherencia terapéutica y/o las creencias asociadas a la adherencia. Además, estos cuestionarios pueden analizar la adherencia terapéutica en etapas diferentes: en la iniciación, en la implementación y/o en la discontinuación del tratamiento. Por consiguiente, según qué se quiere analizar y a quién quiere realizarse deberá escogerse un cuestionario u otro (11).

Entre los inconvenientes de los métodos basados en la entrevista clínica están la posibilidad de que el paciente mienta, que olvide datos sobre la toma de medicación o que piense que hace correctamente el tratamiento, pero no sea así (falta de adherencia involuntaria) (11).

3.5.2.2. Recuento de medicación sobrante: Consiste en contar las unidades de dosificación (generalmente, comprimidos o cápsulas) que el paciente ha tomado entre dos citas programadas. Para calcular la ratio de adherencia se compara este número con el número de unidades recibidas por parte del paciente. Permite calcular el porcentaje de adherencia terapéutica si se conoce la pauta de administración. Para proceder al cálculo debe aplicarse la siguiente fórmula: $[(\text{número de unidades dispensadas} - \text{número de unidades remanentes}) / (\text{número prescrito de unidades por día} \times \text{número de días entre las dos visitas})] \times 100$. Este método ha sido ampliamente validado y se considera que es objetivo y fiable, por lo que tradicionalmente se consideró que era el método de referencia hasta la

aparición del MEMS®. Es económico y fácil de aplicar, pero puede sobreestimar la adherencia si el paciente deliberadamente se deshace de las unidades de medicación sobrante. También la puede infraestimar ya que utiliza la fecha de dispensación como denominador de la ecuación sin considerar la posibilidad de tener medicación extra en casa. Por otra parte, por sí solo, este método tampoco da información sobre la naturaleza del problema o qué patrón de omisión de dosis sigue el paciente. Se utiliza habitualmente tanto en el ámbito de la investigación clínica como en la práctica médica diaria (11).

3.5.2.3. Dispositivos electrónicos: Los dispositivos para monitorizar la adherencia están incorporados en el envase de la medicación. Reciben el nombre de Electronic Medication Packaging Devices o EMD. Pueden tener una o varias de las siguientes características: registro de la fecha y hora de apertura del envase, recordatorios audiovisuales para señalar el momento de la toma de la siguiente dosis, pantallas digitales, monitorización a tiempo real y feed-back sobre el grado de adherencia. Los datos pueden ser descargados directamente desde el dispositivo o el propio dispositivo puede transferirlos a un dispositivo del profesional sanitario o investigador conectado a la misma red wifi (11).

3.5.2.4. Análisis de los registros de dispensación: La utilización de los registros de dispensación como fuente de información sobre la adherencia terapéutica ha incrementado notablemente con la informatización de las prescripciones médicas y con la conexión de las bases de datos de distintos niveles asistenciales. Para determinar el grado de adherencia se parte de la asunción que la reposición de la medicación por parte del paciente se corresponde con la toma de medicación y que la medicación es tomada tal y como está prescrita (11).

3.6. Test de Martín Bayarre Grau:

Esta prueba, validada para la hipertensión, se divide en 12 ítems con respuesta tipo Likert de 5 opciones. Aporta información sobre el cumplimiento de la pauta, de la dosis, conocimiento de la medicación y sobre el grado de implicación del paciente en su enfermedad. Por ello, presenta las condiciones adecuadas y criterios válidos para su uso y aplicación en investigación y en la práctica médica diaria. Presenta un valor de alfa de Cronbach de 0,889. El cuestionario MBG ofrece una valoración de la adherencia en todos los ámbitos, aunque está validado para la hipertensión arterial se puede adaptar a otras patologías, o a la pluripatología (12).

3.6.1. Construcción del instrumento: Se confeccionaron los ítems en forma de 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca, marcando con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. El cuestionario recoge, además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higiénico-dietético (12).

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido (12).

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar (12).

3.6.2. Instrumento:

CUADRO 2: TEST MARTÍN BAYARRÉ GRAU					
PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA				
	Nunca = 0	Casi Nunca = 1	A veces = 2	Casi Siempre = 3	Siempre = 4
1. Toma los medicamentos en el Horario Establecido					
2. Se toma las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados,					
6. Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria.					
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la					

realización del tratamiento.					
11. Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento.					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					
Fuente: (13)					

3.7. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

3.7.1. Estrategias de intervención:

Son múltiples las investigaciones publicadas en las últimas décadas sobre la eficacia de distintas intervenciones para abordar el incumplimiento terapéutico, que a modo expositivo puede ser agrupadas en seis grandes grupos:

3.7.1.1. Intervenciones simplificadoras del tratamiento: Son múltiples las pruebas que establecen la relación directa entre la complejidad del tratamiento prescrito (en términos de dosificación, vía de administración, número de fármacos, etc.) y el incumplimiento, pudiéndose englobar en esta complejidad las interferencias con las actividades de la vida diaria del paciente. Parece obvio, por tanto, que toda estrategia encaminada a simplificar el tratamiento debería tener como resultado la mejora en la adherencia terapéutica (14).

3.7.2.2. Intervenciones informativas / educativas: La trasmisión de información tendría su papel sobre el cumplimiento a través del proceso de aprendizaje orientado para que el individuo adopte voluntariamente la conducta más beneficiosa ofreciéndole los medios adecuados,

apoyándose en que los pacientes desean recibir información y principalmente desean recibirla de los profesionales que les atienden habitualmente. En este sentido, las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo la mejora del cumplimiento a través del aumento de conocimientos sobre su enfermedad, las posibles complicaciones, el tratamiento prescrito, etc. (14)

3.7.2.3. Intervenciones de apoyo familiar/social: Diversos estudios han verificado que las personas que viven solas presentan mayores tasas de incumplimiento, lo que puede interpretarse, de forma inversa, como que las personas que cuentan con el apoyo familiar tendrían mayores facilidades para seguir correctamente el tratamiento pautado. En base a estos datos, las intervenciones incluidas en este grupo tendrían como objetivo la mejora en la adherencia a través de la implicación en el proceso de la familia o el entorno social (14).

3.7.2.4. Intervenciones con dinámica de grupos: Distintos textos especializados en el tema sugieren que las técnicas grupales suponen una estrategia eficaz para alcanzar objetivos de motivación y seguimiento de recomendaciones; en este sentido las intervenciones incluidas en este grupo buscarían la mejora de la adherencia a través de un aumento de los conocimientos y de la confianza del paciente (14).

3.7.2.5. Intervenciones de refuerzo conductual: Cuando el paciente cree que el tratamiento indicado incidirá positivamente en la evolución de su proceso y cuando se considera responsable del mismo, tiende a seguir dicho tratamiento con mayor adherencia que en los casos contrarios; por este motivo, parece lógico pensar que las intervenciones que van encaminadas a mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su

proceso a través de técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual pueden conducir a la mejora de la adherencia terapéutica (14).

3.7.2.6. Combinación de intervenciones: el origen del incumplimiento es un proceso complejo de origen multifactorial, por lo que parece lógico pensar que la combinación de varias intervenciones puede obtener resultados más positivos que las intervenciones aisladas, no obstante, las intervenciones complejas pueden hacer disminuir la participación de los pacientes en el cumplimiento de su tratamiento (14).

3.7.2. Características de las estrategias para el mejoramiento de la adherencia terapéutica:

Desde la perspectiva de Orueta Sánchez en conjunto con la OMS (14), existen una serie de aspectos o características que deberían estar presentes en toda intervención:

- **No culpabilizar:** Aunque no existen “evidencias” a este respecto, y no queda incluido en la clasificación antes mencionada, una premisa inicial y fundamental a tener en presente ante cualquier circunstancia relacionada con el incumplimiento es la no culpabilización del paciente; el paciente es uno más de los factores implicados en la etiopatogenia de este y no puede descargarse sobre el mismo la responsabilidad del problema (14).
- **Individualización de la intervención:** el origen multifactorial del incumplimiento y la orientación individual o específica de las intervenciones hacen necesario el establecer estrategias de intervención individualizadas en función de los factores implicados en la falta de adherencia en casos concretos y en las características individuales del incumplidor (14).

- **Fortalecimiento de la relación:** El establecimiento de una adecuada relación entre el profesional y el paciente hace posible la creación de un vínculo que les permite entenderse en el establecimiento de una estrategia terapéutica, que al ser compartida por el paciente hace que sea aceptada como propia y, por lo tanto, existan menos tasas de abandono (14).
- **Integración en la práctica diaria:** Toda intervención que sea integrada en la práctica clínica diaria tendrá a su favor el poder hacerla extensible a un grupo mayor de población y esto es valorado muy positivamente por distintos autores que consideran que de este modo podría realizarse una actuación preventiva sobre el incumplimiento (14).
- **Participación de distintos profesionales:** La prevención, la detección y el abordaje del incumplimiento terapéutico no son competencia exclusiva de los médicos, otros como el personal de enfermería, psicología, nutrición, promoción y educación de la salud del primer nivel de atención también pueden realizar intervenciones con éxito (14).

IV. CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva, cualitativa, de corte transversal.

4.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

Junio-septiembre de 2022.

4.3 AREA DE INVESTIGACION

Unidad de Salud Especializada Dulce Nombre de María, Chalatenango, El Salvador.

