

**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR**

**FACTORES DE RIESGO EN ADHERENCIA TERAPEUTICA
EN DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, DE MAYO A JUNIO 2021**

Estudio a realizarse en Unidad de Salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya.

**Proyecto de investigación para optar al título de doctorado en
medicina**

ASESORA:

Dra. Milena de Reyes

INTEGRANTES:

Astrid Elaine Menéndez Rosales

Silvana Alejandra Rivas Vaquero

Michael Hercilio Portillo Martínez

Fecha de presentación: Miércoles 22 de Septiembre, 2021

Contenido

AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	5
INTRODUCCION	6
CAPÍTULO I – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
A. Situación Problemática	8
B. Enunciado del Problema	9
C. Objetivos de la investigación	9
Objetivo general	9
Específicos	9
D. Contexto de la investigación	9
E. Justificación	10
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	12
A. Estado actual del hecho o situación	12
Antecedentes	12
Factores influyentes y causas	21
B. Hipótesis de investigación o supuestos teóricos	25
CAPITULO III – METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	26
A. Enfoque y Tipo de Investigación	26
B. Sujetos y Objeto de Estudio	28
Unidades de Análisis, Población y Muestra	28
C. Variables e Indicadores	29
Nivel de Medición de Variables:	31
Matriz de Congruencia – Operativización de Variables	32
D. Técnicas, Materiales e Instrumentos	36
Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información	36
E. Instrumentos de Registro y Medición	36
F. Aspectos Éticos de la Investigación	37
G. Conflicto de Interés	39
H. Procesamiento y Análisis	39
I. Estrategias de Utilización de Resultados	40
Capitulo IV – Análisis de la información	41
Representaciones Graficas y Estadísticas	41

A. Tabulación y Organización de Datos	41
B. Como se representan, describen y estadísticos que se usaron.	42
C. Análisis Descriptivo	43
Comparación de la adherencia terapéutica entre en diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.	60
Discusión de los resultados	61
Capitulo V – Conclusiones y Recomendaciones	69
Conclusiones	69
Recomendaciones	70
Limitaciones	71
Fuentes de información consultadas	72
ANEXOS	77
Anexo 1	77
Anexo 2	78
Cronograma de Actividades	78
Presupuesto	81
Anexo 3	83
Anexo 4	84
Anexo 5	84
Anexo 6	85
Anexo 7	86
Anexo 8	86
Anexo 9	87
Anexo 10	92
Anexo 11	93

AGRADECIMIENTOS

Es de inmenso agrado finalizar esta etapa de la carrera y del proyecto tras arduo esfuerzo y dedicación de cada uno de nosotros. Agradecemos primeramente a nuestros docentes por el esfuerzo y dedicación que nos han brindado durante la realización de dicha tesis doctoral y a todas las personas que hicieron posible la realización de dicho trabajo. Agradecemos a nuestra Facultad de Medicina por todos los conocimientos compartidos y las enseñanzas brindadas a través de los años que nos ha permitido seguir adelante con la oportunidad de que cada uno demuestre sus habilidades y logre desenvolverse en el ámbito laboral de salud.

Agradecemos especialmente a nuestra asesora Dra. Milena de Reyes no solo por la orientación dada, sino por la dedicación y paciencia para guiarnos durante las diferentes etapas del proyecto, momentos finales de la carrera y momentos difíciles encontrados en el camino. Igualmente damos gracias a Dios, por hacer esto posible y permitirnos alcanzar uno de los logros y metas deseadas, por darnos sabiduría y discernimiento con cada paso que logramos y avanzamos.

Por último, agradecemos a nuestra familia, especialmente a nuestros padres por creer en nosotros, apoyarnos incondicionalmente y por todos los principios y valores que nos han inculcado. Este proyecto es dedicado a ellos en agradecimiento de todo el esfuerzo, paciencia y amor que nos han brindado día con día.

Gracias a todos por su apoyo, por creer en nosotros y por esta inmensa oportunidad. Bendiciones a todos.

RESUMEN

La falta de adherencia al tratamiento es un problema multifactorial y un problema que es poco abordado y tomado con seriedad dentro de las consultas médicas. El objetivo de dicha investigación es determinar los factores de riesgo en adherencia terapéutica en diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, de mayo a junio 2021 en la Unidad de Salud de Monserrat Enfermera Margarita Montoya. La presente investigación es un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, no experimental, con diseño transversal. Los datos se recolectaron por medio del Cuestionario Breve de la Medicina y se contó con una muestra de 29 pacientes a los cuales se les encuestó, para luego analizar y determinar por medio de graficas estadísticas la adherencia al tratamiento y los factores que lo afectan, a través del programa Microsoft Excel. En los resultados se determinó que un 86.21% de pacientes no tenían adherencia terapéutica, 10 de 29 pacientes presentan fracaso en la disponibilidad de medicamentos, 62.06% de pacientes presentan molestia con algún tipo de medicamento y es más común encontrar no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y múltiples comorbilidades, que en pacientes hipertensos; además se comprobó que los factores de riesgo de adherencia terapéutica se encuentran directamente ligados a estos resultados; siendo esto un dato alarmante, ya que existe un riesgo de discapacidad o muerte prematura ocasionada por complicaciones y comorbilidades relacionadas con estas enfermedades.

Palabras Claves: Adherencia Terapéutica, Factores de riesgo, Diabetes mellitus tipo II, Hipertensión arterial, Enfermedad renal crónica.

INTRODUCCION

La falta de adherencia al tratamiento es un problema multifactorial y un problema que es poco abordado y tomado con seriedad dentro de las consultas médicas, ante esta problemática, se presenta la siguiente investigación detallada en los siguientes capítulos.

En el capítulo 1, siendo éste el planteamiento del problema se expone la situación problemática del estudio, la adherencia terapéutica a 3 diferentes enfermedades crónicas, tales como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial crónica y enfermedad renal crónica y sus factores de riesgo, para esto se necesita comprender que el concepto de la adherencia al tratamiento, no es un nuevo concepto, sino que es un concepto que, hasta hace poco se toma mucho en cuenta en la práctica médica y de allí su importancia en el tratamiento de las personas.¹

La falta de adherencia causa que los pacientes se vean afectados por las comorbilidades que presentan, poniendo así en riesgo la estabilidad de su cuerpo y causándoles descompensaciones que a veces suelen ser grave o incluso mortales.¹ En la Unidad de Salud de Monserrat, Enfermera Margarita Montoya, se atienden múltiples pacientes con las patologías anteriormente mencionadas, por tanto, con esta investigación se pretende medir la adherencia terapéutica y los diferentes factores de riesgo involucrados en dichos pacientes de este centro asistencial, entre los meses de mayo y junio del presente año.

En el capítulo 2, se aclaran los diferentes factores de riesgos relacionados a la adherencia terapéutica, y es que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen cinco factores que intervienen en la adherencia terapéutica: nivel socioeconómico, factores relacionados con el tratamiento, relacionados con el paciente, relacionados con la enfermedad y relacionados con el equipo sanitario.² A pesar de que se han descrito diversos planes para mejorar la adherencia, y aun con la evidencia disponible hasta el momento, no es posible recomendar una estrategia específica que sea eficaz y que sirva en todos los casos.²

El capítulo 3 presenta la dinámica de obtención de datos, su procesamiento, presupuesto, cronograma y el fin que tendrán los datos recolectados a partir de este estudio, para recomendar según lo observado; diferentes estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes.

Dentro del capítulo IV, se muestran las imágenes estadísticas creadas según los datos recolectados por medio de la herramienta BMQ seleccionada. El cuestionario BMQ es una herramienta permitida para valorar no solo la adherencia, sino también las barreras de ellas,¹⁸ pero a pesar de apegarse en mayor medida al tipo de estudio realizado, siempre se queda corta en cuanto a la determinación de los factores de riesgo que se presentan y afectan de forma directa o indirectamente a la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas.

Para la tabulación y realización de imágenes estadísticas se utilizó el programa Excel 2016, de Microsoft Office Professional Plus 2016. En total se realizaron 20 imágenes estadísticas, dentro de las cuales se encuentran graficas estadísticas de barras, figura de red y figura de pastel.

En el capítulo V se habla sobre los resultados, recomendaciones y limitaciones. Dentro de los resultados se encontró que un 86.21% de pacientes no tenían adherencia terapéutica, 10 de 29 pacientes presentan fracaso en la disponibilidad de medicamentos, 62.06% de pacientes presentan molestia con algún tipo de medicamento y es más común encontrar no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y múltiples comorbilidades, que en pacientes hipertensos. Por lo que se recomienda mejores capacitaciones a pacientes de la unidad de salud y mejor organización por parte de los promotores como del ministerio de salud en cuanto a la proporción de suministros médicos. Además de una atención completa por parte de médicos, la cual no estaba lográndose a su máximo.

CAPÍTULO I – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Situación Problemática

El concepto de la adherencia terapéutica no es un concepto nuevo, y a pesar de no ser tomado en cuenta con regularidad en la práctica médica, este tiene mucha relevancia en el manejo y tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas.

El estudio de la adherencia al tratamiento fue tomando importancia empírica en los años 70.¹ Es a partir de este año que se ponen de manifiesto una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones de medicamentos. Estas consecuencias se pueden agrupar en cuatro áreas: incrementos en los riesgos, morbilidad y mortalidad; aumento en la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento; crecimiento del coste sanitario (costos en servicios de salud); y desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional de salud y el cliente.¹

Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) termina definiendo la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona debe tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida”.² Según la OMS, en los países desarrollados las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se dan en un alrededor del 50%, cifra que es menor de aquella que se ve en países en vías de desarrollo².

La falta de cumplimiento con el régimen terapéutico lleva a múltiples consecuencias clínicas como económicas, por lo que una de las soluciones establecidas para tratar esta problemática es entender su importancia y poner en marcha estrategias adecuadas. La medición de la adherencia terapéutica es una herramienta útil para cuantificar la magnitud con la que el paciente sigue las instrucciones médicas, por lo que esto implica la aceptación de un diagnóstico y la incidencia en su pronóstico.

En los últimos años, la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) definió el cumplimiento terapéutico “como el grado en el que el paciente está de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescrito”³.

Se ha visto que los resultados clínicos de un tratamiento al final no solo se ven afectados por como el paciente toma su medicamento, sino también por cuanto tiempo lo toman³.

La adherencia terapéutica se ha convertido en un tema de gran interés, pero es poco detectada por el profesional de salud y por el paciente; además, es una conducta difícil de medir y de tomar en cuenta ya que tiene muchos factores que influyen sobre ella. Según la OMS, la medición y evaluación de la adherencia terapéutica es una necesidad continua que permite planificar tratamientos efectivos, eficientes y de calidad pero que necesita mejorar a nivel de comunidad como de país¹.

B. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo en adherencia terapéutica en diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, de mayo a junio 2021?

C. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo a la adherencia terapéutica en diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, de mayo a junio 2021

Específicos

1. Medir la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica
2. Describir los diferentes factores que influyen la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica
3. Comparar la adherencia terapéutica entre en diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.

D. Contexto de la investigación

El estudio se llevará a cabo en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, Monserrat Enfermera Margarita Montoya la cual se encuentra en final 25 Av. Sur calle Monserrat,

San Salvador, El Salvador. En Febrero de 2021, dentro de la UCSF-I se realizó una recolección de datos de pacientes para crear una matriz de comorbilidades para los usuarios de vacuna COVID 19. En dicha matriz se registraron 876 pacientes activos con enfermedades crónicas,⁸ de los cuales solo 423 son de interés para este estudio, debido a sus padecimientos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.

Por lo tanto, dentro de la población estudio se tomarán en cuenta estos pacientes, entendiendo que, para el momento de la recolección de datos, estos pacientes llevarían un tiempo mayor a 2 meses de tratamiento médico por su enfermedad. El estudio y recolección de datos a la adherencia terapéutica se llevará a cabo durante el periodo de Mayo 2021 a Junio 2021, utilizando la matriz anteriormente mencionada.

E. Justificación

Según la OMS, la definición de adherencia o apego terapéutico es el grado en que el comportamiento de una persona: tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del estilo de vida; se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.⁴

La falta de adherencia constituye un problema del que es preciso conocer su frecuencia para cada enfermedad con la finalidad, de combatirlo y mejorar el nivel de salud del paciente, por tanto conocer su grado de aplicación es de suma importancia para este fin; por ejemplo, si el grado de adherencia fuera inferior al deseable y no se alcanzaran los objetivos clínicos deseados, podría producirse una intensificación del tratamiento prescrito o la sustitución de un tratamiento por otro con peor perfil de seguridad o con un coste superior. Al ser la adherencia terapéutica un comportamiento que puede variar a lo largo del tiempo, es necesario medirla y reevaluarla periódicamente.⁵

A partir de una revisión de trabajos de investigación, que incorporan diferentes diseños de intervenciones educativas para mejorar la adherencia al tratamiento, refieren que no siempre se aprecian los cambios que se esperan; además un estudio que asocia los problemas inherentes a la falta de adherencia terapéutica con la estimación reciente de

un elevado costo por los servicios de salud de aproximadamente 290 billones de USD en los Estados Unidos de Norteamérica.⁶

Un gran número de rigurosos estudios encontraron que la adherencia en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas es de solo el 50% en los países desarrollados.⁷

Se asume que la magnitud y el impacto de la baja adherencia en los países en desarrollo es mayor debido a la escasez de recursos y a la inequidad en el acceso a los servicios de salud.⁷ Por tanto, se puede plantear que la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas resulta un proceso muy complejo que requiere aún de mayor investigación y del diseño de estrategias de intervención que incluyan la educación sanitaria tanto a la población como a los prestadores de salud a través del debate y la creación de redes de apoyo al enfermo que incorporen principalmente a la familia, además enfatizar en su participación activa y responsable en la construcción del tratamiento.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A. Estado actual del hecho o situación

Antecedentes

Desde hace muchos años se ha visto que muchos de los pacientes no mejoran en su enfermedad como deberían, y algunas veces suelen complicarse debido a la falta de medicación y control de su enfermedad. Hace muchos años se creía que el “problema del cumplimiento” radicaba en el paciente principalmente;⁷ pero actualmente esto ha cambiado. Durante los años, los médicos han desarrollado enfoques que permiten a los pacientes seguir el tratamiento, sobre todo durante largos periodos; pero aun así se han dado complicaciones y faltas por la no continuación de los tratamientos, demostrando que aún no hay un control adecuado a nivel mundial.⁷

El concepto de la adherencia terapéutica no es un concepto nuevo y su estudio fue tomando importancia empírica en los años 70.² Es a partir de este año que se ponen de manifiesto una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones de medicamentos, las cuales son cuatro: incrementos en los riesgos, morbilidad y mortalidad; aumento en la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento; crecimiento del coste sanitario (costo en servicios de salud); y desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional de salud y el cliente.

En 1976 Haynes estableció que la falta de adherencia al tratamiento es un problema multifactorial y que dentro de ella se podrían encontrar hasta más de 200 variables,⁹ por lo que su intervención exitosa resultaba complicada, ya que se tendría que abarcar cada uno de sus factores causantes.⁹

Por mucho tiempo la adherencia al tratamiento no se había tomado en cuenta con regularidad en la práctica médica, pero actualmente su interés ha ido creciendo cada vez más. A través del tiempo, el concepto de adherencia al tratamiento se ha ido modificando poco a poco, tomando en cuenta en quien recae la responsabilidad.⁹

En el 2001, se concluyó que la adherencia terapéutica podía partir desde “el grado que el paciente sigue las instrucciones medicas”.⁷ El problema de este último término resultaba en ser insuficiente para describir las diferentes intervenciones empleadas en el tratamiento, además de que reflejaba al paciente como un receptor pasivo dependiente solo de el asesoramiento de un experto.¹ Por lo tanto, al determinar una actitud pasiva del paciente, el tratamiento termina refiriéndose más a un apego que a una adherencia al tratamiento.

Es importante aclarar que cuando se habla de apego, se habla de que la persona dispone su tratamiento en base a lo que su doctor le instruya. En cambio, cuando se habla de adherencia al tratamiento, se establece una actitud activa del paciente en la cual esa persona termina modificando incluso su estilo de vida, su dieta y su régimen diario para mantener y continuar un tratamiento.^{13,14}

En el 2004, se definió la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o modificación de hábitos de vida.”¹ Es así que la adherencia al tratamiento se ha reconocido como una conducta difícil; desde que se comenzó a tomar importancia, la comunidad médica internacional manifestaba al paciente como el único responsable, pero con el pasar de los tiempos se ha visto que también los médicos y familiares acarrear una cierta responsabilidad en la adherencia al tratamiento.

En el 2006, Martin Diaz expone que una adherencia deficiente es la dificultad que tiene el paciente en iniciar el tratamiento dado,¹ pero que esto también implica en la suspensión temporaria o abandono de los medicamentos o terapias prescritas, como también en la omisión de las dosis de medicamentos, posponer el hacerse pruebas indirectas y no modificar el estilo de vida, entre otras actividades.¹ Es así como cada vez más autores de la comunidad internacional medica van demostrando y exponiendo que una buena adherencia no solo implica de una persona o una variable, sino de varias, haciéndolo un proceso más dinámico y complejo de lo esperado.

La adherencia al tratamiento, algunas veces se ha clasificado como un comportamiento dinámico asociado a estatus socioeconómicos y socioculturales. El no seguir una prescripción lleva a consecuencias negativas tanto para el proveedor como el paciente.

Las enfermedades crónico degenerativas van aumentando cada vez más y las enfermedades crónicas como las cardiopatías, cerebrovasculares, cánceres y diabetes se están convirtiendo en la principal causa de muerte en el mundo.³ Las tasas de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas y en países desarrollados son de alrededor del 50%.⁹ Se ha visto que el 50% de pacientes con enfermedades crónicas a largo tiempo no toman su medicamento como les es prescrito.¹⁰ Varios autores han reportado que las tasas de adherencia al tratamiento en las principales enfermedades crónicas son alarmantemente bajas, siendo así: Diabetes 36-87%, Hipertensión 33-84%, Cáncer (tratamientos orales) 20-100%, VIH/SIDA (triple terapia) 70-80%.³

Un estudio del 29 Marzo 2019, menciona que en países con altos ingresos la concientización de la hipertensión arterial y su tratamiento era mayor que en la de países con bajos ingresos, por lo que se notó que la mitad de los pacientes tratados por hipertensión arterial (HTA) estaban controlados, mientras que en los países de bajos ingresos, solo un cuarto de pacientes se encontraban controlados. Dicho estudio, menciona que hay 2 factores que contribuyen a que los pacientes mantengan un control de su presión, la primera es la prescripción de dosis adecuadas de antihipertensivos, y la segunda es la adherencia terapéutica.¹¹

En estudios recientes se ha visto que el 60% de los pacientes cardiovasculares no tienen una adherencia terapéutica.¹⁶ Un estudio publicado en el 2017, menciona que un 75% de la población de Estados Unidos se ve afectada por la falta de adherencia al tratamiento, lo que causa que no logren un control óptimo de la presión arterial, causando complicaciones como infarto agudo de miocardio, reingresos hospitalarios y aumento de la mortalidad.¹⁶

En México, un estudio concluyó por medio de un cuestionario breve de medicación (BMQ, por sus siglas en inglés) que solo un 48% mantuvo adherencia al tratamiento,

presentando así un 52.30% incumplimiento al tratamiento. Además, dicho estudio demostró que es importante saber el tiempo que ha habido desde que el paciente es hipertenso y desde cuando hay una mala adherencia, ya que muchos pasan hasta 5 años así y son estos pacientes los que más probabilidades de complicaciones tienen en el futuro, además de que no hay intervenciones para corregirlo.¹⁶

En la diabetes, la adherencia terapéutica se vuelve un poco más complicada, debido a que el primer manejo comprende una disminución de la ingesta calórica, aumento del ejercicio físico y pérdida de peso y no tanto así la ingesta de medicamentos. Los autores Praet and Van Loon encontraron que la adherencia al ejercicio en pacientes se daba en un 10% a 80%, por lo que sugerían que una forma de mejorar la adherencia era con estrategias motivacionales durante el ejercicio, tomando en cuenta las limitaciones del tiempo y proporcionando una realimentación de sus niveles de actividad física.¹²

Estudios han demostrado que un aumento del 10% en la adherencia al tratamiento disminuía el nivel de HbA1c en un 0.1% y que por lo general los pacientes que recién comienzan tratamiento suelen tener una adherencia de alrededor de un 81%.¹²

En el 2018, un estudio llevado a cabo en Rio de Janeiro, demostró que en general los pacientes diabéticos más jóvenes tienen mejor adherencia a medicamentos y mejor actitud emocional que aquellos de mayor edad. Además, demostraron que los pacientes diabéticos de mayor edad suelen tener poca adherencia a dieta y ejercicio (<30%), pero a pesar de esto, mantienen siempre una adherencia muy buena en cuanto a medicamentos (>90%) y una adherencia moderada en cuanto control y cuidados de pie diabéticos y monitoreo de glucosa (56%).¹⁵

La adherencia terapéutica suele ser más fácil de lograr cuando el paciente solo padece de una enfermedad, pero esto cambia y disminuye cuando se tiene múltiples comorbilidades. El riesgo de no apegarse al tratamiento suele ser mayor, sobre todo porque muchos pacientes solo tienen idea de una sola enfermedad, por lo que la tasa de adherencia para dicha enfermedad es más alta, a diferencia de las otras enfermedades que padecen.⁴ Muchos médicos han notado que la mayoría de las causas por las cuales

el paciente no sigue un apego al tratamiento suele ser por sus diferentes creencias culturales y generales en cuanto a medicamentos y enfermedad.¹²

Debido a que la adherencia tiene un carácter dinámico y es influenciado por múltiples factores, se han creado diferentes y varias herramientas que permiten evaluar la efectividad y seguridad de los diferentes tratamientos farmacológicos.¹⁷ A la vez, dichas herramientas han permitido determinar qué factores son los que dificultan la adherencia al tratamiento. En el ámbito médico es importante poder disponer de dichas herramientas, debido a que si el grado de adherencia fuera inferior al deseable puede llegar a ocurrir un aumento de la dosis o sustitución del tratamiento por uno de peor perfil de seguridad.¹⁷

Los métodos para medir la adherencia terapéutica se pueden dividir en dos grandes grupos: métodos directos e indirectos¹⁶. De estos métodos, los más indicados para aplicar en la práctica médica, son los métodos indirectos; ya que son más sencillos y baratos y con mayor posibilidad de realizarlos por parte del médico¹⁷.

A diferencia de los métodos directos, estos se reservan en exclusiva para ensayos médicos,¹⁸ ya que necesitan basarse en la cuantificación de un fármaco, sus metabolitos o sustancias, por lo que resultan caros y en el caso de las farmacias comunitarias a veces no se dispone de los medicamentos¹⁸.

Además, en el caso de las unidades comunitarias del país, no solo no se cuenta con el fármaco, sino que además no se tienen la capacidad y disponibilidad de realizar dichos exámenes.

Los métodos indirectos se pueden dividir en 3:

(1) Recuento de comprimidos.

Consiste en contar el medicamento que le queda al paciente en el envase, tomando en cuenta cuando le fue prescrito y la dosis de la medicación.¹⁸ Teniendo en cuenta la cantidad de medicamentos que se ha tomado se realiza un cálculo mediante la siguiente fórmula: $(\text{No. Total, de comprimidos} / \text{número de comprimidos que debía haber consumido}) \times 100$, obteniendo así un porcentaje del cumplimiento terapéutico.¹⁸ A pesar de que esto suele ser un método objetivo y

fiable, una de las desventajas es que el paciente se sienta vigilado y no se sienta cómodo con dicho método.¹⁸ Además en la comunidad salvadoreña, los pacientes por lo general no llevan cuenta de su medicamento y no se les da en un envase adecuado, sino en blísteres, dependiendo del medicamento.

(2) Monitores Electrónicos de control de la medicación (MEMS, por sus siglas en inglés).

MEMS son sistemas de monitorización que utilizan un registro informatizado. En el tapón de cierre del envase de medicamentos, se les coloca un microchip el cual controla automáticamente la apertura de este, registrando así la hora y fecha en la que se produce; informando así la cuantificación del incumplimiento y el patrón horario de este.¹⁸

(3) Métodos basados en la entrevista clínica.

Este método dispone de una herramienta durante una entrevista farmacéutica realizada entre el médico y paciente. Permite obtener información relevante sobre los problemas como medicación. Estas herramientas suelen tener varias preguntas, algunas tienen hasta más de 5 preguntas. Se le solicita al paciente que conteste dichas preguntas y según la puntuación que se obtenga en base al tipo de herramienta utilizada, se establece su adherencia terapéutica, además de especificar factores que afectan en su adherencia, pero esto solo es con algunas herramientas, no con todas. Entre las herramientas más habituales están¹⁸:

a. Test de Cumplimiento auto comunicado (Test de Haynes Sackett):

Consta de dos partes.¹⁹ La primera parte busca crear un ambiente adecuado de conversación, evitando interrogar de forma directa al paciente y comentándole de la dificultad de tomar los medicamentos, mencionándole “la mayoría de los pacientes tiene dificultades en tomar todos sus comprimidos”. La segunda parte se realiza la siguiente pregunta: “¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?”, si la respuesta es afirmativa, el paciente es incumplidor y de deben tomar las medidas

adecuadas y las que se consideren necesarias. Si responde no, es posible que no diga la verdad, por lo que se pasa a las siguientes preguntas: “¿Cómo los toma?”, finalmente se realiza una tercera pregunta y se toma en cuenta la última reflexión del paciente según lo que responda después de “Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿Por qué no comenta como le va a usted?”¹⁹

Ver Anexo 3

b. Test de Morisky Green

Método valorado para diversas enfermedades crónicas, originalmente realizado y creado por Morisky-Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con HTA. Consta de 4 preguntas con respuestas dicotómicas; si y no. Valora si el enfermo adopta actitudes correctas con relación al tratamiento para su enfermedad.¹⁹ Una de las ventajas de dicho método es que proporciona información sobre las causas del incumplimiento y a su vez, presenta una alta especificidad, un alto valor predictivo positivo y escaso recurso sociocultural.¹⁸

Ver Anexo 4

c. Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)

Es un test sencillo y fácil de comprender además de aplicar. Permite analizar el grado de conocimiento de la enfermedad, por lo que se espera que un mejor conocimiento, representa un mayor grado de cumplimiento. Es un cuestionario habitual saber sobre el cumplimiento del tratamiento en la hipertensión arterial. Consta de 4 preguntas específicas, las cuales, de ser necesarias, se pueden adaptar para otras patologías.¹⁸

Ver Anexo 5

d. Cuestionario ARMS-e

Cuestionario versión adaptada al español. Es adecuado para medir la adherencia en pacientes pluripatológicos. Permite individualizar las

posibles intervenciones en función de barreras detectadas en cada paciente, por lo que analiza la adherencia de forma multidimensional. Consta de 12 preguntas; no hay punto de corte, pero entre más baja es la puntuación, mejor es la adherencia. Para cuantificar el grado de adherencia, se le asigna un valor de 1 a 4, a cada posibilidad de respuesta de acuerdo con la escala de Lickert: nunca, algunas veces, casi siempre o siempre.

Ver Anexo 6

e. Test de Hermes

Es un cuestionario sencillo, económico y breve el cual puede utilizarse para estudiar la adherencia en pacientes hipertensos, consta de 8 preguntas, pero solo 4 preguntas son valorables. Los pacientes que sumen 3 o 4 puntos son considerados cumplidores¹⁸.

Ver Anexo 7

f. Test de Herrera Carranza

Consta de 4 preguntas que se realizan para contribuir a mejorar la vigilancia del cumplimiento terapéutico.

Ver Anexo 8

g. Test de Cumplimiento SMAQ (The medication adherence questionnaire)

Este cuestionario fue validado para la población española con SIDA, y consta de 6 preguntas con respuestas dicotómicas, por lo que cualquier respuesta negativa a la adherencia se considera como incumplimiento al tratamiento. Se considera al paciente incumplidor si en la primera pregunta responde si y en la 2 responde no.¹⁹ En este cuestionario la pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa, en el que se le asigna un porcentaje de cumplimiento según la respuesta: A de 95%-100%, B de 85%-94%, C de 65%-84%, D de 30%-64% y E de menos de 30%¹⁸.

h. Breve Cuestionario de la medicina (BMQ, por sus siglas en inglés)

Este test autorreferido es una herramienta válida para valorar no solo la adherencia, sino también las barreras de ellas.¹⁸ Este cuestionario explora el comportamiento del paciente relativo a la toma de medicación y las barreras de la adherencia. Consta de apartados: el primero analiza el régimen terapéutico y en el que se realizan siete preguntas sobre como el paciente tomo la medicación la semana anterior.

El segundo apartado analiza las creencias que hay, haciendo dos preguntas en relación con los efectos adversos y las molestias que crea. Por último, el tercer apartado se enfoca en determinar las dificultades que se dan para recordar la toma de la medicación.¹⁷

El breve cuestionario de la medicina fue aplicado para pacientes diabéticos, pero también ha sido utilizado para estudiar pacientes hipertensos. Una de las ventajas de dicho cuestionario es que se puede valorar la adherencia al tratamiento en pacientes que toman múltiples medicamentos, además de que puede identificar posibles problemas con la adherencia, permitiendo así formar posibles intervenciones a dichos problemas.¹⁷

Ver Anexo 9

i. Escala Informativa de cumplimiento de la medicación (MARS por sus siglas en ingles)

Cuestionario que consta de 10 preguntas que comprende ítems sobre creencias en salud, experiencias y comportamientos.^{17,19} Consiste en una modificación de los cuestionarios DAI y de Morisky-Green-Levine. Las puntuaciones van del 0 al 10, indicando que una puntuación más alta es una mejor adherencia, constando así que su ventaja no da una información simplista de la adherencia.¹⁷ Una de las desventajas es que solo ha sido validado para la psicosis específicamente, como también para la esquizofrenia.

- j. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia al tratamiento antirretroviral (ESPA)

Es un instrumento útil para detectar problemas de cumplimiento del tratamiento antirretroviral en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH).¹⁸ ESPA consta de 6 preguntas, cada una con respuestas dicotómicas, cada respuesta positiva corresponde 1 punto y cada negativa corresponde 0 puntos. En conjunto, se puntúa de 1 grado a 6 grados, si el paciente obtiene 6 grados se dice que no presenta problemas con la adherencia. El peor puntaje es 1 grado y este se obtiene cuando el paciente da respuestas negativas en la pregunta 1 y 2, independientemente de las demás. Si los pacientes tienen un grado inferior a 5 se consideren como no adherentes.¹⁸

Ver Anexo 10

- k. Inventario de actitudes hacia la medicación (DAI por sus siglas en inglés)

Fue utilizado principalmente para determinar la adherencia terapéutica en el campo de la psiquiatría. Permite evaluar las actitudes y creencias relativas a la medicación. Actualmente se utiliza una versión que consta de 10 ítems, usada para la práctica médica conocido como DAI-10.¹⁷

En esta versión hay 6 ítems en sentido positivo y 4 en sentido negativo, cada afirmación debe clasificarse como verdadera o falsa. Cada respuesta es puntuada +1 si es correcta o -1 si es incorrecta. Por lo que la puntuación final puede ir desde -10 hasta +10, siendo así una puntuación más alta como una actitud positiva ante el tratamiento.¹⁷

Ver Anexo 11

Factores influyentes y causas

Las causas por las cuales un paciente no mantiene una buena adherencia terapéutica no simplemente radican en factores propiamente del paciente, es necesario recordar que es una problemática de la cual su enfoque debe de ser en forma integral, dejando de

lado el pensamiento lineal y cartesiano del siglo XX, esta problemática ha ganado relevancia en salud pública debido al alto costo que esto implica.

Según la OMS, estas causas por las cuales se abandona el tratamiento están conformadas por 5 dimensiones, las cuales implican: factores socioeconómicos, relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, el tratamiento y el paciente. ⁴

- a) Factores socioeconómicos: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.⁴
- b) Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: Servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.⁴
- c) Factores relacionados con la enfermedad: Gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.⁴
- d) Factores relacionados con el tratamiento: Complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.⁴
- e) Factores relacionados con el paciente; Los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente.

Además, el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; no percibir su necesidad o su efecto y el entender mal las instrucciones, entre otros factores.⁴

Se debe de tomar en cuenta no solo la organización de los servicios de salud, rasgos de personalidad, características del tratamiento, la percepción de gravedad y vulnerabilidad percibida de parte del paciente, la disponibilidad de apoyo familiar.

Los relacionados con el paciente o nivel individual representan variables biomédicas, psicológicas y algunas socioeconómicas, incluyen características de la enfermedad y complejidad del régimen terapéutico; conocimiento de la enfermedad, creencias y percepciones de la misma; el valor que el paciente asigna a su condición de salud y al tratamiento de su enfermedad; la autoeficacia o creencia en los beneficios de lo que se le prescribe o indica hacer y en su propia capacidad para ejecutarlo; tipo de estrategias de afrontamiento que utiliza ante la adversidad y los retos; estados afectivos negativos con presencia de estrés, angustia, ansiedad, depresión, desesperanza y frustración; cualidades como motivación, perseverancia, creatividad, tolerancia, memoria, atención; recursos económicos.²⁰

Podemos ver estos factores influyentes también en dos distintos niveles: nivel micro social y macrosocial que comprenden lo siguiente:

- El nivel micro social está representado por factores como: redes de apoyo social, relación médica (equipo de salud) - paciente, ambiente en que vive el paciente o la ubicación geográfica.²⁰
- Los factores de orden macrosocial como el sistema de salud con sus beneficios y limitaciones, las políticas gubernamentales frente al servicio y su calidad o el sistema socioeconómico en que se inserta, que son potentes determinantes de las posibilidades de acceso a servicios de salud y favorecen o entorpecen el apego terapéutico.²⁰

Algunos estudios han informado que los factores de organización están más relacionados con la adherencia terapéutica que los sociodemográficos, pero esto quizá

varíe de un entorno a otro, esto podemos observarlo en un estudio de Albaz, en Arabia Saudita, donde se concluye que las variables de organización (tiempo pasado con el médico, continuidad de la atención por el médico, estilo de comunicación del médico y estilo interpersonal del médico) son mucho más importantes que las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud) para afectar la adherencia terapéutica de los pacientes.²¹

La raza, se ha comunicado con frecuencia que constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si los miembros de una raza particular viven en su país de origen o en otro sitio como inmigrantes. A menudo, las creencias culturales son la razón subyacente de estas diferencias raciales, pero, no con menos frecuencia, las desigualdades sociales confunden estos resultados.²¹

Efectos generales:

La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aún menores. Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones médicas.⁴

Estos indicadores son sumamente preocupantes, pero proporcionan una imagen incompleta. Para evaluar el grado real de la adherencia terapéutica, se requieren urgentemente datos sobre los países en desarrollo y los subgrupos importantes, como los adultos mayores. Una imagen completa de la magnitud del problema es fundamental para crear políticas de respaldo efectivos para los esfuerzos encaminados a mejorar la adherencia terapéutica. Existe una relación interdependiente bidireccional entre la pobreza económica y las enfermedades crónicas.

En muchos países con las tasas más altas de pobreza en el mundo, y tomando en cuenta las diferencias regionales de la geografía, la cultura y el comercio, además de experimentar el mismo ciclo desalentador; estar sano requiere dinero para los alimentos, la higiene y la atención médica; pero, para ganar dinero, uno debe estar sano, además de tener trabajo. La falta de atención adecuada para los procesos crónicos obliga a las familias pobres a sobrellevar una carga particularmente grave, la cual requiere del cuidado de sus seres queridos, lo que dificulta el desarrollo de sus funciones más básicas⁴

Se ha visto que los pacientes con este tipo de enfermedades crónicas, en el caso de los que no tienen una buena adherencia terapéutica usualmente consultan cuando se encuentran demasiado descompensados o incluso consultan en la unidad de salud por otro tipo de afección no relacionado al control por enfermedades crónicas, por tanto, se ha considerado realizar el muestreo en la unidad de salud y de esta forma no incurrir en la inseguridad y problemática de buscar pacientes de forma domiciliar.

Además, tomando en cuenta los factores socioeconómicos y culturales que afectan la adherencia terapéutica y analizando cada una de las herramientas, para dicho estudio, la herramienta que más se adecua a las necesidades de esta investigación, es la herramienta de breve cuestionario de la medicación, también conocida como BMQ por sus siglas en inglés. Esta es una herramienta válida para valorar no solo la adherencia, sino también las barreras de ellas, además de que permite explorar el comportamiento de los pacientes y las barreras que se presentan en la adherencia.

B. Hipótesis de investigación o supuestos teóricos

- Hipótesis general:

La adherencia terapéutica de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica se ve determinado por factores como nivel socioeconómico, factores de la enfermedad, factores con el paciente, con el personal sanitario y con el tratamiento.

CAPITULO III – METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. Enfoque y Tipo de Investigación

Tipo de Investigación – Por objeto de estudio y análisis de información

- Enfoque Cuantitativo

Según el objeto de estudio y análisis de información que se llevara a cabo, el estudio es de enfoque cuantitativo. Las investigaciones de tipo cuantitativas pretenden recopilar y analizar información a través de diversas fuentes y usando herramientas estadísticas y matemáticas.²⁰ Miden un fenómeno y cuantifican parámetros estudiados.²⁰ La herramienta a utilizar en este estudio pretende obtener información estadística a través de un cuestionario el cual permitió evaluar y estudiar el fenómeno en un tiempo determinado, pero a la vez, comprendiéndolo por medio de las diferentes variables que contiene.

No Experimental – Según el papel que ejerce el investigador sobre las características de objeto de estudio

Cuando se habla de un estudio tipo no experimental, la investigación “se centra en: evaluar una situación, comunidad, evento fenómeno o contexto en un punto del tiempo”²¹.

En este estudio no se manipularán las variables²¹, ni tampoco se utilizó un grupo control. No se hizo ninguna variación en las variables independientes, estas solo fueron observadas, evitando que esto causara algún efecto directo en los pacientes y su actitud. Por lo tanto, solo se estudió el propio comportamiento de los pacientes y cómo esto causa un efecto sobre su adherencia, sin que se manipule directamente el estilo de vida, hábito o conocimiento que puedan tener.

- Diseño Transversal Descriptivo -

En los estudios transversales o transeccionales, se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, cuyo propósito es el describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.²²

Debido a que es una investigación no experimental y en el cual se recolectaron datos en un solo tiempo y momento que ayudaron a describir y analizar el fenómeno²¹, este estudio se efectuó como un diseño transversal/transeccional descriptivo. El tema permitió describir las variables y a su vez analizarlas en un momento dado, además de que cada variable fue estudiada por si sola.