4.4 DEFINICIÓN DE UNIVERSO Y MUESTRA

- Universo: adultos de 25 a 59 años con diagnóstico de Hipertensión arterial crónica que consultan en Unidad de Salud Especializada Dulce Nombre de María, Chalatenango.
- Muestra: adultos de las edades comprendidas entre los 25 a 59 años.

4.5 TIPO DE MUESTRA

El muestreo que se realizó fue el aleatorio simple, que es un método básico utilizado en áreas estadísticas y de cálculo.

El método de selección se consideró como el ideal puesto que los sujetos de interés se conocen en su totalidad, usando un listado electrónico ordenado en base a los apellidos, de esa forma asignándose un número, posteriormente se eligió al azar 230 participantes, a los cuales se contactó a través de los promotores para que fueran a la consulta en el establecimiento, y de esta forma se pasase el instrumento de investigación.

Se hizo la identificación de los pacientes que consultaron en UDSE Dulce Nombre de María en el período comprendido del 2021-2022, debido a que estos años son los que cuentan con registros actualizados de los mismos; determinando el total de pacientes que consultaron por HTA-C, descartándose aquellos que consultaron por alguna otra comorbilidad.

4.6 DELIMITACIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA.

Universo: 5062 personas con diagnóstico de hipertensión arterial que consultan en UDS Dulce Nombre de María.

Población: 539 personas con hipertensión arterial crónicas sin comorbilidades.

Muestra: 230 pacientes con HTA-C entre las edades de 25 a 59 años.

Tamaño de muestra: Para estimar la muestra conociendo el tamaño de la población utilizamos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{I^2(N - 1) + 1}$$

Donde:

N = Tamaño de población (personas entre 25 y 59 años)

I= Error muestral (0.05)

n = Tamaño de la muestra

Cálculo del tamaño de muestra:

$$n = \frac{539}{(539 - 1)(0.05)^2 + 1}$$

Tamaño de muestra = 230 personas

4.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Adultos que consultan en la Unidad de Salud Especializada Dulce Nombre de María.

- Adultos que comprendan las edades entre 25 a 59 años.
- Aquellos que deseen colaborar con la investigación.
- Aquellos pacientes que solamente sean tratados por Hipertensión Arterial Crónica.
- Paciente que asista exclusivamente a su control mensual de hipertensión arterial crónica.

Criterios de exclusión

- Que no consultan en la Unidad de Salud Especializada Dulce Nombre de María.
- Adultos con edades no comprendidas dentro de la investigación.
- Aquellos que no deseen participar en la investigación.
- Pacientes que presentan otras comorbilidades.
- Pacientes que consulten por control de hipertensión y comorbilidades.

Criterios de eliminación

- Adultos que hayan abandonado el tratamiento.
- Que no completen el instrumento de entrevista y/o no brinden la información completa requerida.
- Que no estén presentes durante la toma de datos y muestras de la investigación.
- Pacientes que padezcan HTA-C, pero no reciban tratamiento farmacológico.

4.8 DEFINICIÓN DE VARIABLES

1. Pautas terapéuticas
2. Dosis del tratamiento
3. Conocimiento sobre la medicación
4. Implicación del paciente

4.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala	Valor	Fuente	Técnica	Instrumento
1. Determinar los factores de las pautas terapéuticas que influyen sobre la adherencia farmacológica de HTA-C en la población de interés según el test Martín-Bayarre-Grau	Pautas terapéuticas	Son las normas o modelos que establecen el régimen de distribución de las dosis, el horario de las tomas, el momento adecuado para hacerlo y la duración del tratamiento.	Se refieren a los diferentes mecanismos o tratamientos propuestos por el médico tratante para el manejo adecuado de la patología.	Toma los medicamentos en el horario establecido. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta. Asiste a las consultas de seguimiento programadas. Realiza los ejercicios físicos indicados.	Buena adherencia Adherencia parcial Mala adherencia	38-48 puntos 18-37 puntos 0-17 puntos	Paciente	Entrevista	Test del Martín-Bayarre-Grau
2. Identificar los factores del cumplimiento de las dosis del tratamiento que influyen en la adherencia farmacológica de HTA-C de la población de interés.	Dosis del tratamiento	La dosis es la cantidad de medicamento que contiene la medida exacta de principio activo para que éste sea eficaz, efectivo y seguro para el paciente y le resuelva el problema de salud para el	Cantidad de medicamento a ingerir indicada por el médico tratante para el manejo de la hipertensión arterial crónica.	Se toma toda la dosis indicada.					

		que ha estado indicado.							
3. Establecer los factores que afectan sobre el conocimiento de la medicación que influyen en la adherencia farmacológica de HTA-C de acuerdo al test Martín-Bayarre-Grau en la población de interés.	Conocimiento o sobre la medicación	Entendimiento o información por parte del paciente, sobre las diferentes generalidades de su tratamiento farmacológico, como posología y efectos adversos.	Capacidad del paciente de identificar el nombre, dosis, vía de aplicación y duración de los medicamentos prescritos para el manejo de su patología.	Cumple el tratamiento sin supervisión de sus amigos o familia. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
4. Determinar los factores que intervienen en el grado de implicación del paciente en su enfermedad que influyen en la adherencia farmacológica en la población de	Implicación del paciente	Participación del paciente en la toma de las decisiones sobre su salud de manera compartida con el médico y, por lo tanto, se responsabiliza del cuidado de su salud y de su tratamiento.	Nivel de participación del paciente en la formulación y ejecución del tratamiento propuesto en conjunto con el personal médico.	Usted y su médico deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir. Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento. Tiene la posibilidad de manifestar su					

interés según el test de Martín-Bayarre-Grau.				aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.10 FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes primarias: Personas diagnosticadas con hipertensión arterial crónica entre 25 a 59 años que consultan en Unidad de salud especializada Dulce nombre de María, quienes brindarán directamente la información principal.

4.11 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

En la investigación se usó como técnica para obtención de información la entrevista.

La entrevista consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos en cada una de las consultas de manera personal que son brindadas como control hacia pacientes hipertensos y que no presentan alguna otra comorbilidad.

La información recolectada se sometió a análisis para poder obtener cada uno de los datos de interés; en este caso se utilizó *la prueba del Martín-Bayarre-Grau*.

4.12 HERRAMIENTAS PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN:

La herramienta que se utilizó para desarrollar la entrevista es el cuestionario guiado.

El instrumento consta de preguntas en formato tipo Likert que sirvieron para obtener información acerca del nivel de adherencia terapéutica farmacológica en la población de interés, englobada en 4 componentes: pautas terapéuticas, dosis del tratamiento, conocimiento sobre la medicación e implicación del paciente en su enfermedad.

4.13 PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

Mediante la utilización de la herramienta de trabajo, que en este caso fue el cuestionario guiado a través de *la prueba de Martín-Bayarre-Grau* que explora el comportamiento del paciente relativo a la toma de medicación y las barreras para la adherencia terapéutica, consta de 12 ítems con respuesta tipo Likert de 5 opciones

del 0 al 4 con respuestas de “nunca” a “siempre” que aporta información sobre el cumplimiento de la pauta, de la dosis, conocimiento de la medicación y sobre el grado de implicación del paciente en su enfermedad, con una escala que establece Buena adherencia si la puntuación se encuentra entre 38-48 puntos, Adherencia parcial 18-37 puntos, Mala adherencia 0-17 donde al final permite determinar el nivel de adherencia, esta escala posee una valoración alfa de Cronbach de 0,889 de forma que presenta las condiciones adecuadas y criterios válidos para su uso y aplicación en investigación y en la práctica médica diaria.

Para la interpretación de los datos, en relación a los objetivos específicos, se agruparon las preguntas del test en cuatro categorías que evalúan a los ámbitos que conforman la adherencia terapéutica, los cuales son:

- ***Pautas terapéuticas:*** abordándose las preguntas 1, 3, 4 y 5.
- ***Dosis del medicamento:*** correspondiendo a la pregunta 2.
- ***Conocimiento sobre el tratamiento:*** Abarcando a las preguntas 8 y 9.
- ***Implicaciones del paciente:*** conformado por las preguntas 7, 10, 11 y 12.

Una vez se obtuvo esta información, se procedió a la estimación de forma global de la adherencia o no adherencia, así como la identificación de los factores que influyen en cada uno de los ámbitos que la conforman y determinar los más relevantes en la población en estudio; posteriormente la información recolectada, se procesó mediante una base de datos elaborada en Microsoft Excel, en base a los objetivos de la investigación para luego elaborar tablas en orden de frecuencia y gráficos de barra a manera de presentar los resultados de mayor a menor, utilizándose una de las medidas de tendencia central, en este caso la Moda.

Finalmente se realizó un análisis de tipo descriptivo a los resultados obtenidos, los cuales fueron presentados mediante una presentación de Power Point y en un reporte escrito. Entregándose una copia al director y al supervisor de promotores de la microrred Dulce Nombre de María para su socialización con los promotores y la población implicada.