- Estudio Descriptivo – Análisis del fenómeno y nivel de profundidad

Según el análisis del fenómeno y nivel de profundidad, este trabajo de investigación enfocado en adherencia terapéutica en enfermedades crónicas es de tipo descriptivo. Un estudio descriptivo busca especificar las propiedades, características y detallar como son y se manifiestan los fenómenos.²² Por lo tanto, pretenden medir y recoger información de las variables a las que se dirigen, pero sin indicar como estas se relacionan entre sí.²² Los estudios descriptivos se centran en analizar los datos, ordenarlos y clasificarlos según el objeto de estudio²³, es decir permiten mostrar con precisión las dimensiones de un fenómeno.²² Dentro de las características de este tipo de estudio están: objeto de no estudio, no controlado por el investigador, además de ofrecer información verdadera y específica, que permita responder el ¿Qué? Y ¿Cuál?²³

El estudio de la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas es un estudio descriptivo, ya que no se pretendió crear un grupo control, ni tampoco manipular a los pacientes; simplemente se estudió el comportamiento de los pacientes y se analizó la información según los datos obtenidos por la herramienta, sin cambiar la información obtenida, haciéndolo así un estudio verdadero y específico. A la vez, al observar las razones de la adherencia terapéutica se determinó ¿qué es lo que lleva a una adherencia terapéutica? y ¿cuáles son las razones para ello?

B. Sujetos y Objeto de Estudio

Unidades de Análisis, Población y Muestra

En la unidad de salud de Monserrat enfermera margarita Montoya, en un año se ven 876 pacientes con enfermedades crónicas, de los cuales son interés para este estudio: Diabetes Mellitus tipo 2, Enfermedad Renal Crónica e Hipertensión Arterial, entre esta población, 423 son de interés²⁴ para este estudio debido a que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión a continuación:

Criterios de inclusión

- Paciente mayor de 60 años
- Pacientes que lleven sus controles de enfermedades crónicas en la unidad de salud de Monserrat
- Pacientes con consultas activas desde el 2020.
- Pacientes que padecen de enfermedad renal crónica en cualquiera de las etapas evaluadas en el primer nivel de atención
- Pacientes que padecen de diabetes mellitus tipo 2 con manejo del primer nivel de atención
- Pacientes que padecen de hipertensión arterial con manejo del primer nivel de atención
- Pacientes que consulten en la unidad de salud de Monserrat sean o no del área geográfica de influencia (AGI)
- Pacientes inscritos en el programa de enfermedades crónicas hasta marzo 2021

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 60 años
- Pacientes que lleven controles de enfermedad crónica en 2do o 3er nivel de atención
- Pacientes con controles inactivos desde el 2020.
- Pacientes con enfermedad renal crónica estadio 3B o con manejo en 2do o 3er nivel de atención
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 manejados con insulina

- Pacientes con hipertensión arterial crónica con manejo de 2do o 3er nivel que recogen medicamentos en unidad de salud de Monserrat.
- pacientes que no estén dispuestos a participar en esta investigación

Muestra:

El tipo de muestreo a realizar es de tipo no probabilístico por conveniencia. En el muestreo no probabilístico, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador.²² Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones del grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación.²² Las muestras por conveniencia, están conformadas por los casos disponibles a los cuales se tiene acceso²².

Por tanto, la metodología de muestreo sería la siguiente: se tomarían encuestas a los pacientes que lleguen a consultar a la unidad de salud independientemente su consulta sea por control de enfermedades crónicas o por otro tipo de consulta general, siempre y cuando cumplan con criterios de inclusión y exclusión, durante turnos en que los investigadores puedan dirigirse a la unidad de salud en las fechas establecidas para la recolección de datos.

Además, durante la entrevista se captó el nombre completo del paciente y el número de expediente, esto con el fin de corroborar que el tratamiento sea el que el paciente menciona y que realmente cumple con los criterios de inclusión y exclusión.

C. Variables e Indicadores

Las variables son propiedades que pueden fluctuar y cuya variación es susceptible a medirse.²¹ Son un atributo o característica que define el problema de investigación. Son objetos de análisis, de medición y control en una investigación²⁴

Los indicadores son aspectos medibles u observables que caracterizan la variable

Por el tipo de herramienta utilizada y por el tipo de variables, el estudio cuenta con variables cuantitativas de tipo discretas. Las cuantitativas tienen un carácter numérico y cuantitativo, y al ser discontinua significan que no podían ser fraccionadas, por lo que fueron números fijos. Debido a que algunos indicadores determinaron un valor, aunque la respuesta sea dicotómica, de si o no, estas tienen un valor de 1 si es si y un valor de 0 si es no.

Nivel de Medición de Variables:

Variables	Indicadores
<p data-bbox="296 402 705 435">Análisis de régimen terapéutico</p> <ul data-bbox="344 475 856 716" style="list-style-type: none"><li data-bbox="344 475 678 508">• No. de medicamentos<li data-bbox="344 526 785 558">• Interrupción de medicamentos<li data-bbox="344 576 856 609">• Omisión de dosis de medicamentos<li data-bbox="344 626 779 659">• Dosis extra de medicamentos<li data-bbox="344 677 789 709">• No sabe responder a pregunta	<ul data-bbox="1199 402 1864 483" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1199 402 1864 483">• Puntaje alcanzado según ítems 1A, 1B, 1C, 1D, 1E
<p data-bbox="296 737 596 769">Análisis de creencias</p> <ul data-bbox="344 813 953 907" style="list-style-type: none"><li data-bbox="344 813 800 846">• Contesto mal la pregunta 1G<li data-bbox="344 863 953 907">• Indico molestia con algún medicamento	<p data-bbox="1247 737 1772 769">Puntaje alcanzado según ítems 1G y 2A</p>
<p data-bbox="296 927 617 959">Análisis de la memoria</p> <ul data-bbox="344 1003 1037 1097" style="list-style-type: none"><li data-bbox="344 1003 800 1036">• Recibe regímenes multidosis<li data-bbox="344 1057 1037 1097">• Respondió con mucho o algo en pregunta 3C	<p data-bbox="1247 927 1772 959">Puntaje alcanzado según ítems 1C y 3 C</p>

Relación entre problema, objetivos, hipótesis, variables, indicadores, técnicas e instrumentos

Matriz de Congruencia – Operativización de Variables

Problema de Investigación	Factores de riesgo en adherencia terapéutica en diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, de mayo a junio 2021
Enunciado del problema	¿Cuáles son los factores de riesgo en adherencia terapéutica en diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, de mayo a junio 2021?
Objetivo General	Determinar los factores de riesgo a la adherencia terapéutica en diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, de mayo a junio 2021
Hipótesis General	La adherencia terapéutica de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica se ve determinado por factores como nivel socioeconómico, factores relacionados con enfermedad con el paciente, con el personal sanitario y con el tratamiento.

Objetivos Específicos	Hipótesis	Unidades de análisis	Variables	Dimensión	Indicadores	Ítems	Técnica a utilizar	Tipo de Instrumento a utilizar
1. Medir la adherencia	La adherencia terapéutica de	Pacientes Adulto mayor (≥ 60)	1. Análisis de régimen terapéutico	1. No. de medicamentos	Si = 1 No = 0	1A, 1B, 1C, 1D, 1E	Encuesta en la que	Cuestionario BMQ

terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica	diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica se ve determinado por factores como nivel socioeconómico, factores relacionados con enfermedad con el paciente, con el personal sanitario y con el tratamiento.	años) que acuden a unidad de salud Monserrat		2. Interrupción de medicamentos		1A, 1B, 1C, 1D, 1E	se realizaran 13 preguntas. Siendo 12 preguntas cerrad	
				3. Omisión de dosis de medicamentos		1A, 1B, 1C, 1D, 1E		
				4. Disminución de dosis de medicamentos		1A, 1B, 1C, 1D, 1E		
				5. Dosis extra de medicamento o mas		1A, 1B, 1C, 1D, 1E		
				6. No sabe responder a alguna pregunta		1A, 1B, 1C, 1D, 1E		
				7. Rechaza contestar alguna pregunta		1A, 1B, 1C, 1D, 1E		
				1. Medir la adherencia terapéutica en pacientes con		La adherencia terapéutica de diabetes mellitus, hipertensión		

diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica	arterial y enfermedad renal crónica se ve determinado por factores como nivel socioeconómico, factores relacionados con enfermedad con el paciente, con el personal sanitario y con el tratamiento.	de salud Montserrat		2.Indico molestia con algún medicamento		2A	13 preguntas. Siendo 12 preguntas cerradas	
2.Describir los diferentes factores que influyen la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica	La adherencia terapéutica de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica se ve determinado por factores como nivel socioeconómico, factores relacionados con enfermedad con el paciente, con el	Pacientes Adulto mayor (>= 60 años) que acuden a unidad de salud Montserrat	Factores de riesgo: 1. Socioeconómicos 2. Relacionado al paciente 3. Relacionado al tratamiento 4. Relacionado con la enfermedad 5. Relacionado con el personal de salud	1. ¿Cuánto le molesta? 1. ¿De qué forma le molesta?	Si = 1 No = 0	2	Encuesta en la que se realizaron 13 preguntas. Siendo 12 preguntas cerradas	Cuestionario BMQ

	personal sanitario y con el tratamiento.							
3. Comparar la adherencia terapéutica entre en diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.	La adherencia terapéutica de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica se ve determinado por factores como nivel socioeconómico, factores relacionados con enfermedad con el paciente, con el personal sanitario y con el tratamiento.	Pacientes Adulto mayor (≥ 60 años) que acuden a unidad de salud Monserrat	3. Análisis de memoria	1. Recibe régimen multidosis 2. Respondió con mucho o algo en pregunta 3c	Si = 1 No = 0	1C y 3C 3C	Encuesta en la que se realizaron 13 preguntas. Siendo 12 preguntas cerrad	Cuestionario BMQ

4. Técnicas, Materiales e Instrumentos

Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información

Para esta investigación, se realizarán encuestas a pacientes adulto mayor (mayores de 60 años) con enfermedades crónicas como: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial crónica y enfermedad renal crónica que acuden a dicha unidad. Las encuestas se realizarán con ayuda de un cuestionario llamado Breve Cuestionario de la Medicina, conocido por sus siglas en inglés como BMQ.

Dentro de la unidad de salud hay un área de triage, la cual permite clasificar la atención del paciente y con que Doctor pasará consulta. En esta área se corroboró que paciente padece enfermedad crónica para poder realizarle la encuesta. Además, se abordó a cualquier paciente que acudió la unidad, que estaba disponible y permitió ser encuestado, corroborando primero que dicho paciente padeciera alguna de las enfermedades crónicas mencionadas.

La recopilación de datos e información inicio desde Mayo a Julio de 2021. Las encuestas solo fueron realizadas por los integrantes del estudio, no se incluirá a nadie fuera del estudio para dicha recolección de datos, además toda información recopilada es resguardada hasta por un máximo de 2 años, por lo que posterior a ello, toda información recolectada será descartada. Toda información recopilada fue administrada por los integrantes de dicha investigación y la misma fue verificada en los expedientes por dichos integrantes.

5. Instrumentos de Registro y Medición

La herramienta BMQ a utilizar explora el comportamiento del paciente relativo a la toma de medicación y las barreras de la adherencia. Fue creado principalmente para medir adherencia en pacientes diabéticos, el cual explora el comportamiento del paciente durante la toma de la medicina y los factores que pueden afectar la adherencia terapéutica, además de valorar la adherencia en pacientes que toman múltiples medicamentos. Permite identificar diferentes tipos de no adherencia. Deja ver si no es

un problema esporádico o frecuente y a la vez orienta sobre posibles intervenciones que se podrían tomar.

Esta herramienta fue validada por Starsvad et al en 20 pacientes usando el sistema de monitoreo electrónica de medicación (MEMS por sus siglas en inglés). Además, fue utilizado por farmacéuticos australianos para medir el cumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos.¹⁹

Consta de 3 apartados: el primero analiza el régimen terapéutico a través de 7 preguntas sobre como el paciente tomo la semana anterior el medicamento. El segundo apartado analiza las creencias que hay, haciendo dos preguntas con relación a los efectos adversos y las molestias que crea. Por último, el tercer apartado se enfoca en determinar las dificultades que se dan para recordar la toma de la medicación.¹⁷ Corresponde a un total de 10 preguntas con el cual se logró el objetivo y en base a dicho cuestionario se estudió y comprendió la falta de adherencia y dificultades por las que pasan los pacientes.

(Ver Anexo 8)

6. Aspectos Éticos de la Investigación

Para poder lograr una investigación con ética y profesionalismo se deberá cumplir la confidencialidad de cada uno de los pacientes. Por lo tanto, la investigación se realizará de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y la guía de Buenas Prácticas Clínicas (BPC).

Se elaboró un consentimiento informado el cual deberán firmar todas las personas participantes. Dentro del cumplimiento de confidencialidad, se establece que no se deberá mencionar, ni hablar del cuadro del paciente, su tratamiento y estado en general con personas ajenas. Además, se pidió a cada paciente la firma del consentimiento informado explicando el motivo de la investigación y en el cual se definía que el paciente acepta colaborar con dicho estudio.

Esto se realizó con el propósito de que no se violen los derechos del paciente y de que él o ella ha comprendido y se ha voluntariado para dicho proceso. Cabe mencionar que

los cuestionarios fueron realizados solo en aquellos pacientes que aceptaron participar, por lo que su participación fue voluntaria.

Por lo tanto, si el paciente aceptó participar, pero decide retirarse del estudio antes de que este termine se le otorgó su derecho sin penalidad alguna, sin embargo, no hubo ningún caso. Todos los pacientes que participaron no recibieron ingreso monetario por su participación.

En la investigación sólo se utilizó la información recopilada mediante encuestas realizadas a los pacientes que llegan a consulta general ya sea por enfermedades crónicas o por cualquier otra consulta que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión de dicho estudio, en la unidad de salud enfermera margarita Montoya, Monserrat; posterior a esto, se corroboraron los datos revisando el expediente del paciente para indagar si realmente cumple con los criterios de inclusión y exclusión. La información recopilada fue utilizada únicamente para fines de esta investigación. VER ANEXO 1.

- **Clasificación de investigación en función del riesgo en adultos**

El riesgo en investigación es la probabilidad de daño, pérdida, lesión u otras consecuencias adversas que pudieran ocurrirle a alguien como resultado de su participación en un estudio de investigación.²⁵

En el presente estudio, el tipo de riesgo que se podía presentar era el riesgo de sufrir daños psicológicos puesto a que este incluye la posibilidad de producir estados negativos o alterados en la conducta, incluyendo ansiedad, depresión, culpa, sentimientos de inutilidad, enojo o miedo²⁵; esto a razón de que se realizó una encuesta cuyas preguntas precisaban investigar detalles sobre su tratamiento, recomendaciones dadas por el médico y factores que influyen en su adherencia al tratamiento, lo cual pudo dar pauta a recordar sucesos pasados relacionados a su enfermedad crónica; sin embargo, durante la realización de la encuesta, no se presentó o evidenció ningún problema de dicha índole.

En cuanto al nivel de riesgo de la investigación, podemos mencionar que es una investigación sin riesgo, puesto a que la presente investigación no se manipulo ni realizo ninguna intervención fisiológica, psicológica u social de los pacientes que accedieron a participar en él; además se realizó una investigación documental retrospectiva por medio de revisión de expedientes y encuestas, sin indagar aspectos sensitivos de su conducta.²⁶

7. Conflicto de Interés

Es importante mantener la privacidad del paciente como también del médico correspondiente, por lo que, como se mencionó anteriormente, dicha información recopilada fue utilizada únicamente para fines de esta investigación. Toda información en cuanto a expediente del paciente fue corroborada solo dentro de la unidad de salud. Ningún expediente fue sacado de la unidad para ser confirmada o revisada

Además, ninguna información privada de los pacientes tomada de los expedientes o de las encuestas, ha sido divulgada al público sin consentimiento de ellos, ya que como se explicó anteriormente, solo se utilizó información de los pacientes para propósitos de dicha investigación.

8. Procesamiento y Análisis

El procesamiento de los datos una vez recolectados, se realizó de la siguiente forma, se tabularon en diferentes grupos, pacientes con Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, así como un subgrupo de mixtos en donde se incluyeron a aquellos que adolecen más de 1 de las 3 enfermedades en cuestión, para así generar gráficos de medición de adherencia terapéutica y determinación de factores de riesgo predominantes.

El instrumento utilizado es capaz de medir la adherencia terapéutica según una calificación del 0 al 11, en donde se mide la adherencia, como adherencia si la calificación es 0 y no adherencia si hay puntaje del 1 al 11, donde se pudo especificar cuáles son los

factores que más influyen en la no adherencia terapéutica y en qué grado le afecta dependiendo de ese puntaje.

Todo lo anterior fue tabulado en Excel de Microsoft Office 365 Pro Plus, y generando gráficos para su respectivo análisis en dicho programa.

9. Estrategias de Utilización de Resultados

Los resultados a obtener de la investigación son puestos a disposición de la Universidad Evangélica de El Salvador y el Ministerio de Salud (MINSAL) a nivel de la Unidad de salud de Monserrat, Enfermera Margarita Montoya, de SIBASI- Centro, con el objetivo de ayudar a la toma de futuras decisiones en cuanto al programa de enfermedades crónicas y/o otros programas de interés relacionados al tema de investigación.

Capítulo IV – Análisis de la información

Representaciones Gráficas y Estadísticas

El siguiente apartado, muestra las imágenes estadísticas creadas según los datos recolectados por medio de la herramienta BMQ seleccionada. Es importante recalcar que para la realización de dicha descripción y análisis de graficas estadísticas, se realizó una revisión de los expedientes de cada paciente encuestado. Todo esto fue con la aprobación de cada paciente por medio de la explicación del proceso, aceptación y firma de un consentimiento informado previamente explicado (ver anexo 1).

El estudio busca medir la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.

A. Tabulación y Organización de Datos

Anteriormente se detalló la forma de recolección de datos, que sería obtenida por medio del uso de un cuestionario avalado internacionalmente, dirigido a encuestar pacientes con enfermedades crónica de la unidad de salud mencionada. El cuestionario que se utilizó para la recolección de datos es el cuestionario BMQ. Es una herramienta permitida para valorar no solo la adherencia, sino también las barreras de ellas,¹⁸ pero cabe resaltar que, a pesar de apegarse en mayor medida al tipo de estudio realizado, siempre se queda corta en cuanto a la determinación de los factores de riesgo que se presentan y afectan de forma directa o indirectamente a la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas.

Por medio del uso del programa Excel 2016, de Microsoft Office Professional Plus 2016, se creó una tabla adaptada a la información de la herramienta y se tabularon los datos del instrumento tal cual fueron expresados por los pacientes al momento de realizarles la encuesta. Dependiendo de la calificación de la respuesta, aquellas que correspondían, se les dio una calificación de 0 a 1 por cada ítem respondido¹⁷, según la calificación dada por la propia herramienta. Si aplicaba, es decir si la respuesta era positiva o “sí”, se le dio calificación de 1 y sino, una calificación de 0¹⁷. Es importante establecer que la herramienta BMQ, menciona que una calificación de 1 o más significa no adherencia terapéutica¹⁷. Para tener una respuesta más confiable de cada paciente, se revisó

expediente por expediente para verificar que lo respondido era acorde con lo prescrito o no.

La herramienta está dividida en 3 apartados, en él se evaluará el régimen terapéutico, memoria y creencia del paciente. Cada apartado contiene más de una pregunta para la determinación de adherencia,¹⁷ por lo que se han realizado figuras estadísticas con relación a cada objetivo para cada ítem de interés dentro de cada apartado; con la finalidad de obtener una descripción, análisis y comprensión de la adherencia terapéutica. Con el fin de demostrar como la adherencia terapéutica es afectada por factores de riesgo, se ha elaborado figuras estadísticas con datos extras recolectados de lo encontrado en el expediente del paciente, siempre en relación al tratamiento terapéutico de la enfermedad de interés. Esta información recolectada ayudo a detallar inconvenientes con el tratamiento, como con los controles que llevaban.

B. Como se representan, describen y estadísticos que se usaron.

Debido a que el estudio tiene un enfoque cuantitativo, se utilizaron figuras como herramientas estadísticas para demostrar la información obtenida del cuestionario. Las siguientes figuras se han realizado con la intención de poder explicar la relación de las variables de interés y poder determinar así su tendencia creciente o decreciente según los datos por analizar²⁵. La información a graficar fue tomada en base a los primeros 3 objetivos específicos de dicho proyecto.

Los tipos de figuras estadísticas utilizadas para poder describir, analizar y entender la adherencia terapéutica de los pacientes son: tablas, figura de barras, figuras de red, y figura de pastel. Las gráficas de barras pueden ser simples o compuestas, y sirven para mostrar información cuantitativa discreta si son simples o agrupadas y cuando son compuestas, permiten mostrar distintas variables categóricas²⁵. Dentro de las figuras estadísticas del proyecto se utilizaron tablas para las preguntas dicotómicas, además de ambos tipos de graficas de barras según el tipo de información que se esté analizando. Las gráficas de pastel muestran las frecuencias de algunas variables, ya sea de manera absoluta o relativa²⁵. Por último, de ser necesario para poder comparar

más de una variable cuantitativa y su frecuencia, se utilizó la gráfica de red, la cual permite diferenciar si su frecuencia es alta o baja a comparación de otras.²⁵

C. Análisis Descriptivo

La figura No.1 muestra que, del total de 29 pacientes encuestados, 25 pacientes (86.21% de pacientes) no cumplen en totalidad su tratamiento frente a 4 pacientes (13.79% de pacientes) que si cumplen con su tratamiento

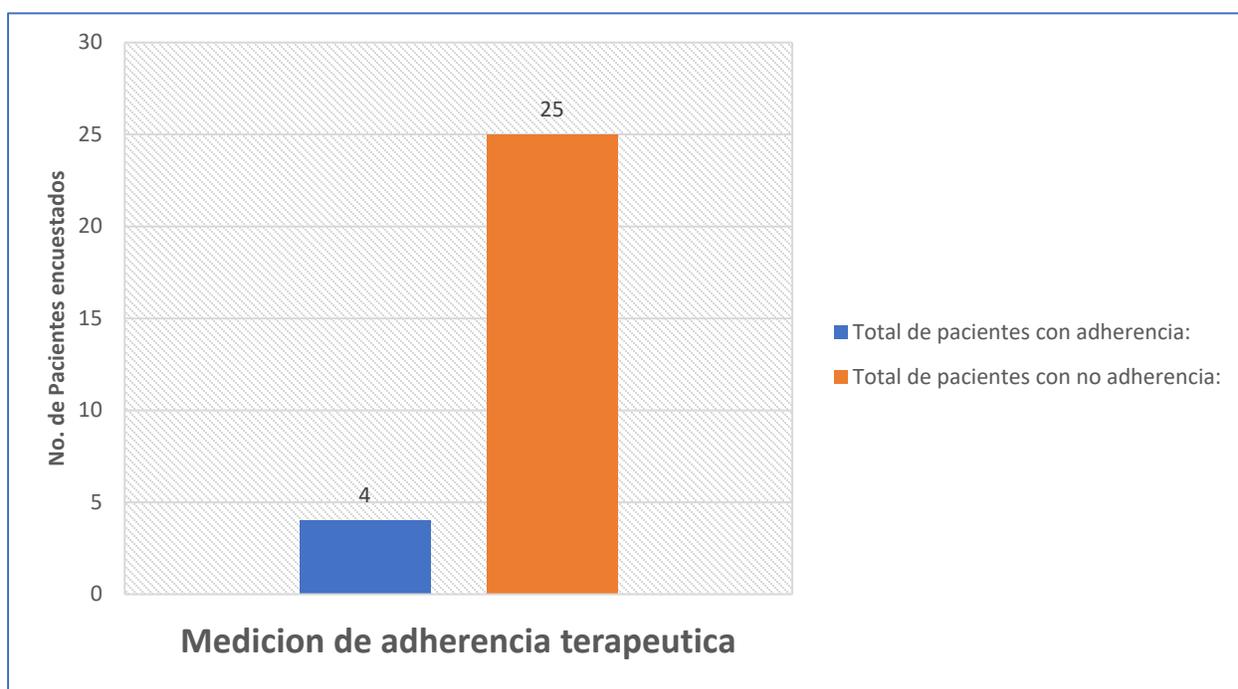


Figura No.1: Medición de adherencia terapéutica en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos del instrumento BMQ Brief Medication Questionnaire

Para poder determinar los factores que afectan la adherencia terapéutica, se analizaron figuras de cada uno de los 3 apartados de la herramienta BMQ utilizada. Dentro del análisis terapéutico se tomaron en cuenta los literales 1A – 1E; del apartado 2 se tomarán en cuenta los literales 1G-2A; y del apartado 3 se tomarán en cuenta los literales 1C y 3C.

En este apartado, la siguiente imagen ayuda a determinar si el paciente realmente sabe que medicamento está tomando. Según la figura #2, de los 29 pacientes encuestados, 18 pacientes (62.02% pacientes) desconocen el medicamento que toman, mientras que un total de 11 de pacientes (37.93% pacientes) conocen a la perfección el nombre del medicamento y su tratamiento prescrito por el médico. Esta información se verifico según los expedientes de los pacientes que respondieron sobre su medicamento, ya sea que lo conocían o no.

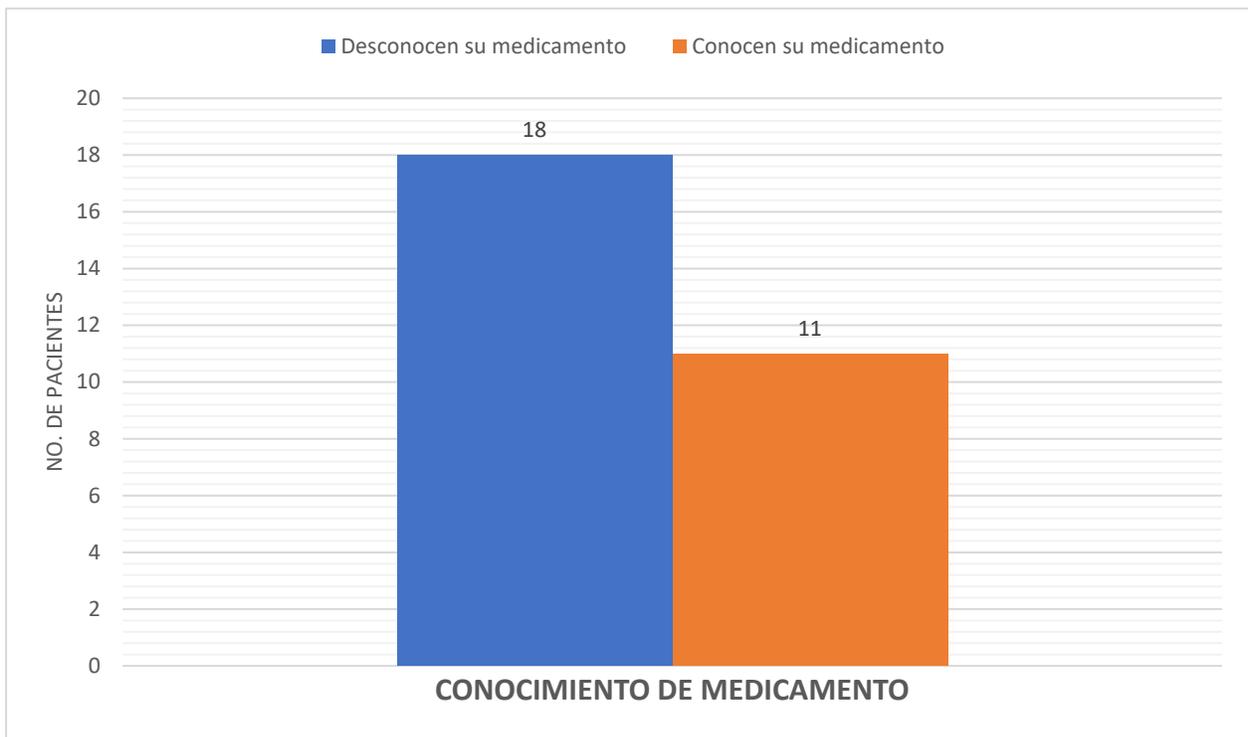
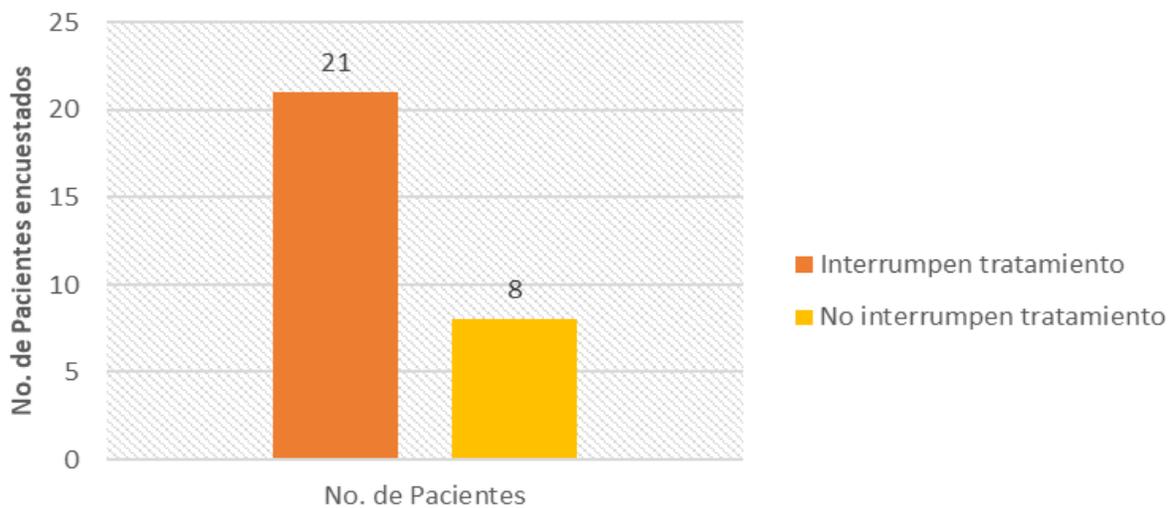


Figura No.2: Conocimiento del tratamiento en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos del instrumento BMQ Brief Medication Questionnaire

El siguiente ítem mostrado (figura no.3) pretende revisar la continuidad del paciente al tratamiento, puesto a que suele ser común que al inicio el paciente siga todas las recomendaciones pero que por cualquier motivo externo dejase de hacerlo. Por lo tanto, según la figura 3, se puede observar que 21 pacientes (72.42% pacientes) si interrumpieron su tratamiento frente a 8 (27.58% pacientes) que lo han continuado sin interrupciones. Algunos de los motivos vistos durante el estudio comprendían: la falta de medicamento en farmacia, la inasistencia de los pacientes a sus controles y por ende al retiro de sus medicamentos, e incluso efectos adversos de estos medicamentos.



INTERRUPCION DE TRATAMIENTO TERAPEUTICO

Figura No.3: Interrupción del tratamiento terapéutico en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos del instrumento BMQ Brief Medication Questionnaire

A continuación, el apartado que sigue es de mucha utilidad, ya que, en la unidad de salud de Monserrat, así como en toda la red de salud nacional, ha habido escases de ciertos medicamentos, por tanto, se obtuvo los siguientes resultados: 21 pacientes (72.42% pacientes) omitieron su tratamiento y esto era causa de efectos adversos molestos o alguna otra incomodidad según lo que se recolecto de las respuestas de los pacientes. A diferencia de los pacientes que, si omitieron su medicamento, solo un total de 8 pacientes (27.58% pacientes) continuaron con su medicación.

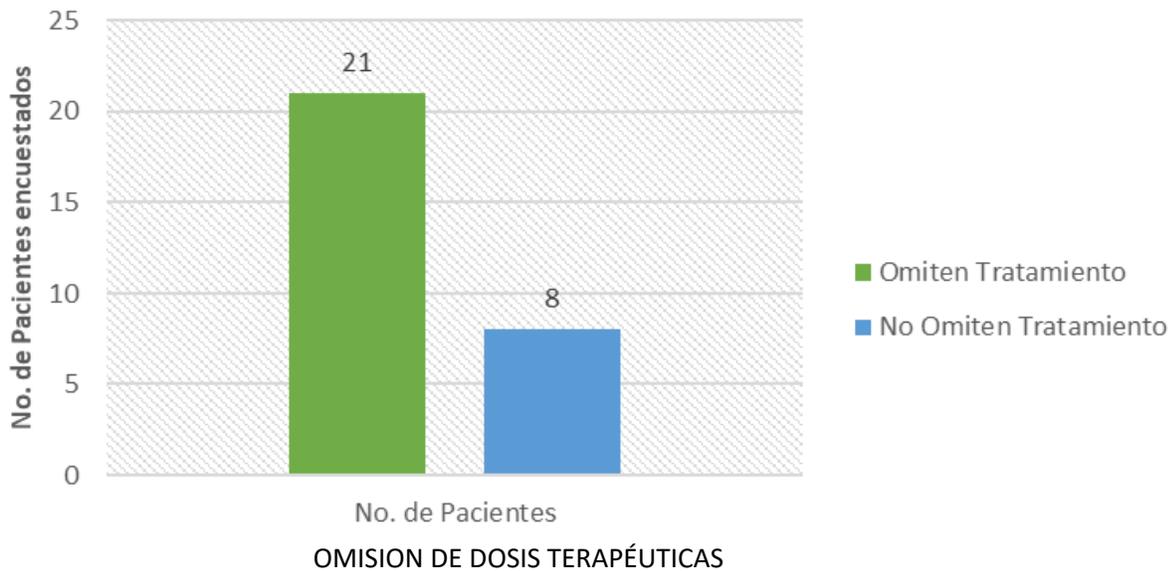
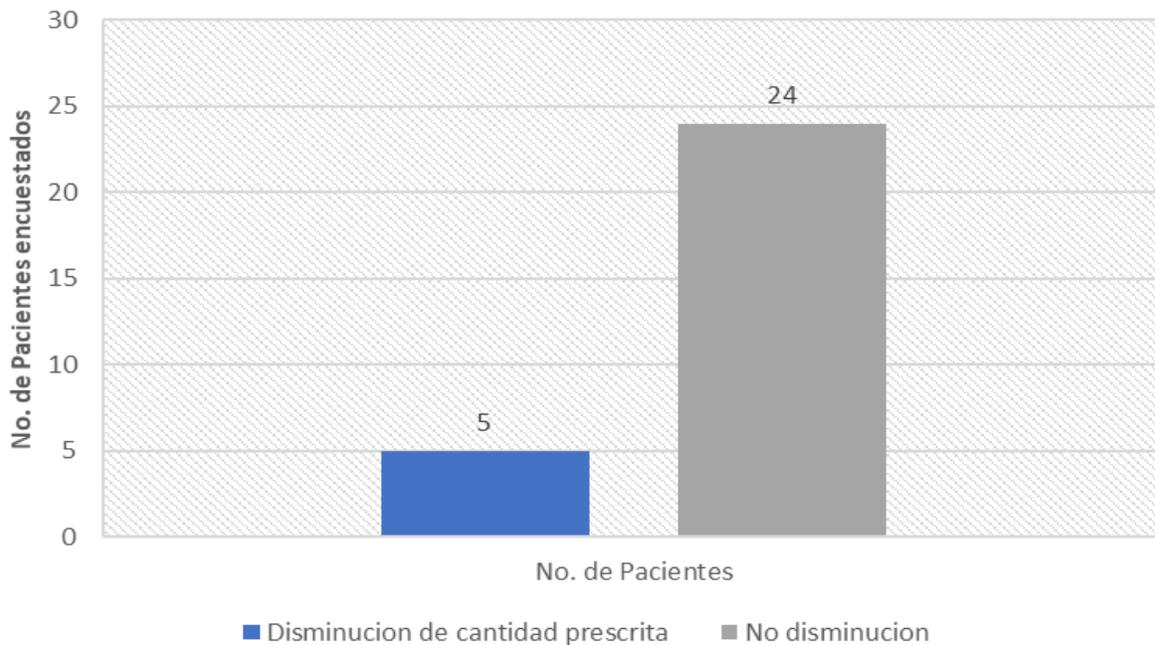


Figura No.4: Omisión de dosis terapéuticas en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos del instrumento BMQ Brief Medication Questionnaire

A continuación, La figura #5, muestra que solo una mínima cantidad de pacientes ha disminuido su dosis; de un total de 29 pacientes, 5 pacientes (17.24% pacientes) disminuyeron su dosis frente a 24 pacientes (82.76% pacientes) que no lo han hecho. Durante las encuestas se determinó que muchos de estos pacientes disminuyeron las dosis porque era difícil recordarlo de forma exacta o simplemente les parecía molesto el consumir muchos medicamentos al día, por lo que vieron más factible la reducción de su dosis sin pensar en las consecuencias que esto podría traerle a su salud.



DISMINUCION DE DOSIS TERAPEUTICA

Figura No.5: Disminución de dosis en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos del instrumento BMQ Brief Medication Questionnaire

La figura No.6 muestra que ningún paciente ha tomado dosis extra de su medicamento. El 100% de los pacientes (29 pacientes) negaron haber tomado dosis extra.