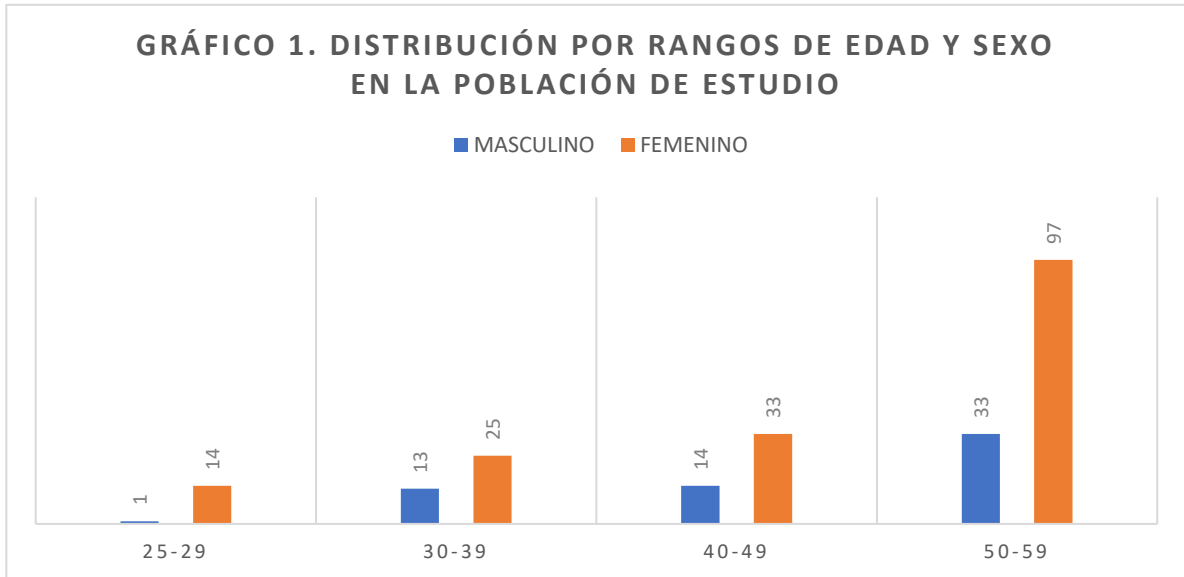
4.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación será realizada con los permisos correspondientes y bajo el consentimiento de los participantes en la investigación, a los cuales se les brindará información del objetivo y fin de la investigación, además que la información que se obtendrá será de carácter confidencial, también tendrá todo el derecho de participar o no si él lo considera oportuno.

De la misma manera se mantendrá una relación estrictamente profesional con las personas que sean partícipes de la investigación, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

La investigación presenta criterios éticos en el diseño de estudio y en la recolección de datos. Los cuales están relacionados con los siguientes principios: Consentimiento informado, Confidencialidad, Manejo de riesgos, Respeto a las personas.

V. CAPÍTULO 4: RESULTADOS

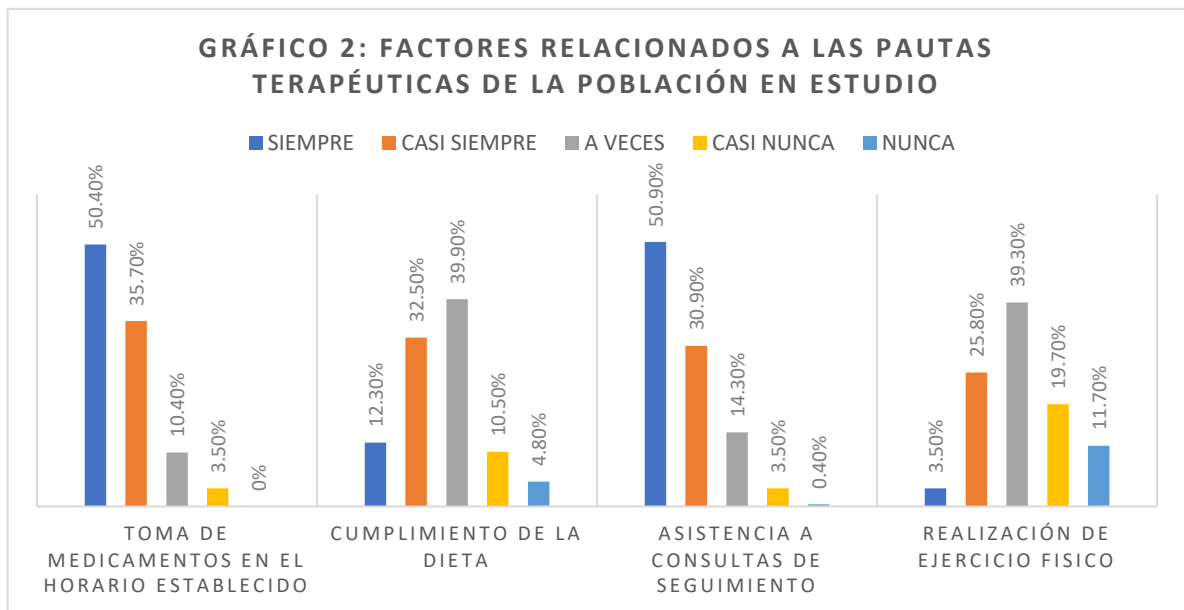


FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María

ANÁLISIS:

El gráfico 1 establece que un 73% de la población participante que consulta en UDSE Dulce Nombre de María es femenina, mientras que el 27% restante de la misma es masculina. Reflejando que la mayoría de la población consultante es del sexo femenino. Mientras que los rangos de edades se desglosaron de 25-29 años, teniendo 15 participantes entre esas edades; de 30-39 años fueron 38; de 40-49 años fueron 47, y de 50-59 años fueron 130. Pudiendo corroborar que la prevalencia de la HTA-C aumenta significativamente con la edad, pasando del 6.5% entre las edades de 25 a 29 años, hasta un 56.5 % de pacientes en las edades de 50 a 59 años.

OBJETIVO 1: Determinar los factores de las pautas terapéuticas presentes en la adherencia farmacológica de la HTA-C en la población de interés según el test Martín-Bayarre-Grau.



FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María

ANÁLISIS:

El gráfico 2, que aborda los factores de la pauta terapéutica que influyen en la adherencia, cuenta con 4 indicadores del cuestionario que hacen referencia a las normas establecidas por el médico en cuanto al tratamiento; entre ellas: el horario establecido para toma de medicamento, dieta, consulta de seguimiento y realización de ejercicio físico.

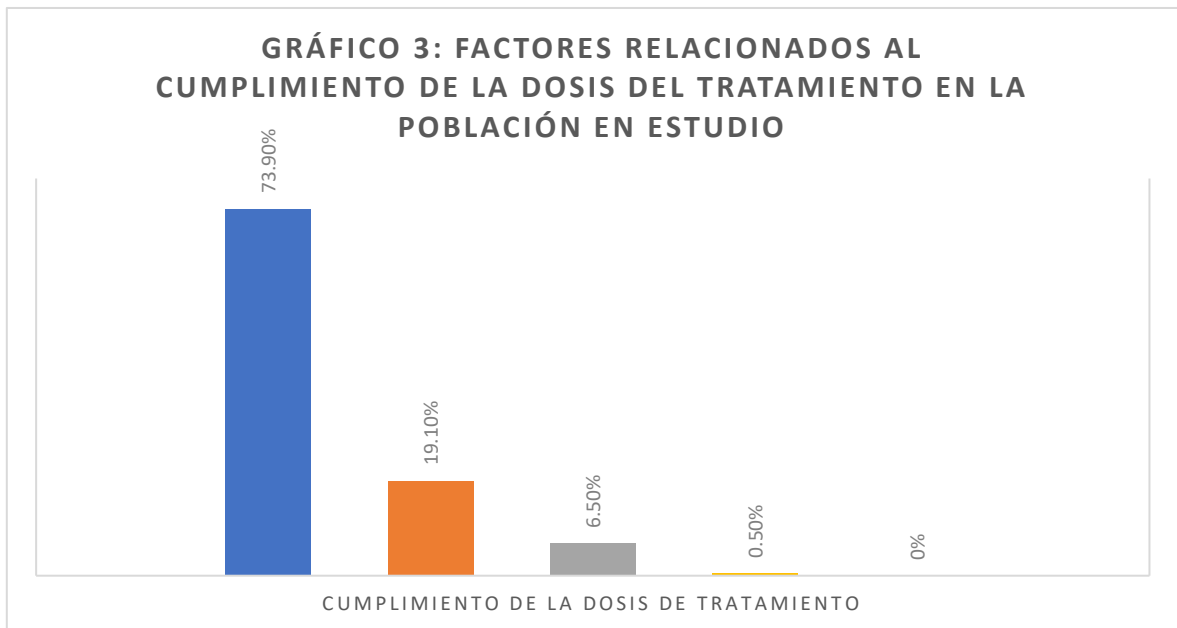
El primer indicador relacionada al horario establecido para la toma del medicamento, obtuvo un 50.4% en la respuesta “siempre”, lo que se traduce a 116 pacientes que cumplen con un horario fijo; seguido de un 35.7%, es decir 82 pacientes, que “Casi siempre” cumplen un horario. Lo cual representa un total de 86.1%, o 198 personas, que dan cumplimiento a un horario establecido.

El segundo indicador, acerca de las indicaciones del personal sanitario con respecto a la dieta, presenta un 39.9% en la respuesta “A veces”, es decir que 91 pacientes a veces cumplían con las recomendaciones. Un total de 44.8% de la población, conformado por “Siempre” y “Casi siempre”, con buena adherencia; en contraposición con un 15.3% con mala adherencia.

El siguiente indicador que habla sobre la asistencia a los controles o seguimientos programados, reflejan que un 50.9% de la población asisten “Siempre” a sus controles médicos previamente establecidos, mientras un 30.9% “Casi siempre” tratan de ir a sus consultas.