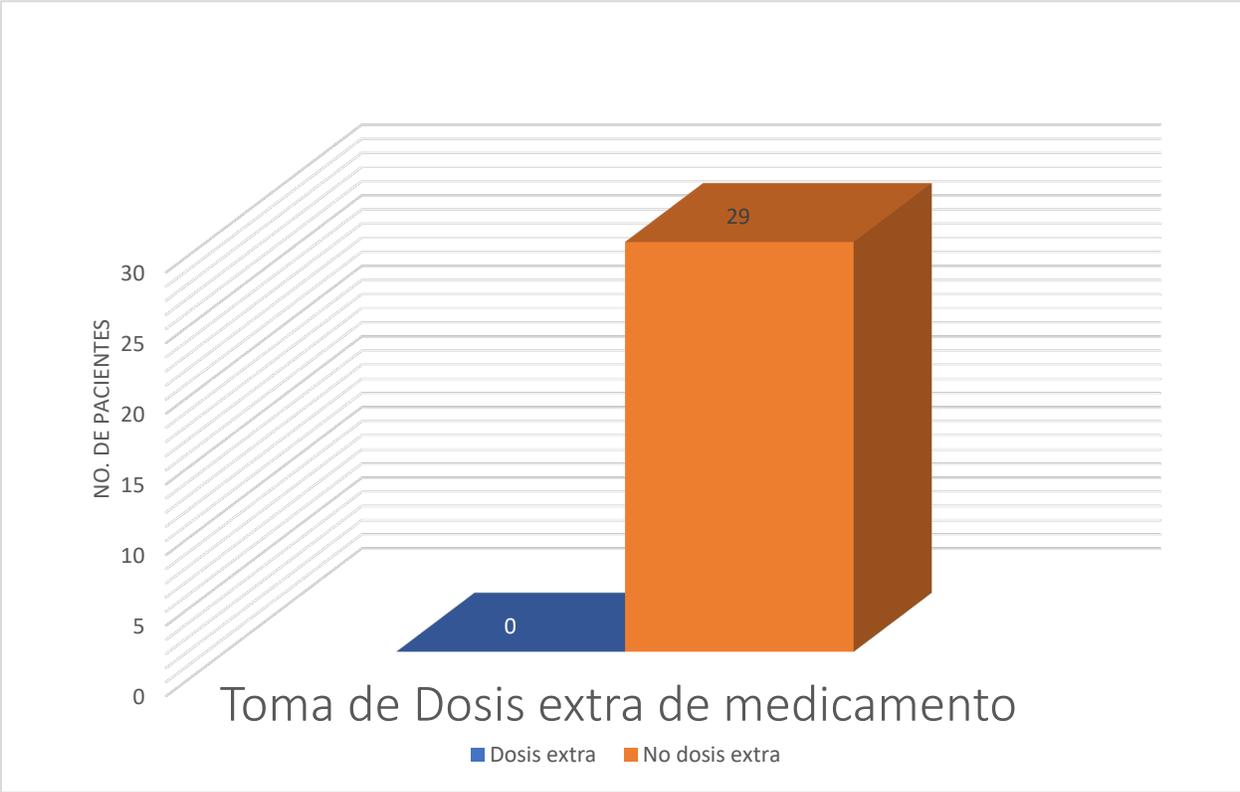


Figura No.6: Toma de dosis extra de medicamento en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021
Fuente: Elaboración propia, con datos del instrumento BMQ Brief Medication Questionnaire

Dentro del análisis terapéutico (1er apartado) se realizaron 7 preguntas. La figura no.7, muestra el interés o no de los pacientes por su medicamento. De los 29 pacientes encuestados, 25 pacientes (86.21% pacientes) respondieron “no se” o respondieron mal a alguna pregunta. Mientras que solo 4 pacientes (13.79%) mostraron un interés adecuado por su régimen.

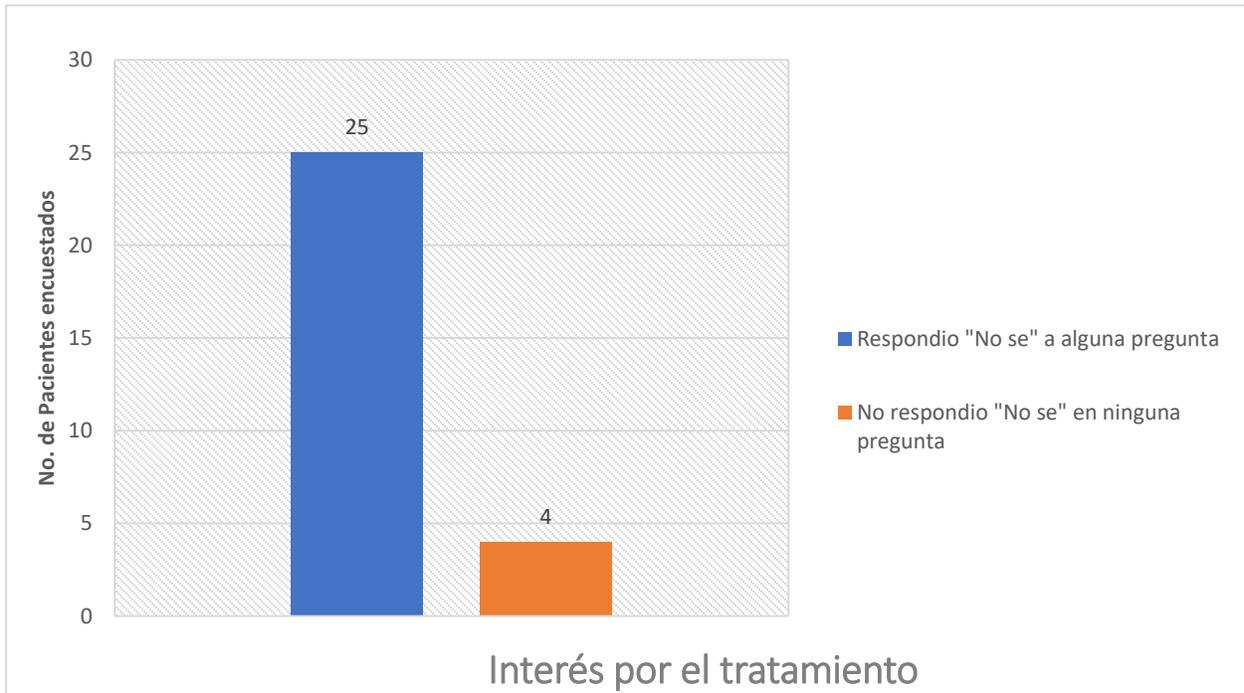


Figura No.7: Interés por el medicamento. (responde no se a alguna pregunta) en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos del instrumento BMQ Brief Medication Questionnaire

En cuanto al rechazo del paciente a contestar, se observa que: de 29 pacientes que corresponden al 100%, todos respondieron las preguntas del cuestionario, independiente de si esta fue respondida adecuadamente o no. Por lo tanto, 0% de pacientes (es decir ningún paciente) rechazo el contestar alguna pregunta.

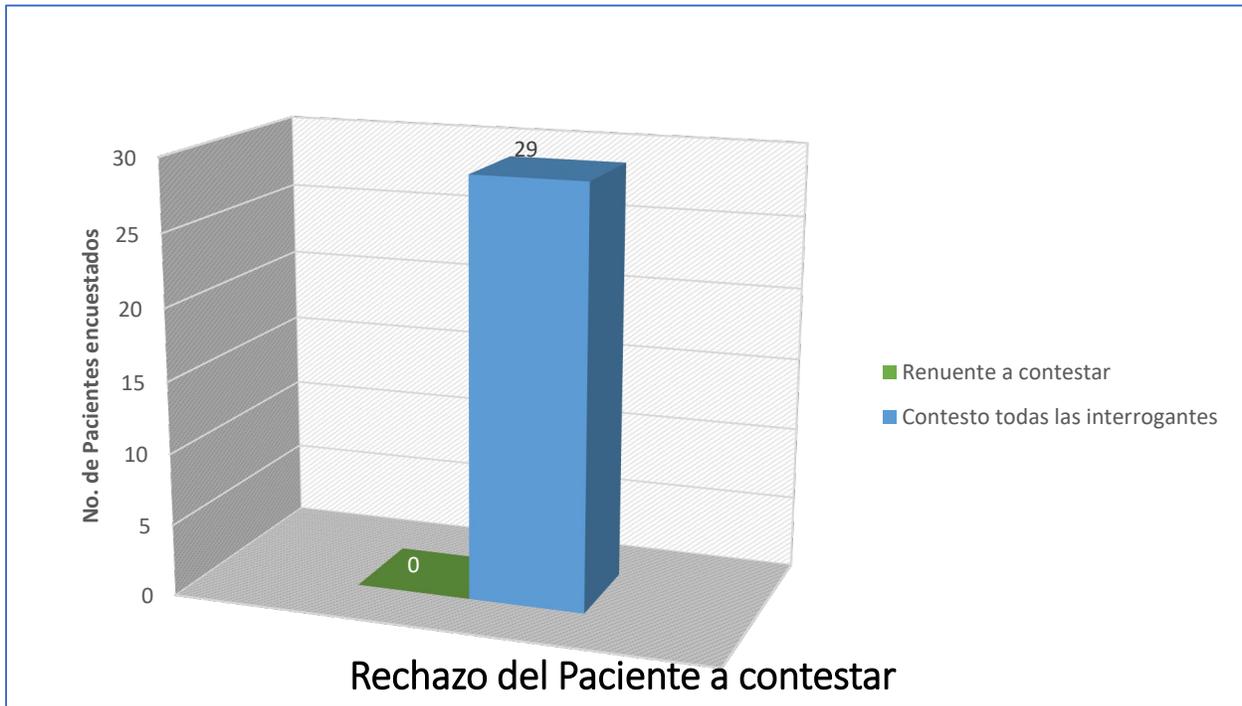


Figura No.8: Rechazo del paciente en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos del instrumento BMQ Brief Medication Questionnaire

En la imagen estadística sobre la dificultad de conseguir medicamentos, hay un total de 57 respuestas, que constituyen a 57 medicamentos en total de los 29 pacientes. De estos 57 medicamentos que determinan el 100%, 29 medicamentos (un 50.9% de los medicamentos) no son “nada” difícil conseguir, mientras que del 49.1% restante, 12.28% de los medicamentos si son difícil de conseguir (categoría mucho) y un 36.84% (21 medicamentos) es “algo” difícil de conseguir.

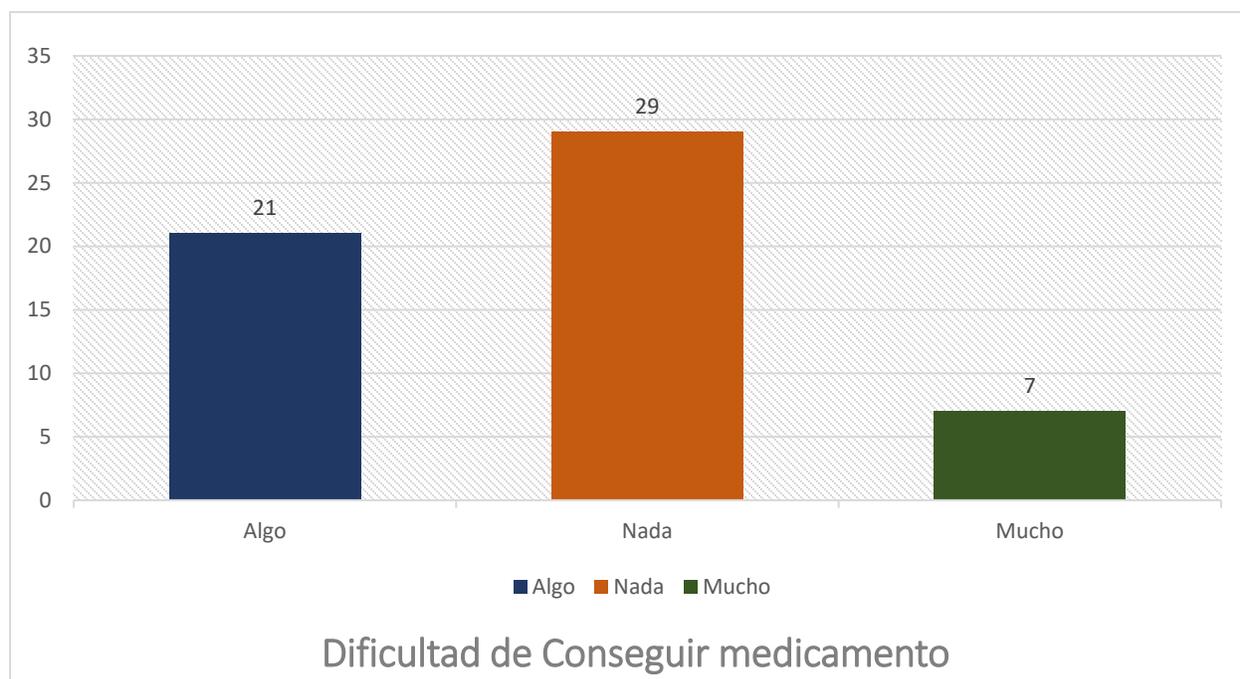


Figura No.9: Dificultad de conseguir el medicamento en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos del instrumento BMQ Brief Medication Questionnaire

La siguiente figura muestra los factores que dificultan conseguir los medicamentos. En total se obtuvieron 57 respuestas, ya que son 57 medicamentos en total. Debido a que cada medicamento, lleva una dosis diferente, un efecto adverso diferente o similar, costo diferente y dosis diferentes, así se determina cada factor para cada medicamento. En la gráfica no.10 del total de 100% de medicamentos, 50.9% de ellos no presento ningún factor molesto a los pacientes, pero del 49.1% restante, 7.01% (4 medicamentos) resultaron molestos por la enfermedad. De este 49.1%, 5.26% (3 medicamentos) son molestos por la distancia que tiene que recorrer el paciente para obtenerlo, ya que no todos viven en las cercanías de la unidad o no tienen como tomar transporte o moverse por sí mismos. Dentro del factor de memoria de los medicamentos, es decir recordar cual toma y sus dosis, solo se dio problema con un medicamento, siendo solo el 1.75% del 49.1% de los medicamentos. Por último, del 49.1% de los medicamentos con factores de riesgo que dificultan la obtención de medicamentos, 35.08% (20 medicamentos) son los que dificultan la adherencia del paciente debido al costo.

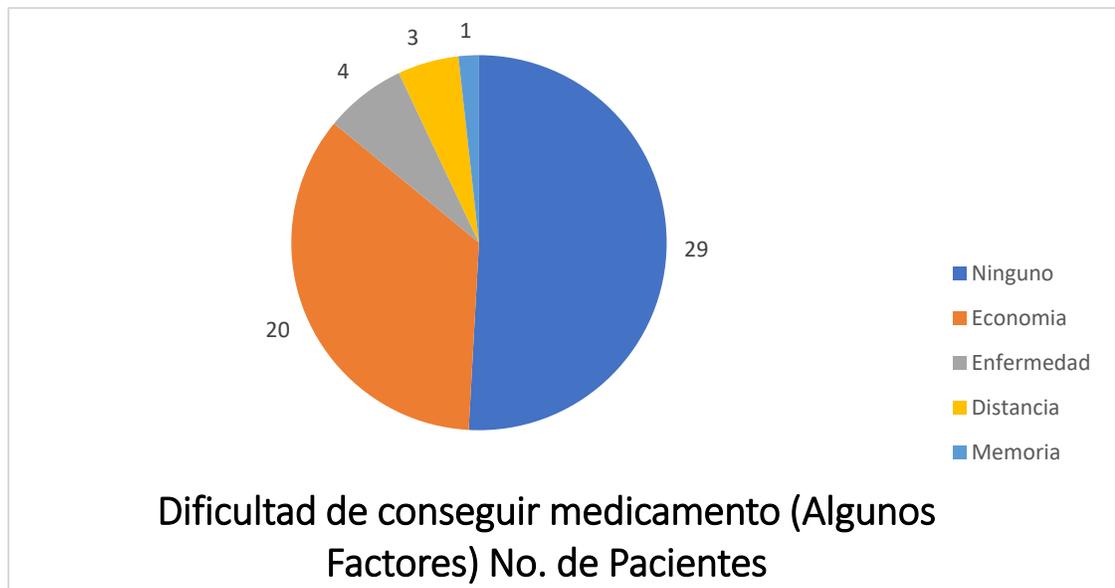


Figura No.10: Factores que dificultan conseguir los medicamentos en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021
 Fuente: Elaboración propia, con datos del instrumento BMQ Brief Medication Questionnaire

Graficas sobre los factores que influyen la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica

Factores Socioeconómicos

Dentro de las condiciones inestables y situaciones ambientales, se obtuvo que, de 29 pacientes encuestados, el cual representan el 100% de los pacientes, solo 18 pacientes que representan 62.07% respondieron que no se ven afectados por factores socioeconómicos mientras que 11 (37.93%) pacientes mencionaron que si se vieron afectados por estos factores.

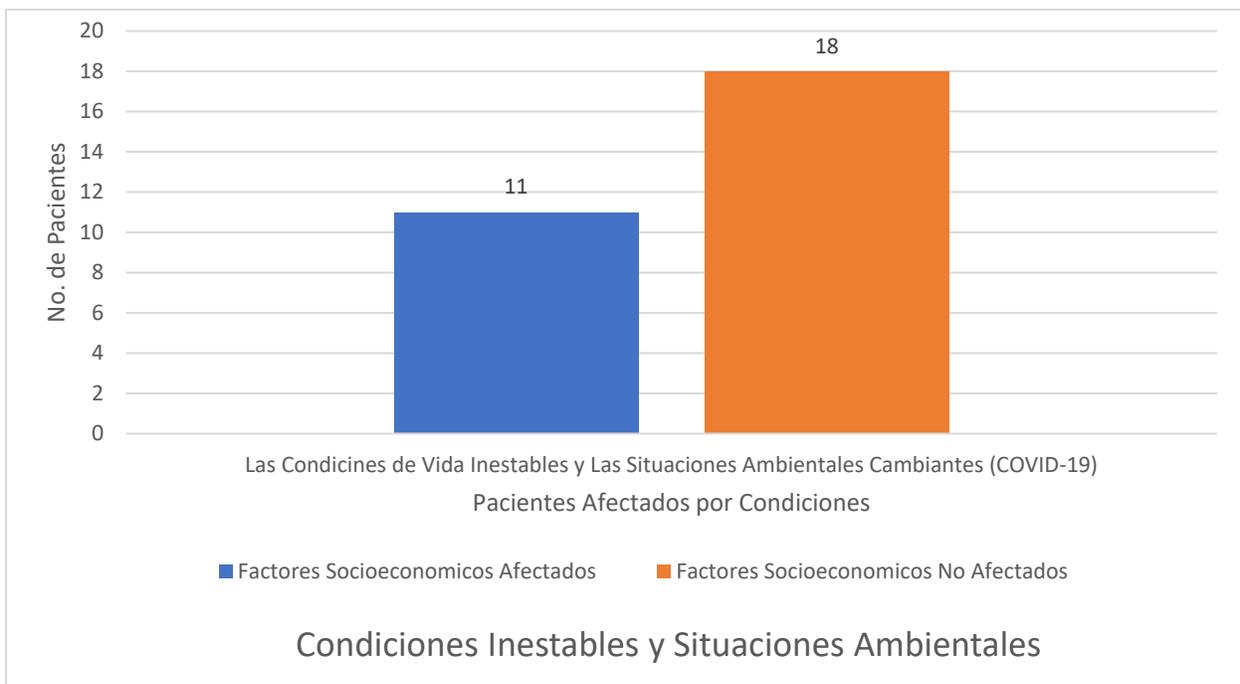


Figura No.11: condiciones inestables de vida y situaciones ambientales cambiantes en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos de entrevista durante investigación.

Factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria

La Grafica no.12 muestra que de todos los medicamentos que los pacientes indicaron tener prescritos, solo Metformina demostró ser el más afectado de todos, con un 0% de su distribución, es decir, ser el único que no se lograba distribuir, a pesar de que fuera recetado por los médicos; a razón de haberse agotado existencias en farmacia de la unidad. A diferencia de los demás medicamentos, todos mostraron tener una distribución de 100%.

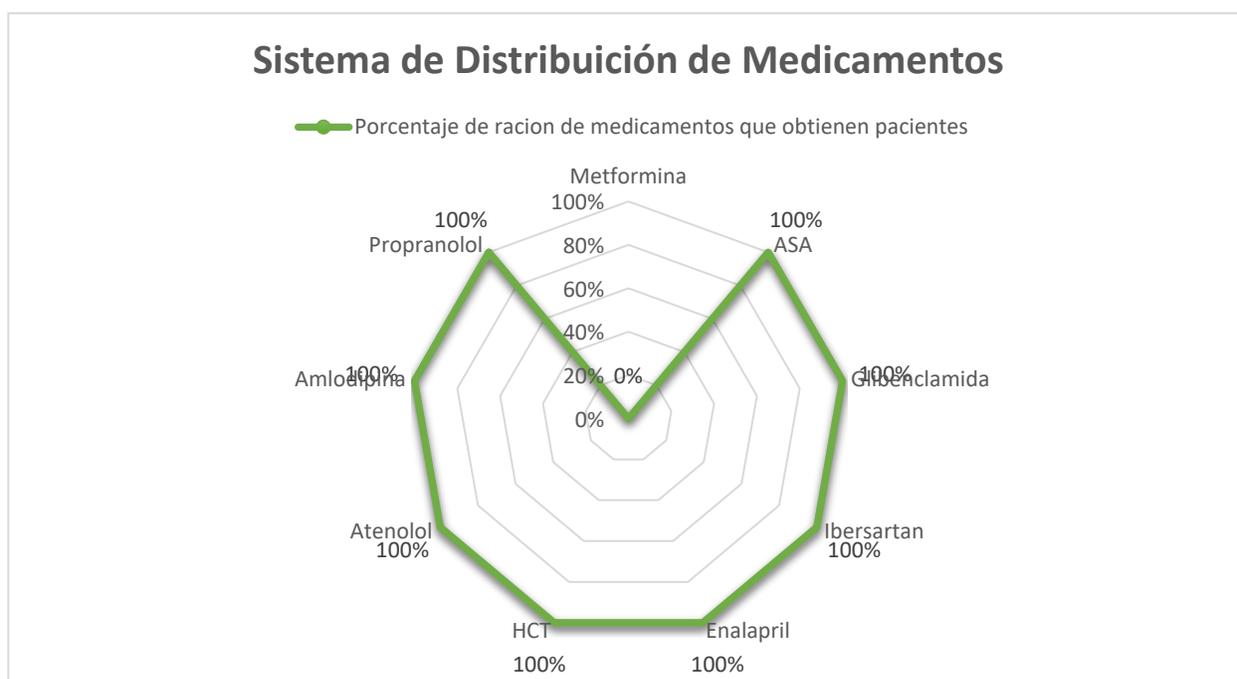


Figura No.12: Sistema de distribución de medicamentos en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos de entrevista durante investigación.

En la tabla No. 1, del total de pacientes entrevistados, se verificó que todos estuviesen inscritos en el programa de crónicos, el 100% de estos pacientes lo estaban, además se verificó que estos mismos presentaran un seguimiento respectivo según los lineamientos del ministerio de salud (MINSAL) aunque no fuera siempre el caso.

Capacidad del sistema para educar a pacientes y proporcionar seguimiento	
Sí	No
100%	0%

Tabla No.1: Capacidad del sistema para educar a pacientes y proporcionar seguimiento en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos de entrevista durante investigación.

En la figura #13 sobre recomendaciones y consejerías, se puede observar que en un 76% de pacientes tuvo las recomendaciones y consejería de forma completa, mientras que solo 24% tuvo recomendaciones o consejería de forma parcial.

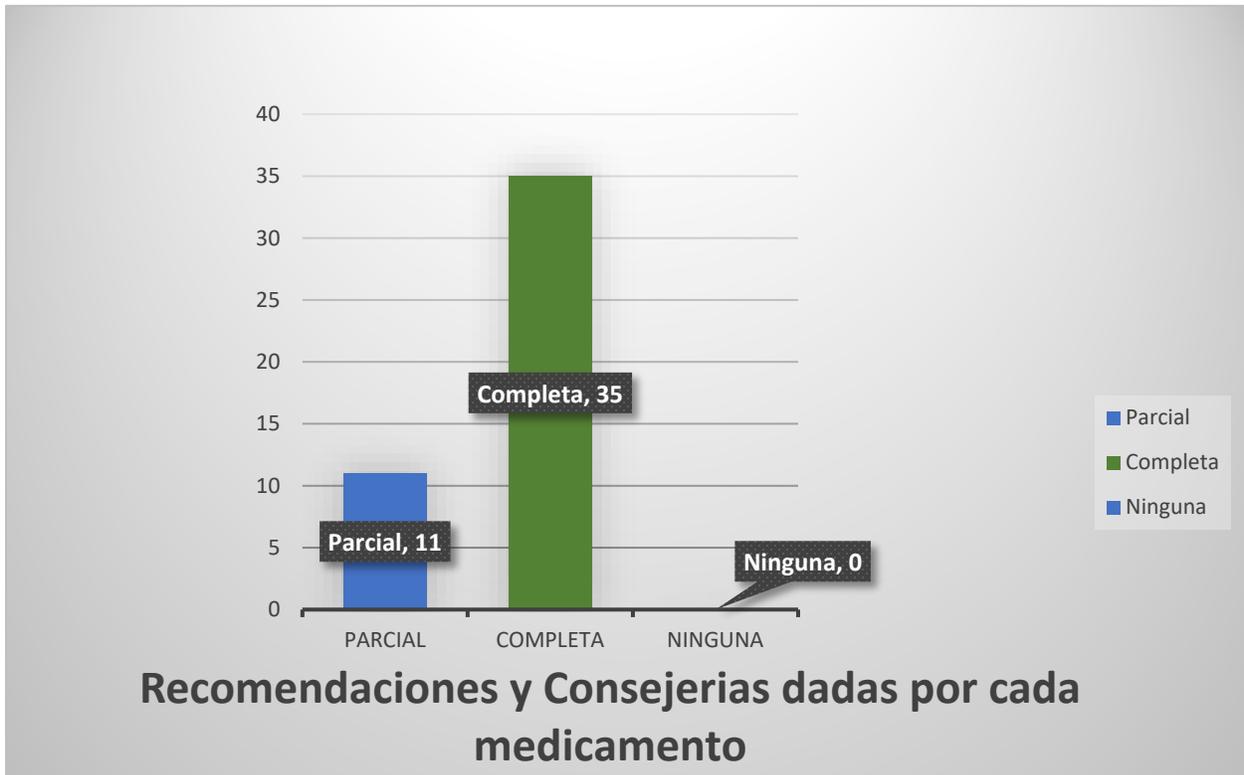
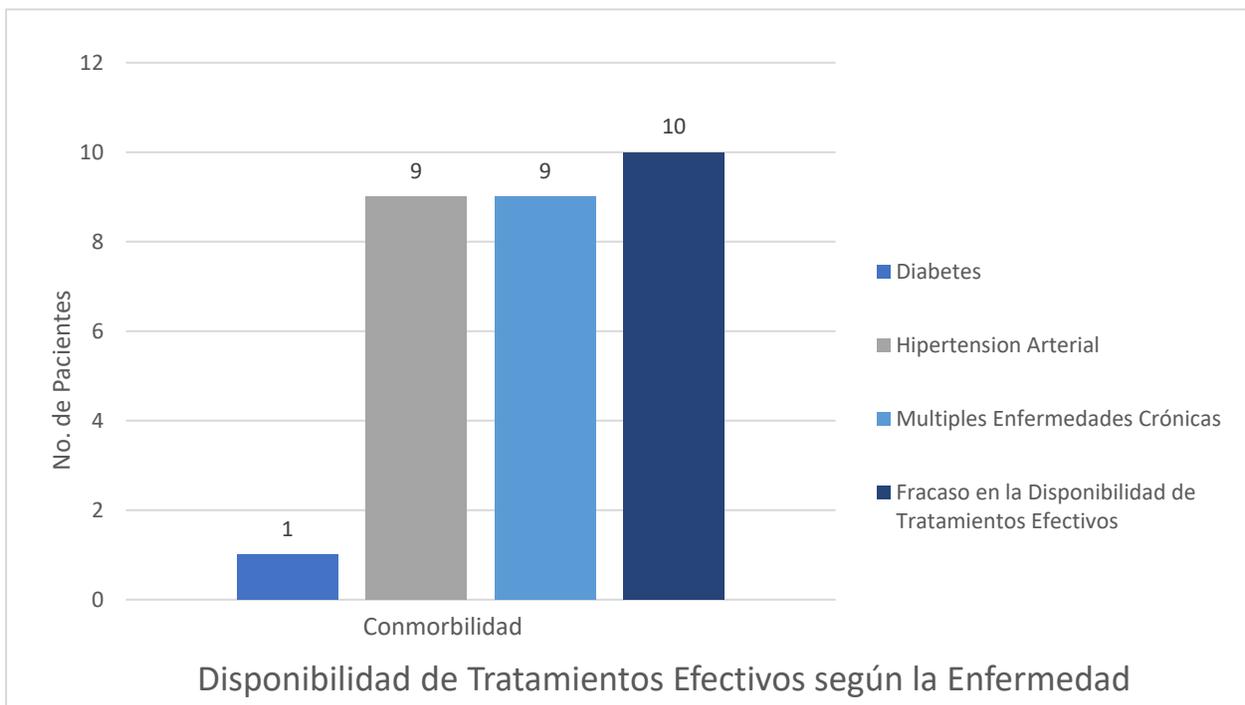


Figura No.13: Recomendaciones y consejerías proporcionadas por el medico según el tratamiento farmacéutico en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos de entrevista durante investigación.

Factores relacionados con la enfermedad

En la figura No.15 se puede observar la disponibilidad de tratamientos en la unidad de salud, según la enfermedad crónica del paciente. En esta figura se observa que solo 1 paciente con diabetes mellitus tipo 2, recibe su tratamiento de forma efectiva, frente a 9 pacientes hipertensos y 9 pacientes con múltiples enfermedades crónicas en la misma situación, mientras que 10 pacientes han tenido fracaso en la disponibilidad de tratamientos efectivos.



**Figura No.14: Disponibilidad de tratamientos efectivos según la enfermedad en la unidad de salud
Montserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021**

Fuente: Elaboración propia, con datos de entrevista durante investigación.

Factores relacionados con el tratamiento

La tabla #16 sobre molestia de algún medicamento se observa que 18 pacientes (62.06% pacientes) especificaron tener molestias con su medicación mientras un total de 11 pacientes (39.93% pacientes) indicaron no tener ningún tipo de molestias.

Molestia de algún medicamento	
Si	No
11	18

Tabla No.2: Molestia de algún medicamento en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos de entrevista durante investigación.

Factores relacionados con el Paciente

En la tabla #3: un 3% de los pacientes (específicamente 1 paciente) no conoce el tipo de medicamento que toma o su nombre como tal y muchísimo menos para que funciona, mientras un 97% de pacientes (28 pacientes) si tienen conocimientos básicos de sus medicamentos.

No. de Pacientes Con Conocimiento de Medicamento	
Si saben	No saben
97%	3%

Tabla #3 : Conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos de entrevista durante investigación.

Durante la entrevista, en la herramienta se le preguntaba al paciente si conocía la dosis de sus medicamentos; por lo cual la tabla #4 muestra que solamente 5 pacientes (17.24% pacientes) no sabían su dosis correcta y 24 de ellos (82.76% pacientes) si conocen que dosis deben de tomar.

Conocimiento de Dosis Correcta Por Paciente	
Paciente conoce dosis correcta	Paciente no conoce dosis correcta
24	5

Tabla #4: conocimiento del paciente de dosificación correcta en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos de entrevista durante investigación.

En la tabla #5, se observa que la herramienta mide la interrupción/omisión del tratamiento de parte de los pacientes por lo que se puede apreciar que, en la recolección de datos, 8 pacientes en toda ocasión siguieron su tratamiento; mas no así 21 de ellos interrumpieron sus tratamientos y no consumieron sus medicamentos por múltiples motivos en diferentes periodos de tiempo.

Interrupción/Omisión de Tratamiento	
Dejo de tomar tratamiento	No dejo de tomar tratamiento
21	8

Tabla #5: cantidad de veces que el paciente interrumpe u omite el tratamiento en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos de entrevista durante investigación.

Comparación de la adherencia terapéutica entre diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.

En la figura 20, hay 7 pacientes solo con Diabetes Mellitus 2, 13 con Hipertensión Arterial y 9 con múltiples comorbilidades. Dentro de los 9 pacientes con múltiples comorbilidades, solo 1 paciente padece de enfermedad renal crónica, pero el cual también padece ya de hipertensión arterial crónica, por lo tanto, no se tomó de un solo grupo sino como parte de las múltiples comorbilidades.

De 29 pacientes, solo 25 pacientes (86.2% de pacientes) mostraron no adherencia; obteniendo que del grupo de pacientes con diabetes mellitus, solo 1 paciente tuvo adherencia de 7 pacientes en total; de los pacientes que padecen HTA, de 13 pacientes 10 de estos (76.92% de pacientes) no tuvieron adherencia mientras que 3 si lo tuvieron (23.07% de pacientes); por último, siendo los de múltiples comorbilidades, el grupo que no tuvo adherencia en su totalidad

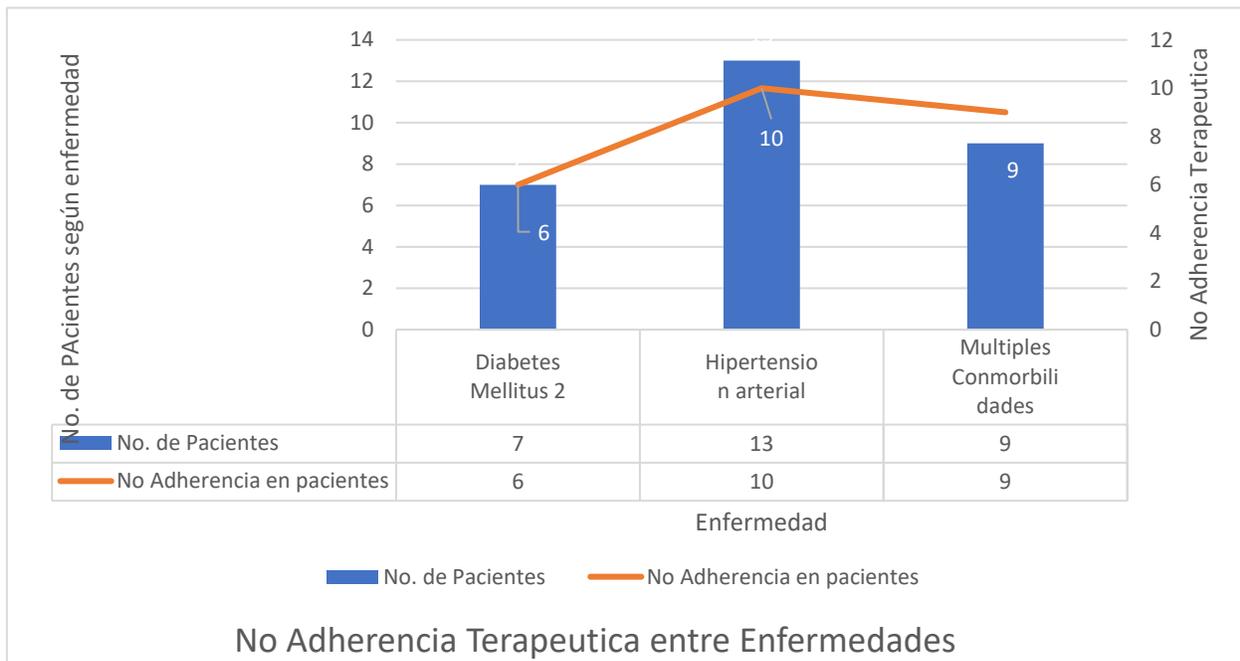


Figura No.15: Comparación de adherencia terapéutica entre DM2, HTA y ERC en la unidad de salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya, 2021

Fuente: Elaboración propia, con datos de entrevista durante investigación.

Discusión de los resultados

Un gran número de rigurosos estudios encontraron que la adherencia en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas es de solo el 50% en los países desarrollados. Se asume que la magnitud y el impacto de la baja adherencia en los países en desarrollo es mayor debido a la escasez de recursos y a la inequidad en el acceso a los servicios de salud.⁷

En el presente estudio la medición de adherencia terapéutica en los pacientes mostro que más del 50% de pacientes no tiene una adherencia terapéutica, ya que, del total de 29 pacientes encuestados, 25 pacientes (86.21% de pacientes) no cumplen en totalidad su tratamiento frente a 4 pacientes (13.79% de pacientes) que si cumplen con su tratamiento.

Para la verificación de esta información se realizó una revisión de sus expedientes para comparar el tratamiento que el médico le dejo al paciente con el tratamiento que el paciente mencionaba cumplir, para los 25 pacientes sin adherencia terapéutica, se encontró diferencias en su medicamento o dosis, además de algunas otras recomendaciones o medicamentos que deberían tomar, pero que aun así algunos omitieron.

Con la medición de adherencia al tratamiento se aprecia que la mayoría de los pacientes falla en alguna parte de su tratamiento. La importancia está en que la falta de adherencia puede producir complicaciones a futuro, además de que se puede ver que es probable que no todos estén adecuadamente controlados. Se ha determinado que, si el grado de adherencia es inferior al deseable y no se alcanzaran los objetivos clínicos deseados, podría producirse una intensificación del tratamiento prescrito o la sustitución de un tratamiento por otro con peor perfil de seguridad o con un coste superior.⁵

Por lo tanto, se puede ver que hay una alta no adherencia terapéutica como determinado en varios estudios. Los resultados obtenidos en el presente estudio son similares a un estudio realizado en México en el cual se concluyó también que más del 50% de pacientes no tienen una adherencia al tratamiento. En dicho estudio, realizado también con un cuestionario breve de medicación (BMQ, por sus siglas en ingles), solo un 48%

mantuvo adherencia al tratamiento, mientras que un 52.30% presentaron incumplimiento al tratamiento¹⁶.

En el 2006, Martin Diaz expone que una adherencia deficiente es la dificultad que tiene el paciente en iniciar el tratamiento dado,¹ y que esto también implica la suspensión temporaria o abandono de los medicamentos, terapias prescritas, como también la omisión de las dosis de medicamentos, el posponer hacerse pruebas indirectas y no modificar el estilo de vida, entre otras actividades.¹

Para determinar si el paciente puede tener una alteración en su adherencia terapéutica se determinó si ese paciente conoce o no el nombre y medicamento que se le ha prescrito. En la figura sobre conocimiento al tratamiento se determinó si el paciente realmente sabía que medicamento estaba tomando. Según la figura estadística, de los 29 pacientes encuestados, 18 pacientes (62.02% pacientes) desconocen el medicamento que toman, mientras que un total de 11 de pacientes (37.93% pacientes) conocen a la perfección el nombre del medicamento y su tratamiento prescrito por el médico.

Con respecto a la interrupción del tratamiento terapéutico se observa la continuidad del paciente al tratamiento. Suele ser común que al inicio el paciente siga todas las recomendaciones, pero que por cualquier motivo externo deje de hacerlo. En la presente investigación, 21 pacientes (72.42% pacientes) si interrumpieron su tratamiento frente a 8 (27.58% pacientes) que lo han continuado sin interrupciones. Algunos de los motivos vistos durante el estudio comprendían: la falta de medicamento en farmacia, la inasistencia de los pacientes a sus controles y por ende al retiro de sus medicamentos, e incluso efectos adversos de estos medicamentos. En un estudio de Honduras 2019, se determinó que 25% de los pacientes (13 pacientes de 51 estudiados) no adquieren su medicamento con regularidad en la farmacia²⁸. En un estudio realizado en México 2019, en un consultorio auxiliar, se determinó que la razón de interrumpir el tratamiento era por sentirse mejor, en el cual 5.7% de pacientes referían sentirse mejor³¹. Se puede ver que es común que haya dificultad para retirar medicamentos en clínicas, pero también se puede comparar que la interrupción puede variar. En el caso de dicho estudio es más

por las dificultades que causa el medicamento y no tanto por la voluntad del paciente como tal.