Por último, acerca del cumplimiento de la actividad física recomendada por el médico, 90 pacientes, es decir un 39.3% de la población, “A veces” atiende a la indicación de realizar ejercicio físico; mientras que un 29.3%, conformado por “siempre” y “casi siempre”, siguen con dicha indicación, siendo adherentes. Por otro lado, un 31.4% de la población, “nunca” o “casi nunca” han realizado ejercicio.

OBJETIVO 2: Identificar los factores del cumplimiento de las dosis del tratamiento que se abordan en la adherencia farmacológica de la HTA-C de la población de interés.

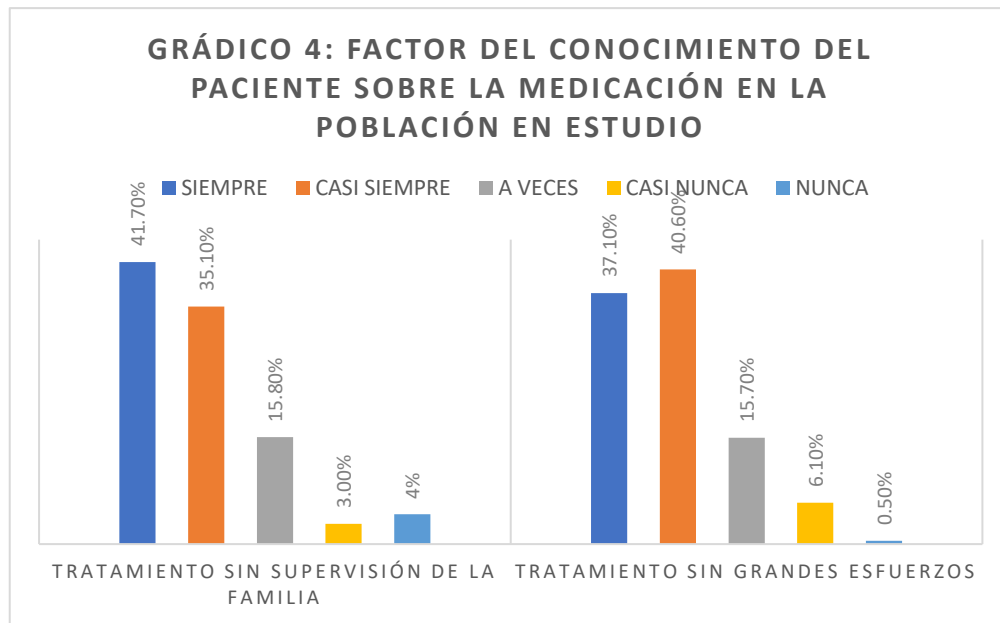


FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María

ANÁLISIS:

En cuanto al gráfico 3, referente a la dosis del medicamento antihipertensivo indicada por el médico, se observa que un 73.9% de la población, es decir 170 pacientes “Siempre” se toman la dosis indicada de su tratamiento. Seguido de un 19.1% que “Casi siempre” lo cumple. Mientras tanto la población con mala adherencia es poco significativa, con una representación de 0.5 %.

OBJETIVO 3: Establecer los factores del conocimiento sobre la medicación que competen a la adherencia farmacológica de la HTA-C de acuerdo con el test Martín-Bayarre-Grau en la población de interés.



FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María

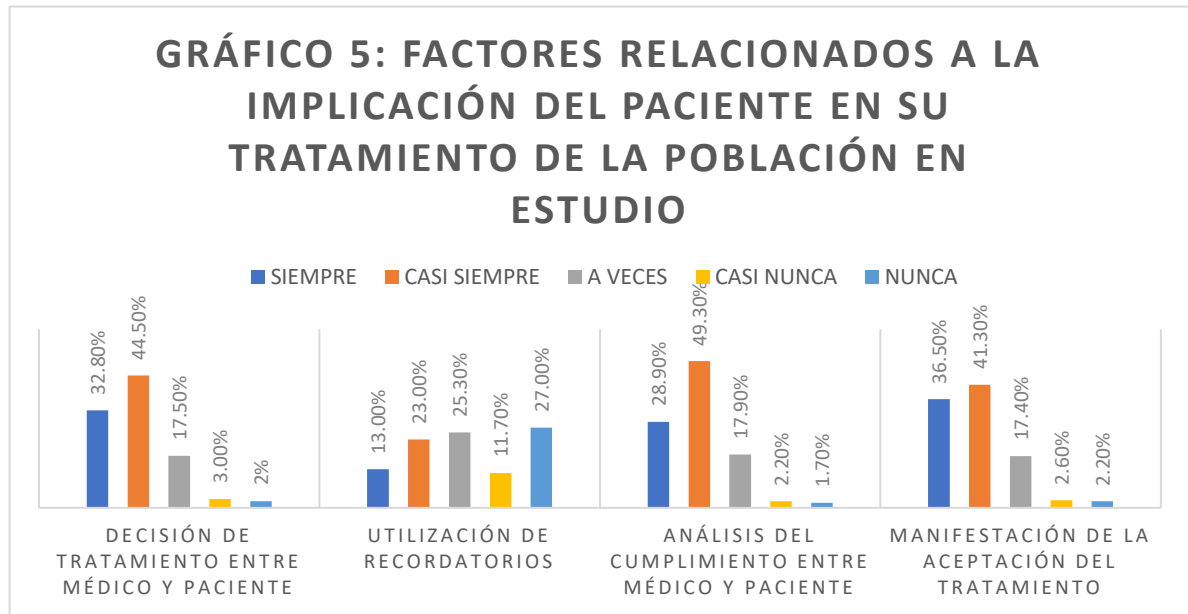
ANÁLISIS:

El gráfico 4, que aborda el conocimiento del paciente sobre la medicación y está conformado por dos indicadores, tratamiento sin supervisión de la familia y realización del tratamiento sin grandes esfuerzos.

El primero presenta que un 76.8% del total de la población respondieron “casi siempre” y “siempre” al cumplimiento de tratamiento sin supervisión de su familia, mientras que un 15.8 % a veces necesita apoyo de otras personas para lograrlo.

Por otro lado, el siguiente indicador, presenta un 77.7% de la población que “casi siempre” o “siempre” lleva a cabo el tratamiento sin tanto esfuerzo, contra un 15.7 % que a veces lo cumple.

OBJETIVO 4: Determinar los factores del grado de implicación del paciente en su enfermedad comprendidos en la adherencia farmacológica en la población de interés según el test de Martín-Bayarre-Grau.



FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María.

ANÁLISIS:

En el gráfico 5, que habla sobre los factores relacionados a la implicación del paciente que influyen en la adherencia de la población en estudio, tenemos que el primer indicador, que trata sobre la relación médico paciente para la decisión del tratamiento, presentó que las respuestas más frecuentes fueron “Casi siempre” en un 44.5%, seguido de la respuesta “Siempre” con un 32.8%, generando un total del 77.3%, es decir 177 personas que sí participan activamente en la elaboración de su tratamiento.

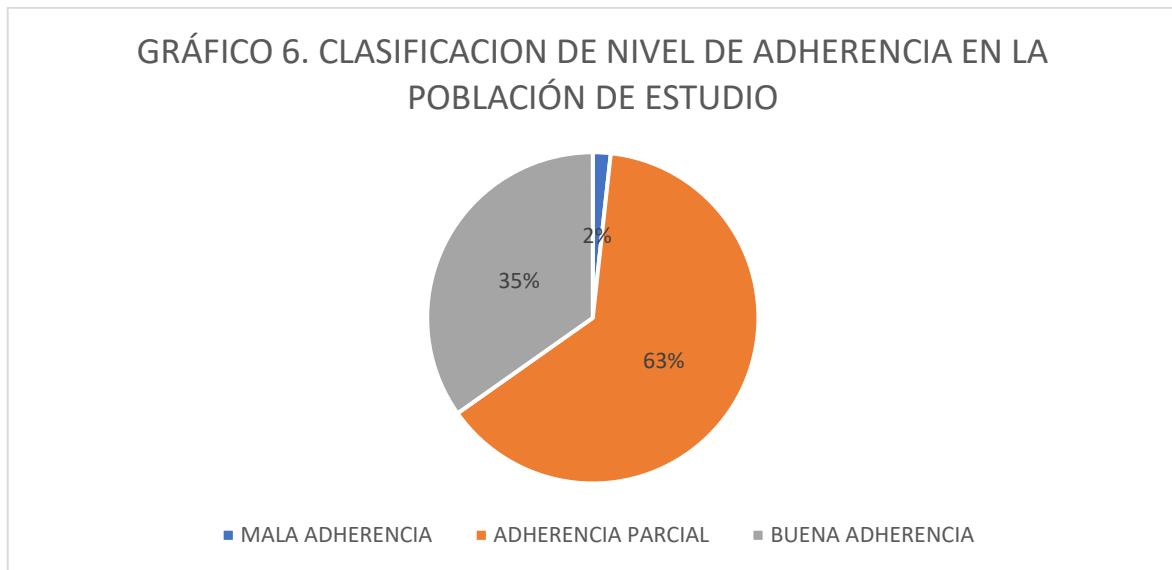
En el indicador, sobre la utilización de recordatorios que faciliten la toma de medicamentos, se obtuvo que un 25.3% de la población, “A veces” utilizan estas herramientas, mientras que un 36% “Siempre” o “Casi siempre” los utilizan, contra un 38.7% que “Nunca” o “Casi nunca” los utiliza. No obstante, se hace especial

énfasis en que el no utilizar recordatorios no siempre representó una mala adherencia, ya que muchos pacientes no los necesitaban para tener un buen control en la toma de sus medicamentos.

Con respecto al análisis del cumplimiento de medicamento del paciente y del médico tratante y a la búsqueda de estrategias en conjunto para mejorarlo, refiere que un 78.2%, “siempre” o “casi siempre” pueden dar su opinión sobre estrategias de cómo cumplir el tratamiento. Mientras que un 3.9% “casi nunca” o “nunca” tienen la posibilidad de realizar este análisis.

Finalmente, el indicador que abarca la posibilidad del paciente de manifestar su aceptación del tratamiento durante la consulta médica presenta un total de 77.8% de la población que “casi siempre” o “siempre” pueden manifestar la aceptación hacia tratamiento, por otra parte, un 4.8% de los pacientes “casi nunca” o “nunca” tienen la oportunidad de hacerlo.

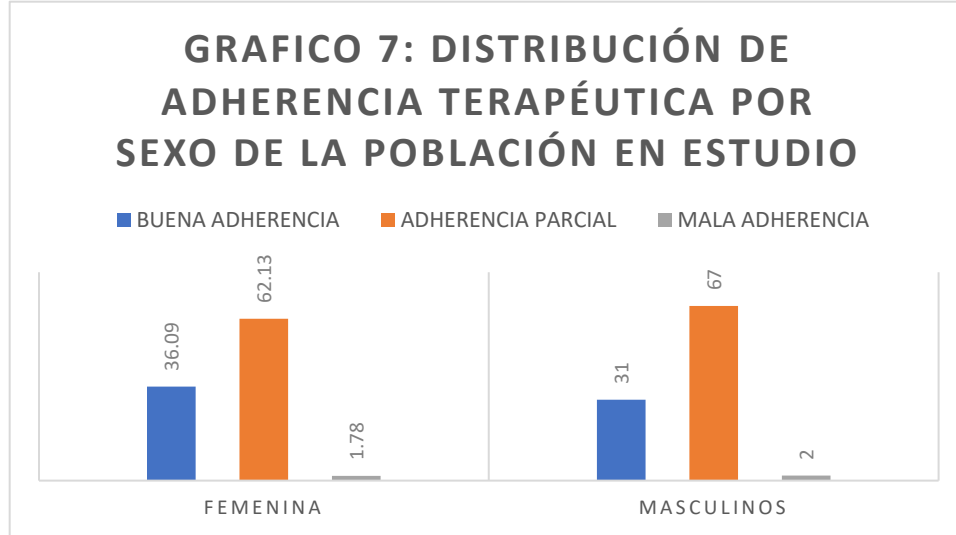
OBJETIVO GENERAL: Establecer la adherencia terapéutica farmacológica en adultos de 25 a 59 años con Hipertensión arterial crónica según test de Martín-Bayarre-Grau que consultan en Unidad de Salud de Dulce Nombre de María Chalatenango junio-septiembre de 2022.



FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María

ANÁLISIS:

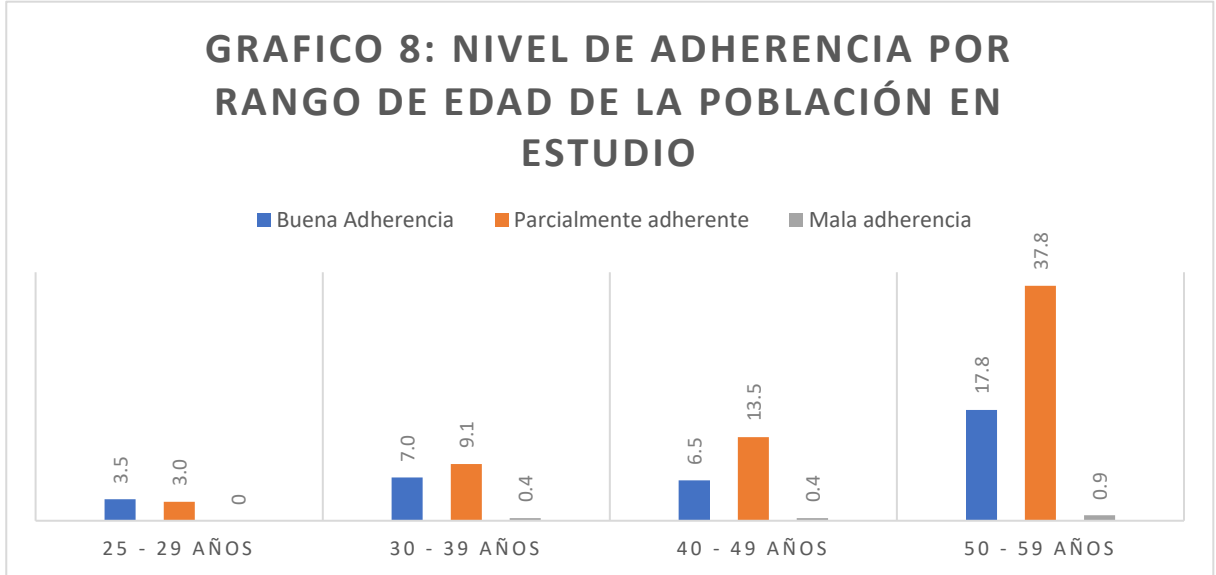
El gráfico 6, obtenido a través de la aplicación del Test Martin-Bayarre-Grau, representa el Nivel de adherencia al tratamiento en la población en estudio y establece que un 63% de los pacientes tienen una adherencia parcial, lo que indica que a pesar de que las personas cumplan algunos criterios relacionados a un adecuada adherencia, siempre mantienen conductas que la entorpecen como no acatar los cambios en el estilo de vida o no utilizar herramientas que contribuyan a recordar las horas de ingesta del medicamento; Por otra parte un 35 % del total de encuestado tienen una buena adherencia, restando un 2 % que entran en la categoría de mala adherencia.



FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María

ANÁLISIS:

El gráfico 7, sobre la distribución de la adherencia terapéutica en base al sexo de la población estudiada, presenta que de 168 mujeres un 62.13 % es parcialmente adherente, seguido de un 36.09 % con buena adherencia y un 1.78 % que entra en la categoría de mala; Por otra parte, de 62 participante masculinos, 67 % son parcialmente adherentes, mientras que un 31 % lo son parcialmente seguidos de un 2 % con mala adherencia.



FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María

ANÁLISIS:

El gráfico 8, sobre la distribución de la adherencia terapéutica en relación con los rangos de edad, presentó que de 25-29 años, el 3.5% presentaba una buena adherencia seguido de un 3 % con adherencia parcial; de 30-39 años el 9.1% se clasificó como parcialmente adherente mientras el 7 % en la categoría de buena adherencia; de 40-49 años, del mismo modo la mayoría resultó parcialmente adherente con un 13.5% seguido del 6.5% que tuvieron una buena adherencia. Finalmente, de 50-59 años, un 37.8% fue adherente parcialmente.

VI. CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

El presente trabajo estuvo conformado por una muestra de 230 personas, entre los 25 a 59 años, con diagnóstico de Hipertensión arterial crónica, que llevan sus controles en UDSE Dulce Nombre de María, de la cual un 73 % eran mujeres mientras un 27 % eran hombres. En relación con la edad del paciente, se tuvo que el rango con mayor frecuencia fue de 50 - 59 años, siendo representado por un 56.5 %, seguido de un 20.4 % entre las edades de 40 - 49 años, por otro lado, el rango entre 25 - 29 años obtuvo la menor frecuencia con un 6.5 %.

La evaluación de la adherencia terapéutica se realizó mediante la prueba de Martín Bayarre Grau, que consta de un total de 12 preguntas de tipo Likert, que permite clasificar la adherencia en tres categorías: Buena (38-48 puntos), parcial (18-37 puntos) y mala (0-17 puntos). Sin embargo, la adherencia terapéutica es un proceso muy complejo debido al gran número de variables que pueden influir en ella, por lo que, el campo de la investigación se ha movido hacia nuevas estrategias con intervenciones con un enfoque más individualizado en lugar de estandarizado, lo que permite identificar de mejor manera aquellos factores que la afectan, y la frecuencia con la que esto puede suceder en una población en estudio.

Por lo cual, para establecer la adherencia en la población de interés, el cuestionario previamente mencionado fue dividido en cuatro ámbitos: pautas terapéuticas, dosis de medicamento, conocimiento sobre la medicación e implicación del paciente.

En el primer indicador, relacionado con las pautas terapéuticas, se determinó que en la población de estudio, la mayoría, representado por un 86.1%, tenía un horario establecido para tomar su medicación y siempre o casi siempre lo cumplían; sin embargo, en cuanto a lo relacionado a los estilos de vida, que comprende, en este caso, el cumplimiento de las indicaciones de la dieta y la actividad física, se presentó un comportamiento irregular con predominio al incumplimiento de estos, probablemente por la falta de información sobre sus beneficios en el control de la hipertensión arterial. La poca información sobre este factor también se observó en

una investigación realizada en la Habana Cuba (15), durante el 2005, sobre “Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica”, donde un 88.4 % de su población estudiada no conocían que el sedentarismo podría desencadenar hipertensión arterial, seguida de un 48.4 % y un 36.3 % de personas que no conocían que el consumo excesivo de sal y de grasas, respectivamente, podría también generar predisposición a complicaciones de la misma.