A la vez, se ha visto en muchas ocasiones, los pacientes tienden a disminuir la dosis de sus medicamentos sin autorización médica y esto puede traer consecuencias, sobre todo si son medicamentos como beta bloqueadores o anticonvulsivantes que pueden generar efectos adversos o complicaciones.³⁰ Con la disminución de dosis, se puede notar que solo una mínima cantidad de pacientes ha disminuido su dosis; de un total de 29 pacientes, 5 pacientes (17.24% pacientes) disminuyeron su dosis frente a 24 pacientes (82.76% pacientes) que no lo han hecho. Durante las encuestas se determinó que muchos de estos pacientes disminuyeron las dosis porque era difícil recordarlo de forma exacta o simplemente les parecía molesto el consumir muchos medicamentos al día, por lo que vieron más factible la reducción de su dosis sin pensar en las consecuencias que esto podría traerle a su salud.

En 1976 Haynes, estableció que la falta de adherencia al tratamiento es un problema multifactorial y que dentro de ella se podrían encontrar hasta más de 200 variables, por lo que su intervención exitosa resultaba complicada, ya que se tendría que abarcar cada uno de sus factores causantes.⁹

Sobre la interrupción y disminución del tratamiento, se muestran factores del tratamiento que afectan la adherencia, además se determinaron otros factores que afectan por igual la adherencia de los pacientes. Dentro de estos, se ha encontrado: afectación a nivel socioeconómico, del paciente, del tratamiento, de la enfermedad y del personal sanitario.

La adherencia al tratamiento, algunas veces se ha clasificado como un comportamiento dinámico asociado a estatus socioeconómicos y socioculturales. El no seguir una prescripción lleva a consecuencias negativas tanto para el médico como el paciente. En un estudio sobre “Adherencia a antihipertensivos en pacientes de la aldea de Punuare, Departamento de Olancho, Honduras” realizado entre enero-junio 2019, se determinó que el 25,0% de los pacientes (13 pacientes de los 51 estudiados) no adquieren su medicamento con regularidad en la farmacia del centro de salud, mientras que el 75,0% sí lo hacen.²⁸ Lo que contrasta con el presente estudio, en donde se evidenció que, de 29 pacientes encuestados, 18 pacientes que representan 62.07%, respondieron que no

se ven afectados por factores socioeconómicos mientras que 11 (37.93%) pacientes mencionaron que si se vieron afectados por estos factores.

Además, durante el periodo de realización de la encuesta, el medicamento metformina no se encontraba disponible en ninguna de sus presentaciones, por lo que generaba fracaso en la disponibilidad de tratamientos efectivos, la cual muestra que 10 pacientes presentaron fracaso en la disponibilidad del tratamiento, mientras que 9 pacientes con hipertensión y otros 9 con enfermedades crónicas mixtas, si pudieron recibir un tratamiento efectivo para su enfermedad. A pesar de que estos medicamentos no se encontraban disponibles en la farmacia de dicho establecimiento, los pacientes no comunicaban los problemas que tenían al conseguir su medicamento; Siendo eso, uno de los problemas de índole socio/económico.

Sobre el Sistema de distribución de medicamentos podemos observar que de todos los medicamentos que los pacientes dicen tomar para el manejo de su enfermedad crónica, solo Metformina en cualquiera de sus dos presentaciones, es el que no pudieron adquirir, esto es un problema porque, aunque se desee ayudar al paciente, muchos dependen de la unidad y no todos pueden pagar sus medicamentos, lo que esto puede provocar que se descontrolen, independientemente si el paciente es constante con sus controles y medicamentos. Además, al no haber medicamento, se tiene que optar por alternativas como glibenclamida o el paciente busca como conseguir y/o comprar metformina, siendo esto otro de los problemas, el alto precio de los medicamentos que los pacientes no pueden cubrir, además del traslado hacia una farmacia para adquirirlo.

Sobre la dificultad de conseguir medicamentos, se muestra un número mayor de pacientes encuestados, pero esto se debe a que los pacientes encuestados no consumen solo un tipo de medicamento debido a que algunos de ellos tienen más de una comorbilidad. Es decir, si el paciente toma enalapril y metformina, se tomó en cuenta la dificultad que ese paciente tiene en conseguir metformina, como también la dificultad que tiene en conseguir enalapril.

Esto se debe a que en algunas ocasiones se ha visto que la unidad de salud no tiene metformina por meses, por lo tanto, el paciente pasa ese tiempo sin abasto de medicamento, y es allí cuando se les dificulta.

Lo anterior es a razón de lo siguiente; usualmente en el primer nivel de atención, los medicamentos suelen estar disponibles la mayoría del tiempo, pero es bien conocido que en algunos momentos estos escasean, por lo que al establecimiento de salud le toca esperar la nueva compra de esos medicamentos.

Por tanto, es usual que en ciertas temporadas algunos medicamentos escaseen, por lo que es justificable que los pacientes manifiesten que algunos medicamentos que ellos consumen son algo, o muy difíciles de conseguir. Por ejemplo, a inicios de año, el medicamento que faltaba era enalapril, luego durante la recolección de los datos, el medicamento faltante era metformina.

Además, se sabe que los medicamentos disponibles en farmacias de dichas unidades son gratuitos para la población. Sin embargo, cuando estos son escasos o carecen, el paciente tiene dos alternativas; la primera es el cambio de medicamento por otro disponible dentro de la unidad o la compra de este por sus propios medios. Por consiguiente, en el primer punto, el paciente corre el riesgo de que el medicamento alterno le genere efectos adversos no deseados.

Es importante saber que es más la cantidad de medicamentos que no son difíciles de conseguir, ya que esto demuestra que la mitad de los medicamentos si se están tomando y que los pacientes tratan de mantenerse medicados, a pesar de que solo un 36.84% de los medicamentos son algo difícil de conseguir.

En el 2004, se definió la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o modificación de hábitos de vida.”¹En el caso de la diabetes, la consejería es muy importante ya que la adherencia terapéutica es más complicada porque implica no solo medicamento sino también disminución de la ingesta calórica, aumento del ejercicio físico y pérdida de peso. Se ha visto que los pacientes diabéticos de mayor edad suelen tener poca adherencia a dieta y ejercicio (<30%), pero a pesar de esto, mantienen

siempre una adherencia muy buena en cuanto a medicamentos (>90%) y una adherencia moderada en cuanto control y cuidados de pie diabéticos y monitoreo de glucosa (56%).¹⁵

Un estudio del 29 de marzo de 2019, menciona que en países con altos ingresos la concientización de la hipertensión arterial y su tratamiento era mayor que en la de países con bajos ingresos, por lo que se notó que la mitad de los pacientes tratados por hipertensión arterial (HTA) estaban controlados, mientras que, en los países de bajos ingresos, solo un cuarto de pacientes se encontraba controlados.

Un estudio realizado en Ecuador determinó que en los pacientes diabéticos un 94,1% manifestó un nivel de conocimiento adecuado mientras que sólo un 3,6% resultó tener un conocimiento inadecuado de esta patología a pesar de padecerla.²⁹

Tomando en cuenta todo lo anterior y en el presente estudio, podemos ver que, del total de encuestados cada enfermedad, no todos tienen adherencia terapéutica, ya que de 7 pacientes con diabetes mellitus, solo 1 paciente tiene adherencia terapéutica.

De los 13 pacientes con hipertensión arterial solo 3 tienen adherencia terapéutica y de los 9 pacientes con múltiples comorbilidades, en su totalidad, ninguno tiene adherencia terapéutica. Esto podría deberse a que pacientes que tienen diabetes mellitus por sí sola o junto con otra enfermedad tienen más dificultad en su tratamiento debido a que requiere un mayor esfuerzo del paciente en cuanto a dosis de medicamentos, dieta, ejercicio, exámenes generales, entre otras cosas. Por lo tanto, a diferencia de los pacientes que padecen de diabetes mellitus tipo 2 y pacientes con múltiples comorbilidades, es más fácil presentar adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial, puesto a que sus cuidados y tratamientos son menos complicados.

Como parte del tratamiento en enfermedades crónicas, es necesario tener una buena educación en salud además del tratamiento farmacológico. Esto es importante ya que como lo dicen los estudios, no muchos pacientes tienen adherencia a recomendaciones no relacionadas con el medicamento y según estudios, la adherencia no solo se basa en medicamentos, por lo que dar una buena consejería y recomendación puede ayudar al paciente a mejorar su estilo de vida y sus hábitos, ya sea que el paciente sea hipertenso o diabético. Sobre las recomendaciones y consejerías proporcionadas por el médico

según el tratamiento farmacéutico, se puede observar que en un 76% de pacientes tuvo las recomendaciones y consejería de forma completa, mientras que solo 24% tuvo recomendaciones o consejería de forma parcial.

Según los factores que dificultan conseguir los medicamentos, del total de 57 respuestas obtenidas (que corresponde al 100% de medicamentos), 50.9% de ellos no presento ningún factor molesto a los pacientes, pero del 49.1% restante, 7.01% (4 medicamentos) resultaron molestos por la enfermedad. De este 49.1%, 5.26% (3 medicamentos) son molestos por la distancia que tiene que recorrer el paciente para obtenerlo, ya que no todos viven en las cercanías de la unidad o no tienen como tomar transporte o moverse por sí mismos.

Dentro del factor de memoria de los medicamentos, es decir recordar cual toma y sus dosis, solo se dio problema con un medicamento (Amlodipina), siendo solo el 1.75% del 49.1% de los medicamentos. Por último, del 49.1% de los medicamentos con factores de riesgo que dificultan la obtención de medicamentos, 35.08% (20 medicamentos) de medicamentos son los que dificultan la adherencia del paciente debido al costo.

Es importante recalcar el factor socioeconómico se ve involucrado en gran medida en la no adherencia terapéutica. Cabe resaltar que, durante la recolección de datos, los investigadores notaron lo siguiente por medio de las opiniones de los mismos pacientes. Estos mencionaban que la poca disponibilidad de medicamentos en farmacia (los cuales son gratuitos a la población) los llevara a incurrir en gastos, puesto a que no siempre el cambio de prescripción médica a otro medicamento disponible en farmacia era algo positivo para ellos.

Durante el estudio se notó que, con el medicamento alternativo, los pacientes reflejaban efectos secundarios no deseados, por lo que en muchos de los casos dejaba de ser una opción viable. En base a las molestias con la medicación, 18 pacientes (62.06% pacientes) especificaron tener molestias con su medicación mientras un total de 11 pacientes (39.93% pacientes) indicaron no tener ningún tipo de molestias.

Varios autores reportaron que las tasas de adherencia al tratamiento en las principales enfermedades crónicas son alarmantemente bajas, siendo así: Diabetes 36-87%, Hipertensión 33-84%, Cáncer (tratamientos orales) 20-100%, VIH/SIDA (triple terapia)

70-80%.³ En este estudio, se puede observar como siempre la Diabetes Mellitus confirma ser una de las enfermedades crónico-degenerativas con menos adherencia terapéutica.

La adherencia terapéutica suele ser más fácil de lograr cuando el paciente solo padece de una enfermedad, pero esto cambia y disminuye cuando se tiene múltiples comorbilidades. El riesgo de no apegarse al tratamiento es mayor, sobre todo porque muchos pacientes solo tienen idea de una sola enfermedad, por lo que la tasa de adherencia es más alta, a diferencia de las otras enfermedades que padecen.⁴

Comparando la adherencia terapéutica entre la HTA, DM2 y ERC, se encontró que de 29 pacientes, solo 25 pacientes (86.2% de pacientes) mostraron adherencia, siendo los de múltiples comorbilidades, el grupo que no tuvo nada de adherencia, seguido del grupo de pacientes con diabetes mellitus, en el cual solo 1 tuvo adherencia de 7 pacientes en total. Por último, de 13 pacientes con HTA, 10 pacientes (76.92% de pacientes) no tuvieron adherencia mientras que 3 si lo tuvieron (23.07% de pacientes). Con estos resultados, se puede notar como el tener múltiples comorbilidades si hace difícil el mantener adherencia al tratamiento como mencionado en algunos estudios y que, si es más difícil una adherencia terapéutica con diabetes mellitus o enfermedades múltiples, que con hipertensión arterial.

Capítulo V – Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

- ✚ La adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica fue 13.79%, frente a 86.21% de pacientes que NO tenían adherencia terapéutica
- ✚ Dentro de los Factores socioeconómicos, con respecto a la lejanía del centro de salud, todos los entrevistados fueron de la zona urbana, pero no todos tienen la capacidad de costear transporte.
- ✚ Las situaciones ambientales cambiantes fueron un factor único, ya que con la pandemia de COVID-19, el 100% se vieron afectados.
- ✚ En la unidad de salud de Monserrat se presentó un inconveniente en cuanto al tratamiento, siendo el sistema de distribución de medicamentos un factor crucial ya que no disponían de Metformina.
- ✚ La capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento fue uno de los factores de riesgo en los cuales observamos que el 100% de los pacientes estaba en el programa de “adulto mayor y enfermedades crónicas, pero durante las consultas no todos recibían educación y orientación adecuada.
- ✚ Dentro de los factores relacionados con la enfermedad y disponibilidad de tratamientos efectivos, se observó que; 10 pacientes de 29 presentaron un fracaso en la disponibilidad de tratamientos efectivos.
- ✚ Dentro de los factores relacionados con el tratamiento, se encontró que una desventaja de los tratamientos es que 62.06% de los pacientes presentaron alguna molestia con algún medicamento.
- ✚ Factores relacionados con el paciente se ha demostrado que pacientes diabéticos de mayor edad suelen tener poca adherencia a dieta y ejercicio, pero, mantienen siempre una adherencia muy buena en cuanto a medicamentos.
- ✚ La no adherencia terapéutica es mayor en pacientes con múltiples comorbilidades.
- ✚ Es más común encontrar no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y múltiples comorbilidades, que en pacientes hipertensos.

Recomendaciones

Paciente

- ✚ Explicarles o enseñarles a llevar una agenda de sus medicamentos y dosis.
- ✚ De ser necesario involucrar a familiares en charlas y actividades educativas para ayudarles con el tratamiento y que ellos también apoyen.

Personal Sanitario

- ✚ Enfatizar a médicos la importancia de explicar la enfermedad al paciente, dosis de medicamentos, función y complicaciones de no seguir una adherencia al tratamiento.
- ✚ Exigir a médicos que aconsejen y recomienden sobre hábitos saludables, dietas saludables y ejercicio físico adecuado a cada paciente, incluyendo interconsultas con equipo multidisciplinario: nutricionista, psicólogos, etc.
- ✚ Capacitar a promotores para que puedan detectar problemas con tratamiento, enfermedad o hábitos anormales de pacientes enfermos crónicos.

Establecimiento de Salud

- ✚ Crear y organizar un nuevo programa y actividades en relación al programa de enfermos crónicos, incluyendo estrategias audiovisuales en pacientes con dificultades para leer o escuchar.
- ✚ Continuar y realizar charlas constantes a pacientes de interés sobre las enfermedades de HTA, DM e IRC, mediante la realización de actividades y charlas educativas cada mes o cada 2 meses.
- ✚ Educar a los pacientes dentro del programa de enfermos crónicos sobre la importancia de asistencia a controles y de su enfermedad.
- ✚ Concientizar a pacientes dentro del programa de enfermos crónicos sobre la importancia de toma y asistencia a exámenes.
- ✚ Realizar visitas a domicilio por medio de promotores para verificar paciente y tratamiento.
- ✚ Llevar control sobre no. restantes y faltantes de insumos para poder solicitarlos con tiempo.

Limitaciones

Presente Estudio

- ✚ La recolección de datos se vio afectada por varias razones:
 - Debido a que el estudio se realizó en tiempo de pandemia, dificultó la recolección de una muestra mayor. Muchos pacientes dejaron de acudir a la unidad por miedo a contagiarse y por lo mismo, han perdido sus controles, como sus exámenes y cuidados de enfermedad.
 - La recolección de datos se vio afectado por el ámbito laboral de la mayoría de los integrantes:

Uno de los integrantes del estudio, perteneciente a dicha unidad de salud, fue movilizado a centros de vacunación, haciendo más difícil el acceso a pacientes dentro de la unidad.

Además, aunque se acudía incluso fines de semana para la recolecta de datos, la población que acude la unidad de salud dichos días es escasa.

Establecimiento de Salud

- ✚ La pandemia ha ocasionado una menor asistencia de pacientes a la unidad.
- ✚ Insumos insuficientes debido a baja disponibilidad por el Ministerio de salud.
- ✚ Aumento del costo de transporte que dificulta movilización hacia unidad de salud

Fuentes de información consultadas

1. Reyes F. E., Trejo A. R., Argujo A. S., ADHERENCIA TERAPÉUTICA: CONCEPTOS, DETERMINANTES Y NUEVAS ESTRATEGIAS. REV MED HONDURAS [Internet]. 2016 [citado 2021, Feb 21], Vol. 8, Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
2. Ortega C. J., Sánchez H.D., Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. ACTA MEDICA GRUPO ANGELES [Internet]. 2018 Sep [citado 2021, Agosto 2];16(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>
3. Dilla T., Amparo V. L., Sacristan J. A., Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención Primaria, (internet) 2009 (citado 2021, Feb 21) Vol. 41 (6) 342-348. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709001504?via%3Dihub>
4. Ramos M. Luisa. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev. Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2015 Dic [citado 2021 Feb 21]; 16(2): 175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es
5. Pagès-Puigdemont Neus, Valverde-Merino M. Isabel. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm [Internet]. 2018 Sep [citado 2021 Feb 22] ; 59(3): 163-172. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>.
6. Rickles NM, Brown TA, McGivney MS, Snyder ME, White KA. Adherence: a review of education, research, practice, and policy in the United States. Pharmacy Practice. 2010 [citado 2021 Feb 21) 8(1):1-17. Disponible en: <http://pharmacypractice.org/journal/index.php/pp/article/view/126/128>
7. Sabaté E., Adherence to long-term therapies/evidence for action, World Health Organization (Organización Mundial de la Salud), WHO (OMS) library Cataloguing-in-Publication Data, año 2004. Capítulo I página 3, [citado 2021 Feb 21]. Disponible en : https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

8. Ministerio Nacional de Salud de El Salvador, región Metropolitana, SIBASI Centro. Matriz comorbilidades usuarios vacuna COVID 19. MINSAL; 2021 [citado 2021 Feb 22]
9. Pagès-P. N., Mangues A., Masip A., G, Blancafort S, et al. Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study. *Adv Ther.* 2016;(33):1740–5 (Citado 2021, Mar. 13). Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12325-016-0394-6.pdf>
10. Burnier M., Brent M. Egan. Adherence in Hypertension. *CIRCRESAHA.* 124(7):1124-40. (Citado 2021, Mar. 13). Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220#:~:text=Suboptimal%20adherence%2C%20which%20includes%20failure,of%20blood%20pressure%20in%20hypertension.>
11. NITISHA KHUNTI, NEHAL KHUNTI, KAMLESH KHUNTI. Adherence to type 2 diabetes management. *The British Journal of Diabetes.* diciembre de 2019;19(2):99-104. (Citado 2021, Mar. 13). Disponible en: <https://www.bjd-abcd.com/index.php/bjd/article/view/391/669>
12. Ross SM. Definitions of Treatment Adherence vs. Treatment Compliance [Internet]. *Comprehensive Medication Management.* 2019 [citado 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://blog.cureatr.com/key-differences-between-treatment-adherence-vs-compliance>
13. Doug Richie Jr. What Is The Difference Between Adherence Versus Compliance In Patient Behavior? [Internet]. *Podiatry Today.* 2021 [citado 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.podiatrytoday.com/blogged/what-difference-between-adherence-versus-compliance-patient-behavior>
14. Marinho FS, Moram CBM, Rodrigues PC, Leite NC, Salles GF, Cardoso CRL. Treatment Adherence and Its Associated Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Results from the Rio de Janeiro Type 2 Diabetes Cohort Study. *Journal of Diabetes Research.* 01 Aug 2018. [citado 2021, Feb 8]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2018/8970196/>
15. Luna-Breceda U, Haro-Vasquez S del R, Uriostegui-Espíritu LC, Barajas-Gómez T de J, Rosas-Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en

pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. ATEN FAM. septiembre de 2017;24(3):116-20. [citado 2021, Mar 22]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-pdf-S1405887117300408>.

16. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica [Internet]. Ars Pharmaceutica; 2018 [citado 2021, octubre 2]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>.
17. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Busquets Gil A, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM, Faus Dáder MJ, et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. 2009. 2009;11(4):183-91. [citado 2021, Mar. 7]. Disponible en: https://pharmaceutical-care.org/revista/doccontenidos/articulos/6_REVISION.pdf
18. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Chamorro AR, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008;40(8):413-7. [citado 2021, Mar. 7]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>
19. Vargas Herrera; Rocha M Carolina; Lilia D. Aportes para el abordaje interdisciplinar de la adherencia al tratamiento [Internet]. 43.^a ed. Colombia: Acta Médica Colombia; 2018 [citado 2021, Octubre 15]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n1/0120-2448-amc-43-01-00037.pdf>
20. Sabaté E. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO [Internet]. 1.^a ed. Ginebra, Suiza: Organización Mundial Para la Salud; 2004 [citado 2021, Dic, 6]. Disponible en: <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>
21. Hernández Sampieri Roberto. Parte 3: El proceso de la investigación cualitativa. En: Metodología de la Investigación. 6ta ed. McGraw Hill; p. 355-529.

22. Palomo B. Modelos de investigación ¿Cuáles existen? [Internet]. QuestionPro. [citado 2021, abril 18]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/modelos-de-investigacion/>
23. Caicedo R. Variables, Dimensiones e Indicadores [Internet]. Saber Metodología. 2016 [citado 2021, abril 18]. Disponible en: <https://sabermetodologia.wordpress.com/2016/02/08/variables-dimensiones-e-indicadores/>
24. Ministerio Nacional de Salud de El Salvador, región Metropolitana, SIBASI Centro. Matriz comorbilidades usuarios vacuna COVID 19. MINSAL; 2021 [citado 2021 Feb 22]
25. Aarons, Derrick E. Exploring the risk/benefit balance in biomedical research: some considerations. Revista Bioética [online]. 2017, v. 25, n. 2 [citado, 19 Octubre 2021], pp. 320-327. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422017252192>>. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252192>.
26. Instituto Nacional de Salud. Manual de Procedimientos de Investigación en Salud San Salvador: El Salvador, 2017. [citado, 19 Octubre 2021] disponible en: http://ins.salud.gob.sv/wpcontent/uploads/2018/02/Manual_Procedimientos_investigaciones_salud_2017.pdf
27. Gutiérrez Álvarez, Ángela María, Babativa, Yeni Lorena, Lozano, Ivonne, Presentación de datos. Revista Ciencias de la Salud [Internet]. 2004;2(1):65-73. [citado 2021, Mar. 7]. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56220111>
28. Díaz-Molina M, Polo-Vega JC, Meza-Solís ME. Adherencia a antihipertensivos en pacientes de la aldea de Punuare, Departamento de Olancho, Honduras. Revista Salud Quintana Roo. junio de 2019;12(41):7-12. [citado 2021, Mar. 7]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2019/sqr1941b.pdf>.

29. Guamán-Montero NA, Mesa-Cano IC, Peña-Cordero SJ, Ramírez-Coronel AA. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. AVFT [Internet]. [citado 2021, Agosto 28];40(3). Disponible en: http://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_3_2021/10_factores_influyen_adherencia.pdf
30. Villén Romero N, Troncoso Mariñoso A. ¿CÓMO Y CUANDO SE DEBE HACER UNA REDUCCIÓN GRADUAL DE LA DOSIS DE LOS MEDICAMENTOS? 2015 [Internet]. septiembre de 2015;26(7). [citado 2021, Mar. 7]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1870/BIT_2015_26_07_cas.pdf?sequence=2
31. Fajardo EJM, Valdez RG, Villaseñor ASÁ. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. Med Gen Fam v8n2 [Internet]. 20 de abril de 2019 [citado 2021, Oct. 2]; Disponible en: <http://mgyf.org/adherencia-al-tratamiento-farmacologico-en-pacientes-con-hipertension-arterial-de-un-consultorio-auxiliar/>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

 UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR	UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR FACULTAD DE MEDICINA DOCTORADO EN MEDICINA
Tema de investigación	FACTORES DE RIESGO EN ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, DE MAYO A JUNIO 2021

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: __/__/2021

Yo: _____

Declaro que he sido informado e invitado a participar en la investigación denominada: “FACTORES DE RIESGO EN ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, DE MAYO A JUNIO 2021” Estudio a realizarse en unidad de salud de Monserrat Enfermera Margarita Montoya. Entiendo que el estudio busca conocer el nivel de adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas y los factores relacionados y que mi participación consistirá en responder una encuesta.

Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución monetaria por la participación en este estudio; Asimismo, sé que puedo negar la participación, evitar contestar algunas preguntas o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí y a podido realizar las preguntas necesarias.

Por tanto, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Firma del participante: _____

Investigadores: Astrid Elaine Menéndez Rosales; Silvana Alejandra Rivas Vaquero y Michael Hercilio Portillo Martínez.

Firma _____

Numero de contacto:2263-1986

Anexo 2

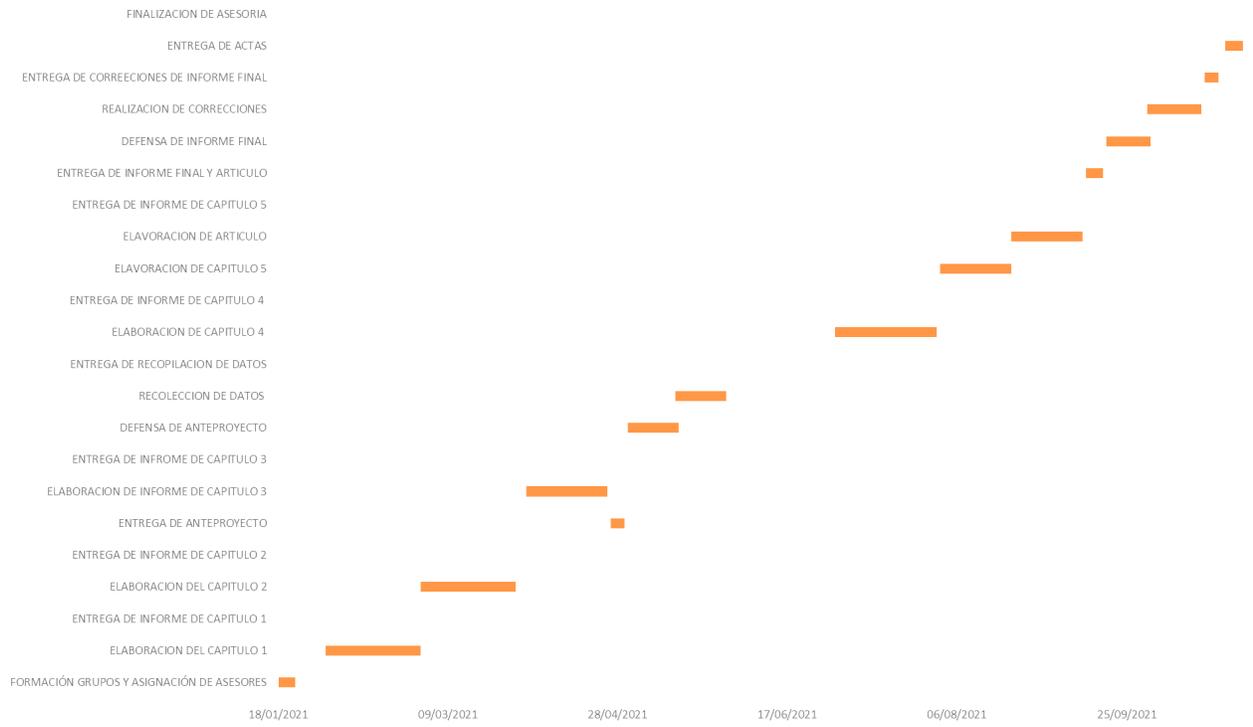
Cronograma de Actividades

A. ACTIVIDADES	FECHA DE INICIO	DURACION EN DIAS	FECHA FIN
FORMACIÓN GRUPOS Y ASIGNACIÓN DE ASESORES	18/01/2021	5	23/01/2021
ELABORACION DEL CAPITULO 1	01/02/2021	28	28/02/2021
ENTREGA DE INFORME DE CAPITULO 1		1	01/03/2021
ELABORACION DEL CAPITULO 2	01/03/2021	28	28/03/2021
ENTREGA DE INFORME DE CAPITULO 2		1	01/04/2021
ENTREGA DE ANTEPROYECTO	26/04/2021	4	30/04/2021
ELABORACION DE INFORME DE CAPITULO 3	01/04/2021	24	24/04/2021
ENTREGA DE INFROME DE CAPITULO 3		1	03/05/2021
DEFENSA DE ANTEPROYECTO	01/05/2021	15	15/05/2021
RECOLECCION DE DATOS	15/05/2021	15	30/06/2021
ENTREGA DE RECOPIACION DE DATOS		1	01/07/2021
ELABORACION DE CAPITULO 4	01/07/2021	30	30/07/2021
ENTREGA DE INFORME DE CAPITULO 4		1	10/08/2021
ELAVORACION DE CAPITULO 5	01/08/2021	21	21/08/2021
ELAVORACION DE ARTICULO	22/08/2021	21	10/09/2021

ENTREGA DE INFORME DE CAPITULO 5		1	01/09/2021
ENTREGA DE INFORME FINAL Y ARTICULO	13/09/2021	5	17/09/2021
DEFENSA DE INFORME FINAL	19/09/2021	13	01/10/2021
REALIZACION DE CORRECCIONES	01/10/2021	16	16/10/2021
ENTREGA DE CORRECCIONES DE INFORME FINAL	18/10/2021	4	22/10/2021
ENTREGA DE ACTAS	24/10/2021	6	30/10/2021
FINALIZACION DE ASESORIA			29/10/2021

FECHA INICIO	18/01/2021
FIN DE PROYECTO	29/10/2021

GRAFICO DE GANTT



PRESUPUESTO

CATEGORÍA/RECURSO	RUBRO/GASTO	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	TOTAL
1	RECURSO HUMANO				\$3,083.13
	Pago de universidad por asesoría	3	Persona	\$92.53	\$1,943.13
	Elaboración de Protocolo	90	Hora	\$10.00	\$900.00
	Tabulación, análisis de datos, redacción y presentación de informe por equipo investigador	24	Hora	\$10.00	\$240.00
2	EQUIPOS Y SUMINISTROS				\$2,530.00
	Computadora laptop	3	Unidad	\$650.00	\$1,950.00
	Impresora	1	Unidad	\$200.00	\$200.00
	Luz Eléctrica	3	Unidad	\$50.00	\$150.00
	Internet	3	Unidad	\$50.00	\$150.00
	Recambio de tinta	4	Unidad	\$20.00	\$80.00
3	Impresiones/ Fotocopias/Empastado				\$82.50
	Hojas de Consentimiento Informado	150	Hojas	\$0.05	\$7.50

	Escala de Evaluación	300	Hojas	\$0.05	\$15.00
	Impresión y empastado de copias de informe Final	4	Unidad	\$15.00	\$60.00
4	TRANSPORTE/COMIDA				\$283.20
	Combustible	20	Galones	\$3.31	\$66.20
	Depreciación de vehículo	14	Dia	\$3.00	\$42.00
	Viáticos	14	Dia	\$5.00	\$70.00
	Alimentos para 7 personas el día de presentación final	7	Unidad	\$15.00	\$105.00
TOTAL					\$5,978.83

Anexo 3

Test de Haynes-Sackett

Anexo 1. Test de cumplimiento autocomunicado, o Test de Haynes-Sackett

1. La mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos

2. ¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos? Sí: incumplidor (método fiable)

Si responde que no:

3. ¿Cómo los toma (todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez)?

4. Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?

Anexo 4

Test Morisky-Green-Levine

Anexo 2. Test de Morisky-Green-Levine

1. ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

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

Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas: no/sí/no/no

Anexo 5

Test de Batalla

Anexo 3. Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)

1. ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?

2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?

3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada

Estas preguntas se pueden modificar y aplicarlas a otras enfermedades

Anexo 6

Cuestionario ARMS-e

Responda a las preguntas con una de las siguientes respuestas: Nunca, algunas veces, casi siempre o siempre.

1. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas?
2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas?
3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?
4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?
5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?
6. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?
7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal?
8. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?
9. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?
10. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?
11. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?
12. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?

Anexo 7

Test de Hermes

Anexo 4. Test de Hermes

1. ¿Puede decirme usted el nombre del medicamento que toma para la HTA? (Sí/No)
2. ¿Cuántos comprimidos de este medicamento debe tomar cada día? (Sabe/No sabe)
3. ¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos? (Nunca, a veces/muchas veces, siempre)
4. En las últimas semanas, ¿cuántos comprimidos no ha tomado? (0-1/2 o más)
5. Toma la medicación a la hora indicada? (Sí/No)
6. ¿Ha dejado en alguna ocasión de tomar la medicación porque se encontraba peor tomándola? (No/Sí)
7. Cuando se encuentra bien, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí)
8. Cuando se encuentra mal, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí)

La cuestiones 1, 3, 4 y 8 son valorables. Serán cumplidores los pacientes que sumen 3 o 4 puntos

Anexo 8

Test de Herrera Carranza

1. ¿Sabe para qué su médico le ha prescrito tal(es) medicamento(s)?
2. Me gustaría conocer cómo se siente después de terminar por completo su tratamiento.
3. ¿Sabe cómo tiene que tomar su medicación?
4. ¿Ha puesto en conocimiento de su médico que ha terminado el tratamiento?

Anexo 9

 <p>UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR</p>	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR FACULTAD DE MEDICINA DOCTORADO EN MEDICINA</p> <p style="text-align: center;">Anteproyecto de investigación para optar al título de doctorado en medicina FACTORES DE RIESGO EN ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, DE MAYO A JUNIO 2021 Estudio a realizarse en Unidad de Salud Monserrat Enfermera Margarita Montoya</p>
<p>Enunciado del Problema ¿Cuáles son los factores de riesgo en adherencia terapéutica en diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, de mayo a junio 2021?</p> <p>Objetivos de la investigación</p> <p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar los factores de riesgo a la adherencia terapéutica en diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, de mayo a junio 2021 <p>Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Medir la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica2. Describir los diferentes factores que influyen la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica3. Comparar la adherencia terapéutica entre en diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.	

Nombre: _____

Edad: _____ Registro: _____

Primera parte:

Instrucciones: por favor, cite todos los medicamentos que tomó la SEMANA PASADA.

Para cada medicamento, responda a las siguientes preguntas:

A- Nombre del medicamento y dosis

B- ¿Cuántos días lo tomó?

C- ¿Cuántas veces al día lo tomó?

D- ¿Cuántas pastillas tomó cada vez?

E- ¿Cuántas veces dejó de tomar la pastilla?

F- ¿Por qué razón la tomaba?

G- ¿Cómo le funciona el medicamento?

- a. Bien _____
- b. Normal: _____
- c. Mal: _____

Segunda parte: ¿Le molesta de alguna forma alguno de sus medicamentos?

SI _____ NO _____

Si responde sí, por favor indique el nombre del medicamento, cuánto le molesta y de qué forma:

Nombre del medicamento	¿Cuánto le molesta?				¿De qué forma le molesta?
	Mucho	Algo	Poco	Nada	

Tercera parte: A continuación, hay una lista de problemas que las personas pueden tener a veces con sus medicamentos. Por favor indique cada uno de los problemas y qué medicamento es el responsable:

	Mucho	Algo	Nada	Medicamento
A- Abrir o cerrar el bote de medicamento				
B- Leer la letra impresa en el bote				

C- Recordar tomar todas las pastillas				
D- Tomar tantas pastillas al mismo tiempo				

Datos extra entrevista: (Explorar factores de riesgo)

Análisis de Cuestionario

Los valores obtenidos mediante este cuestionario van del 0 (adherente) al 11. La puntuación se establece de la siguiente forma:

Análisis del régimen terapéutico (preguntas 1a-1e)	
¿El paciente falló en enumerar su medicación en la pregunta inicial?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente paró o interrumpió el tratamiento debido a una reposición tardía de la medicación o por alguna otra razón?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente manifestó alguna omisión de dosis en un día o en una toma?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente disminuyó la cantidad prescrita por dosis?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente tomó alguna dosis extra o más medicación de la prescrita?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente respondió «no sé» en alguna pregunta?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente rechazó contestar alguna pregunta?	1 = Sí; 0 = No
<i>NOTA: resultados ≥ 1 indican una potencial falta de adherencia terapéutica</i>	
Análisis de las creencias (preguntas 1g y 2-2a)	
¿El paciente contestó «mal» o «no sé» en la pregunta 1g?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente indicó el nombre de algún medicamento que le molestara?	1 = Sí; 0 = No
<i>NOTA: resultados ≥ 1 indican posibles barreras en las creencias</i>	
Análisis de la memoria (preguntas 1c y 3c)	
¿El paciente recibe un régimen multidosis (dos o más veces al día)?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente respondió «mucho» o «algo» en la pregunta 3c?	1 = Sí; 0 = No
<i>NOTA: resultados ≥ 1 indican posibles barreras en la memoria</i>	

Escala simplificada para detectar problemas de adherencia al tratamiento antirretroviral.

Anexo 6. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antirretroviral

1. El paciente acude por su medicación de acuerdo a las citas programadas o de manera justificada
2. El paciente conoce cómo tomar sus medicamentos
3. El paciente conoce el nombre (marca comercial o principio activo) de los medicamentos que toma
4. El paciente toma sus medicamentos de forma adecuada respecto a los hábitos, la alimentación, etc.
5. Evolución clínica adecuada y valoración subjetiva buena
6. La cantidad de medicamento que el paciente conserva en su domicilio no supera la cantidad necesaria para 15 días de tratamiento

Cada respuesta positiva supone 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos. La ESPA en conjunto se puntúa entre 1 y 6. Si todas las preguntas son positivas (grado 6), se considera que el paciente no presenta problemas relacionados con la adherencia. El peor resultado posible (grado 1) se obtiene cuando las cuestiones 1 y 2, o ambas, son negativas, con independencia del resto. Además, con objeto de convertir los resultados de la ESPA en una variable dicotómica, se considera a los pacientes como adherentes cuando el grado es de 5 o 6, y no adherentes cuando el grado es inferior a 5

Anexo 11

Inventario de Actitudes a la medicación (DAI)

1. Para mí, lo bueno de la medicación supera lo malo	V	F
2. Me siento raro/a (como un zombi) con la medicación	V	F
3. Tomo la medicación por decisión propia	V	F
4. La medicación hace que me sienta más relajado/a	V	F
5. La medicación hace que me sienta más cansado/a	V	F
6. Tomo medicación solo cuando estoy enfermo/a	V	F
7. Me siento más normal con medicación	V	F
8. Es antinatural para mi cuerpo y mente estar controlado/a por medicación	V	F
9. Mis pensamientos son más claros con la medicación	V	F
10. Por estar con medicación, puedo prevenir estar enfermo	V	F
<i>Nota: las frases únicamente se refieren a la medicación psiquiátrica que toma el paciente en el momento de contestar el test.</i>		