Otros aspectos, relacionados a las pautas terapéuticas, mencionados por la población en estudio, fueron el olvido del medicamento, acompañado de desinterés en el cumplimiento de este debido a la poca información sobre las consecuencias de una mala adherencia. Según el profesor John Weinman (3), Director del Departamento de Psicología de la Salud en el King’s College de Londres, “sólo el 30% del abandono de la medicación del paciente se debe a causas no intencionales como el olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento; el 70% de la no adherencia se debe a una decisión del paciente”; también menciona que “un recordatorio no va a cambiar la razón por la cual un paciente ha decidido no tomar su medicación y es claro que un tratamiento puede ser muy eficaz, pero si el paciente no lo toma, no puede surtir efecto”.

En relación con el indicador que trata sobre la dosis de la medicación, se obtuvo que un 93 % de la población siempre o casi siempre cumplen la dosis prescrita por el médico, en contraposición a un 0.5 % que casi nunca lo cumple. Se encontró que el pequeño grupo de personas que no logran seguirle adecuadamente atribuyen esto a la complejidad del tratamiento al tener dos o más medicamentos para el manejo de la hipertensión, o tener un mismo fármaco en múltiples dosis durante el día; de igual manera la automedicación también fue otro factor que afectó el cumplimiento del tratamiento. Según Kregar y Filinger (16), la variable que afecta en mayor medida al cumplimiento de la dosis es la polifarmacia, la cual se ve afectada en gran medida por la automedicación; por otra parte, un estudio hecho por Katerina Guevara (17), realizado en Ecuador durante el año 2018, sobre la

Evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, determinó que en su población de estudio tanto aquellos pacientes que se encontraban con polifarmacia, como los que solamente tenían monoterapia, se catalogan como parcialmente adherente, considerando así que la influencia de este factor puede ser variable.

En el indicador relacionado al conocimiento sobre la medicación, se realizó la valoración en base al cumplimiento del tratamiento sin supervisión por parte de un familiar y a la capacidad de llevarlo a cabo sin tanto esfuerzo, debido a que si la población sabe los aspectos básicos de su tratamiento (nombre del medicamento, dosificación, beneficios de tomarlo adecuadamente y consecuencias de no hacerlo) lograrían realizar estas indicaciones por cuenta propia, y con mayor facilidad como en el caso de la población de estudio que siempre o casi siempre lograban cumplirlo sin apoyo de algún familiar o de grandes esfuerzos.

Enfrentar la falta de adherencia no es únicamente conseguir que los pacientes tomen la medicación o que mejoren su estilo de vida, sino que comprendan las perspectivas sobre los medicamentos y las razones por las que deben tomarlos. Ash Alfonso (18, 19), en un estudio sobre hipertensión arterial muestra que, en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento de la terapéutica, la causa identificada fue el olvido en la toma de los medicamentos de forma que puede ser probable la necesidad de apoyo familiar para recordatorio de la toma de este, convirtiéndose en un factor de mala adherencia. Esta situación es más frecuente en los pacientes de edad avanzada debido a que este grupo poblacional presenta un mayor número de creencias sobre su enfermedad y la toma de los medicamentos, entre ellas destacan la negación de la enfermedad y la posibilidad de curación, expectativas poco realistas del beneficio del tratamiento o ideas de que el consumo de los fármacos puede llegar a ser “tóxico” o “perjudicial” a largo plazo; otro aspecto que afecta la adherencia en este rango de edad es la toma de medicamentos varias veces al día o el tener más de un medicamento que contiene regímenes de administración diferentes (20).

En el último indicador, que hace referencia a las implicaciones del paciente en el cumplimiento, se observó que probablemente existe una relación favorable médico-paciente, ya que siempre o casi siempre lograron la toma de decisiones y análisis en conjunto en cuanto al tratamiento.

Sandoval et al (21) en un estudio sobre la influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, afirmaron que la mala relación entre el médico y su paciente afecta significativamente debido a circunstancias como la rapidez de la consulta que evita dar instrucciones precisas acerca de la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico, incluso afecta la verificación de su comprensión y convencimiento, así mismo la discontinuidad de la atención por un mismo profesional, repercute en el reforzamiento de la adherencia farmacológica antihipertensiva.

Por otro lado, de acuerdo con Sánchez Benitez (22), en una investigación realizada en 2018, que trata sobre factores asociados sobre adherencia de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica en USB Las Esmeraldas, la mala comunicación, malos entendidos en las instrucciones del tratamiento, la actitud despreocupada hacia la enfermedad o el tratamiento, el escaso grado de conocimiento de la enfermedad o de la terapia, la desconfianza en la eficacia del tratamiento, falta de esperanza y sentimientos negativos, la percepción que tiene el paciente de su enfermedad como poco grave y el desconocimiento de las consecuencias del incumplimiento, son las principales causas relacionadas al paciente que afectan negativamente la adherencia. Estos aspectos fueron mencionados, de igual manera, por la población en estudio quienes hicieron especial énfasis en la importancia de la buena comunicación con su médico para el cumplimiento del tratamiento. Otro aspecto de relevancia está relacionado con el indicador sobre la utilización de recordatorios, ya que a pesar de que 2/3 de la población no los utilizan o solamente lo hacen en algunas ocasiones, esto no significaba necesariamente una mala adherencia, ya que referían no necesitarlos para poder cumplir su tratamiento indicado.

Al analizar los resultados obtenidos, se evidenció que un 63% de la población estudiada es parcialmente adherente, y solamente un 2% de la población se reportó con mala adherencia, por lo que se estableció una clasificación global de parcialmente adherente. La OMS refiere que la baja adherencia al tratamiento es mayor en los países en desarrollo, debido a la escasez de recursos y la inequidad en el acceso a la salud, incluso se reporta adherencia de entre el 26% al 43% en países como China, Gambia y los Estados Unidos de América, los cuales podrían ubicarse en un contexto similar a El Salvador. Sin embargo, en un estudio realizado en 2017, en ISSS Zacatecoluca (23), se estableció que un 56.25% de esa población era cumplidor al tratamiento, no reflejando datos establecidos a la baja adherencia por parte de la OMS, de la misma forma que el presente estudio no lo refleja, de manera que pudiera estar implicado que en los últimos años el acceso a la salud ha presentado mejoras garantizando el acceso a la salud a un mayor número de personas. No obstante, se encontraron algunas limitantes, entre ellas la falta de medicamentos esenciales para la población, la falta de tiempo suficiente para educación en salud en cada consulta, estilos de vida poco favorables y/o renuencia a modificar malos hábitos, lo que podría llegar a dificultar la adherencia hacia los mismos.

VII. CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

- Un 63% de la población en estudio es parcialmente adherente a su tratamiento, contrastando con las estadísticas mencionadas por la OMS, que reflejan que por lo general en países en vías de desarrollo hay una baja adherencia. Sin embargo, pese a que la adherencia no fue mala, se identificaron factores en los cuales se debe reforzar en tanto a las pautas terapéuticas e implicación del paciente.
- Respecto a las pautas terapéuticas, se determinó que gran parte de la población presentó un cumplimiento irregular en los cambios en el estilo de vida posiblemente por el poco conocimiento que estos tienen sobre los beneficios de su realización, así como por el poco interés del paciente sobre su salud.
- En relación con la dosis terapéutica un 93% de la población casi siempre o siempre cumplen con las dosis establecidas por su médico. Sin embargo, cabe destacar, que probablemente las características de la población de estudio fueron las que favorecieron la toma de la dosis indicada, por ejemplo: la monoterapia y no otros comórbidos. Siendo mínimo aquellos que no lo cumplían.
- En cuanto al conocimiento sobre la medicación, en dónde se valoró si la población requería ayuda de alguien o realizaba mayor esfuerzo para el momento de cumplir el tratamiento, se determinó que nuestra población no lo necesitaba. No obstante, el porcentaje de personas que, si demandaban ayuda, era por olvido, por concepciones erróneas del medicamento, desconocimiento del beneficio de este o malas experiencias con tratamientos previos.
- Por último, en tanto a la implicación del paciente, se estableció que la relación médico paciente de nuestra población en estudio es probablemente deficiente ya que la mayoría de las personas, aunque referían participar activamente en las decisiones de su tratamiento, siempre tenían creencias

equivocadas en relación a este, así como dudas en relación a las indicaciones del mismo, lo que puede ser debido a la atención médica dada por diferentes recursos en cada consulta.

VIII. CAPÍTULO 7: RECOMENDACIONES

- Al MINSAL se le recomienda realizar supervisiones trimestrales con respecto al abastecimiento de medicamentos antihipertensivos con el objetivo de identificar medicamentos en existencia y aquellos con mayor demanda, así como brindar estrategias para suplir las necesidades farmacológicas.
- A la Unidad de Salud, establecer estrategias de educación, información y comunicación para fomentar la adherencia terapéutica y el autocuidado, así como dar herramientas a la población para facilitar el cumplimiento del tratamiento.
- Al personal de salud reforzar la gestión de transferencia de medicamentos en base a la demanda de cada unidad de salud, del mismo modo hacer énfasis en la consejería durante las atenciones, haciendo hincapié en estrategias como ejercicios en medicina y alimentación saludable.
- Al comité coordinador de enfermedades no transmisibles realizar de manera integral y periódica las sesiones de grupo de autoayuda de pacientes hipertensos generando espacios de preguntas para solventar dudas respecto al tratamiento.
- A promotores de salud identificar la población en su área geográfica de interés para futuras intervenciones, así como convertirse en el medio de enlace médico- paciente
- A la población asistir de forma regular a sus controles de presión arterial y toma de exámenes, del mismo modo a las reuniones de grupo que tiene la unidad.

IX. CAPÍTULO 8: BIBLIOGRAFÍA

1. Garcia EJ, Chátara AR. Conocimiento, actitudes prácticas sobre hipertensión arterial en usuarios que asisten a Unidad Comunitaria de Salud Familiar Milago de la Paz, San Miguel, en período de debrero a septiembre 2019 [Internet]. [El Salvador]: Universidad de El Salvador; 2019 [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1147101/270-11106151.pdf>
2. Trujillo ZCC. SITUACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL SALVADOR [Internet]. Edu.sv. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: http://www.medicina.ues.edu.sv/unica/index.php?option=com_content&view=article&id=84&catid=30&Itemid=157
3. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd Grupo Ángeles [Internet]. 2018 [citado el 4 de abril de 2022];16(3):226–32. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
4. MINSAL. Lineamientos técnicos para el abordaje integral de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención [Internet]. Gob.sv. 2021 [citado el 22 de abril de 2022]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_abordaje_hipertension_diabetes_enfermedad_renal_primer_nivel_atencion_v3.pdf
5. OMS. Hipertensión [Internet]. Who.int. 2022 [cited 2022 Apr 8]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
6. Organización Panamericana de la Salud Iniciativa Centroamericana de Diabetes mellitus (CAMDI): Encuesta de diabetes mellitus, hipertensión y

- factores de riesgo de enfermedades crónicas. Belice, San José, San Salvador, Ciudad de Guatemala, Managua y Tegucigalpa, 2009
7. OPS. Hipertensión [Internet]. Paho.org. 2021 [cited 2022 Apr 8]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
 8. Instituto Nacional de Salud. Encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta de El Salvador, ENECA 2015 [Internet]. Gob.sv. 2016 [citado el 22 de abril de 2022]. Disponible en: <http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2017/12/ENECA-2015.pdf>
 9. Pfizer. III Foro Diálogos Pfizer-pacientes: “La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida.” [Internet]. Docplayer.es. 2018 [citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/8182586-La-adherencia-al-tratamiento-cumplimiento-y-constancia-para-mejorar-la-calidad-de-vida.html>
 10. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria [Internet]. 2009 [citado el 15 de abril de 2022];41(6):342–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
 11. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharm [Internet]. 2018 [citado el 4 de abril de 2022];59(4):251–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251
 12. Martín Alfonso L, Bayarre Veá HD, Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2008 [citado el 8 de mayo de 2022];34(1):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012

13. García Milián AJ, Alonso Carbonell L, López Puig P, et al. Reacciones adversas a medicamentos como causa de abandono del tratamiento farmacológico en hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 Mar [citado 8 de mayo 2022];25(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000100005&script=sci_arttext&tlng=pt
14. Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información terapéutica del sistema nacional de salud [Internet]. 2005 [citado el 1 de abril de 2022];29:40–8. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf
15. Acosta González M, Debs Pérez G, De la Noval García R, Dueñas Herrera A. “Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica.” Revista Cubana Enfermer. 2005 Aug 5; 3–4. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v21n3/enf08305.pdf>
16. Rivas López EA. “Polifarmacia en el adulto mayor que consulta a la Unidad de Salud Comunitaria familiar de Guarjila, Chalatenango, junio-agosto 2018” [Internet]. [El Salvador]: Universidad de El Salvador; 2018 [citado el 9 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/19102/1/INFORME-FINAL-POLIFARMACIA-APA%20\(2\).pdf](https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/19102/1/INFORME-FINAL-POLIFARMACIA-APA%20(2).pdf)
17. Aristega KSG. “Evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, comunidad el recuerdo, año 2018” [Internet]. [Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018 [citado el 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12163/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-58.pdf>
18. Alfonso YA, Valdés MS, Castillo EEL. Hipertensión arterial en trabajadores (as) de una institución universitaria. Rev cuba med mil [Internet]. 2018 [cited

2022 May 9];47(3):298–307. Available from:

<http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/104/205>

19. Formentin-Zayas M, Bárbara Carbajales-León E, Medina-Fuentes G. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario “Joaquín de Agüero y Agüero.” *Revista Información Científica*. 26=05/2021;6–9. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1289648/adherencia-terapeutica-en-pacientes-hipertensos-de-un-consulta_Tg2hDzb.pdf
20. Orantes CM, Herrera R, Almaguer M, Brizuela EG, Hernández CE, Bayarre H, et al. Chronic kidney disease and associated risk factors in the Bajo Lempa region of El Salvador: Nefrolempa study, 2009. *MEDICC Rev.* octubre de 2011;13(4):14-22.
21. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influence of psychosocial factors on adherence to antihypertensive drug therapy: Results from a Cardiovascular Health Program cohort followed in the Metropolitan Region of Santiago, Chile. *Rev. méd. Chile* 2014.[citado 2015 Nov 01];142(10):1245-1252. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000003&lng=es.
22. Benitez FAS, Viera MMR. “Factores asociados al grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la UCSF-B las Esmeraldas, diciembre 2017 - enero 2018” [Internet]. [El Salvador]: Universidad de El Salvador; 2018 [citado el 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/19165/1/9618.pdf>
23. Cárcamo C, Omar H. “Estudio de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en la Unidad médica de Zacatecoluca del Instituto Salvadoreño del Seguro Social” [Internet]. [El Salvador]: Universidad de El Salvador; 2017 [citado el 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/13027/1/16103698.pdf>
24. Agámez Paternina AP, Hernández Riera R, Cervera Estrada L, Rodríguez García Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento

- antihipertensivo. AMC [Internet]. 2008 Oct [citado 8 de mayo 2022];12(5):
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552008000500009&script=sci_arttext
25. Bayas GPC. Determinantes de salud que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en Latinoamérica. *Mediciencias UTA* [Internet]. 2019 [citado el 4 de abril de 2022];3(2):2–9. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1319>
26. Cayon A. OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado el 8 de abril de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es
27. Cisneros NS. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermer* [Internet]. 2006 [citado el 8 de abril de 2022];98–101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en063d.pdf>
28. Flores ER, Alvarez RT, Abrego SA, Gomez AJ, Castro AC, Silva AH, et al. Adherencia terapéutica: Conceptos, Determinantes y Nuevas Estrategias. 2016 [citado el 4 de abril de 2022];84:125–32. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
29. Guerra EH. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión. *Av. enferm.* [Internet]; Ago 2012; 30(2); [Consultado 3 de mayo 2022]. 30(2): 67-75. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37352/39713>
30. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cárceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ Psychol* [Internet]. 2006 [citado el 8 de abril de 2022];5(3):535–48. Disponible en:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300009

31. Jeemon P, Séverin T, Amodeo C, Balabanova D, Campbell NRC, Gaita D, et al. World Heart Federation Roadmap for Hypertension – A 2021 Update. *Global Heart*. 2021;16(1):63. DOI: <http://doi.org/10.5334/gh.1066>
32. Martín Alfonso L, Sairo Agramonte M, Bayarre Veá HD. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 2003 Abr [citado 8 de mayo 2022];19(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200009
33. Martínez Sánchez LM, Martínez Domínguez GI, Rodríguez Gázquez MDLÁ, Jaramillo- Monsalve MC, Jaramillo-Jaramillo LI, Gaviria-García JR, et al. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos ambulatorios de un hospital de primer nivel de atención de Antioquia, Colombia. *Revista latinoamericana de hipertensión [Internet]*. 2015 [citado el 2 de septiembre de 2022];10(2):34–9. Disponible en: https://www.revhipertension.com/rlh_10_2_2015/Adherencia%20terapeutica.pdf
34. Miguel Soca PE, Sarmiento Teruel Y. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. *Acimed [Internet]*. 2009 [citado el 8 de abril de 2022];20(3):92–100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000900007
35. MINSAL. Causas más frecuentes de Consulta Ambulatoria atendidas en la Red de Establecimientos de Salud del MINSAL [Internet]. Ministerio de Salud de El Salvador. 2021 [citado el 15 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/causas-frecuentes-y-principales-anos-2020-2015/>
36. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares. En: *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]*. OECD; 2020 [citado el 8 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/f09e3793-es/index.html?itemId=/content/component/f09e3793-es>

37. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. Paho.org. 2004 [citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
38. Pescio S. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. Medwave [Internet]. 2001 [citado el 8 de abril de 2022];1(2). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1908>
39. Puidgemont NP, Merino IV. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Phar [Internet]. 2018 [citado el 1 de abril de 2022];163–72. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
40. Ruiz T. Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz [Internet] [tesis especialidad]. [México]: Universidad Veracruzana; 2014 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Tesis-Adri.pdf>.
41. Yach D. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas para la acción. 2003 [citado el 10 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

X. CAPÍTULO 9: ANEXOS
10.1 ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA:

“Adherencia farmacológica en hipertensos crónicos de 25 a 59 años según test de Martín-Bayarre-Grau en Unidad de Salud de Dulce Nombre de María, Chalatenango, junio-septiembre 2022”.

INVESTIGADORES:

Monterrosa Méndez, Sara Alexandra

Reyes Funes, Wendy Vanessa

Rodríguez Garay, Javier Eduardo

ASESOR:

Dr. Giovanni Alexander Polanco



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA

Carta de consentimiento informado para participación en proyecto de investigación dirigido a pacientes de 25 a 59 años con Hipertensión arterial crónica que consultan en Unidad Especializada de Salud Dulce Nombre de María

Por medio del presente acepto participar en el trabajo de investigación titulado **“Adherencia farmacológica en hipertensos crónicos de 25 a 59 años según test de Martin-Bayarre-Grau en Unidad de Salud de Dulce Nombre de María, Chalatenango, junio-septiembre 2022”**.

Objetivo del estudio: determinar el grado de adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial crónica, sin otras enfermedades crónicas, que consultan en la unidad especializada de Salud de Dulce Nombre de María, Chalatenango, El Salvador.

Participación voluntaria: El investigador principal ha sido enfático con respecto a de que mi participación en la investigación es completamente voluntaria, que en ninguna circunstancia se me ha obligado o presionado a participar por lo que entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibo en la institución.

¿Por qué me eligieron a mí? El equipo a cargo de la investigación me explico claramente la elevada incidencia de casos de hipertensión arterial crónica en personas entre 25 a 59 años y la marcada influencia de la adherencia terapéutica adecuada en el éxito del tratamiento.

¿Cómo participaré? Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar el cuestionario de medición que me será aplicado por una persona que se identifica como Estudiante en año social de la carrera de Doctorado en medicina, integrante del proyecto de investigación antes mencionado.

¿Cuánto durara mi participación? El equipo investigador me explico adecuadamente el tiempo aproximado de duración del instrumento, siendo entre 30 a 40 minutos.

Riesgos y Beneficios: Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en la investigación, que son los siguientes:

- Tengo como beneficio saber si este fenómeno está o pudiera estar afectando mi vida personal, familiar, laboral, etc.

- El investigador principal me ha dado seguridades de que no me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial, también se ha comprometido a brindarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

¿Qué pasa si resulto lesionado durante el procedimiento? El equipo de investigadores me explicó que en caso de lesiones o situaciones adversas ellos se encuentran en la capacidad de darme atención inmediata priorizando mi bienestar a la continuación de la entrevista.

Dudas sobre el estudio: El equipo de investigadores se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha (Día/ Mes/ Año): __/__/__ **Hora:** __:__

Nombre del investigador

Firma del investigador

Fecha (Día/ Mes/ Año): __/__/__ **Hora:** __:__

Nombre del testigo

Firma del testigo

Fecha (Día/ Mes/ Año): __/__/__ **Hora:** __:__

Correos electrónicos a los que pueden comunicarse en caso de dudas sobre el estudio: rg14006@ues.edu.sv ; mm14004@ues.edu.sv ; rf13003@ues.edu.sv

10.2 ANEXO 2: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



Objetivo general: Establecer la adherencia terapéutica farmacológica en adultos de 25 a 59 años con Hipertensión arterial crónica según la prueba de Martin-Bayarre-Grau que consultan en Unidad de Salud de Dulce Nombre de María Chalatenango junio-septiembre de 2022.

Datos personales:

Edad: _____ Sexo: _____ HTA desde hace: _____

Indicación: Marcar con "X" la casilla que representa la respuesta que mejor se adecue a su tratamiento farmacológico para hipertensión arterial crónica.

1. Toma los medicamentos en el Horario Establecido.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
-------	------------	---------	--------------	---------

2. Se toma las dosis indicadas

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
-------	------------	---------	--------------	---------

3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
-------	------------	---------	--------------	---------

4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
--------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------

5. Realiza los ejercicios físicos indicados

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
--------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------

6. Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
--------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------

7. Usted y su médico deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
--------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------

8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
--------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------

9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
--------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------

10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
--------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------

11. Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
--------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------

12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
--------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------

10.3 ANEXO 3 TABLAS DE RESULTADOS OBTENIDOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

TABLA 1: SEXO Y EDAD DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA, ENTRE 25 A 59 AÑOS QUE CONSULTAN EN UNIDAD DE SALUD DULCE NOMBRE DE MARÍA

EDAD	SEXO	
	F	M
25-29 AÑOS	14	1
30-39 AÑOS	25	13
40-49 AÑOS	33	14
50-59 AÑOS	97	33
<i>Total</i>	169	61

FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María.

TABLA 2: FACTORES DE ADHERENCIA CON RELACION A PAUTAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA, ENTRE 25 A 59 AÑOS QUE CONSULTAN EN UNIDAD DE SALUD DULCE NOMBRE DE MARÍA

PAUTA TERAPEUTICA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Medicamento en el horario establecido	50.40%	35.70%	10.40%	3.50%	0%
Dieta	12.30%	32.50%	39.90%	10.50%	4.80%
Asistencia a seguimiento	50.90%	30.90%	14.30%	3.50%	0.40%
Ejercicio físico	3.50%	25.80%	39.30%	19.70%	11.70%

FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María.

TABLA 3: FACTORES DE ADHERENCIA CON RELACION A DOSIS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA, ENTRE 25 A 59 AÑOS QUE CONSULTAN EN UNIDAD DE SALUD DULCE NOMBRE DE MARÍA

DOSIS DE TRATAMIENTO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Dosis indicadas	73.90%	19.10%	6.50%	0.50%	0%

FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María.

TABLA 4: FACTORES DE ADHERENCIA CON RELACION A CONOCIMIENTO SOBRE MEDICACIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA, ENTRE 25 A 59 AÑOS QUE CONSULTAN EN UNIDAD DE SALUD DULCE NOMBRE DE MARÍA

CONOCIMIENTO SOBRE MEDICACIÓN	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Tratamiento sin supervisión	41.70%	35.10%	15.80%	3.00%	4%
Tratamiento sin esfuerzo	37.10%	40.60%	15.70%	6.10%	0.50%

FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María.

TABLA 5: FACTORES DE ADHERENCIA CON RELACION A IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA, ENTRE 25 A 59 AÑOS QUE CONSULTAN EN UNIDAD DE SALUD DULCE NOMBRE DE MARÍA

IMPLICACION DEL PACIENTE	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
decisión conjunta	32.80%	44.50%	17.50%	3.00%	2%
Utilización de recordatorios	13.00%	23.00%	25.30%	11.70%	27.00%
Análisis del cumplimiento	28.90%	49.30%	17.90%	2.20%	1.70%
Aceptación del tratamiento	36.50%	41.30%	17.40%	2.60%	2.20%

FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María.

TABLA 6: NIVEL DE ADHERENCIA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA, ENTRE 25 A 59 AÑOS QUE CONSULTAN EN UNIDAD DE SALUD DULCE NOMBRE DE MARÍA

CLASIFICACION	FRECUENCIA
<i>Mala adherencia</i>	2%
<i>Adherencia parcial</i>	63%
<i>Buena adherencia</i>	35%
<i>Total</i>	100%

FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María.

TABLA 7: NIVEL DE ADHERENCIA POR SEXO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA, ENTRE 25 A 59 AÑOS QUE CONSULTAN EN UNIDAD DE SALUD DULCE NOMBRE DE MARÍA

CLASIFICACION	FEMENINAS	MASCULINOS
Buena adherencia	36.09%	31%
Adherencia parcial	62.13%	67%
Mala adherencia	1.78%	2%
TOTAL	100%	100%

FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María.

TABLA 8: NIVEL DE ADHERENCIA POR SEXO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA, ENTRE 25 A 59 AÑOS QUE CONSULTAN EN UNIDAD DE SALUD DULCE NOMBRE DE MARÍA

EDAD	Buena Adherencia	Adherencia Parcial	Mala Adherencia
25-29 años	3.50%	3.00%	0%
30-39 años	7%	9.10%	0.40%
40-49 años	6.50%	13.50%	0.40%
50-59 años	17.80%	37.80%	0.90%

FUENTE: Cuestionario sobre Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica que consultan en USE Dulce Nombre de María.

10.4 ANEXO 4 NOTIFICACION DE TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN DEL CENTRO DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO.

Notificación de trámite de la autorización del centro donde se realizará el estudio

Ciudad Universitaria, San Salvador 11/05/2022

Señor /Dr. Douglas Vladimir Renderos

Respetable Dr. Renderos, Nosotros Sara Alexandra Monterrosa Méndez, Wendy Vanessa Reyes Funes y Javier Eduardo Rodríguez Garay de la Carrera Doctorado en Medicina solicitamos se nos permita desarrollar en esta institución el proyecto de investigación titulado "Adherencia Terapéutica Farmacológica en adultos de 25 a 59 años con hipertensión arterial crónica según el test Martin-Bayarre-Grau que consultan en Unidad de Salud de Dulce Nombre de María, Chalatenango en el año 2022". Ya que estará involucrando a seres humanos (Pacientes que consultan en la Unidad de Salud) Posteriormente se presentará el protocolo completo para que sea evaluado por las instancias correspondientes y sea aprobado ya definitivamente por su institución.

Atte.

Recibido. 12.05.22
9:11 am

Firma de los Investigadores

Dr. Douglas Vladimir Renderos
DOCTOR EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 9399



Firma del Director de la Unidad

SELLO