UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

"FACTORES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPOTIROIDEOS DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE PUCALLPA 2020"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR LA BACHILLER

SILVIA ANTONIA RUIZ LOZANO

PUCALLPA - PERÚ

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los ...17... días del mes de ...junio... del dos mil veintidós, siendo las ...14:00... horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"FACTORES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPOTIROIDEOS DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE PUCALLPA 2020"**, elaborado por la Bachiller **SILVIA ANTONIA RUIZ LOZANO.**

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

Dr. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ	(Presidente)
Dra. JOSEFA LOPEZ CARDENAS	(Miembro)
M.C. RISTER ALBERTO BRUNNER MELENDEZ	(Miembro).

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de ...aprobado... por ...unanimidad... con el calificativo de ...dieciseis (16)... Quedando la sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el **TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**.

Pucallpa, ...17... de ...junio... del 2022.

.....
Dr. Tomás Noel Santana Tellez
Presidente del Jurado Evaluador

.....
Dra. Josefa López Cárdenas
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. Rister Alberto Brunner Meléndez
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

Dr. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ
Presidente del Jurado Evaluador

Dra. JOSEFA LOPEZ CARDENAS
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. RISTER ALBERTO BRUNNER MELENDEZ
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ
ASESOR DE TESIS

BACH. SILVIA ANTONIA RUIZ LOZANO
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

Nº V/0265-2022

La **Dirección de Producción Intelectual**, hace constar por la presente, que el **Informe Final de Tesis, titulado:**

"FACTORES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPOTIROIDEOS DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE PUCALLPA 2020".

Cuyo (s) autor (es)	:	**RUIZ LOZANO, SILVIA ANTONIA**
Facultad	:	MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional	:	MEDICINA HUMANA
Asesor(a)	:	MED. CIUDAD FERNANDEZ, LUIS ENRIQUE

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 9%.**

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se FIMA Y CODIFICA la presente constancia

FECHA 10/05/2022

Mg. JOSÉ MANUEL CARDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, Silvia Antonia Ruiz Lozano.
Autor de la TESIS titulada:
"Factores De No adherencia al tratamiento de Pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre Pucallpa"

Sustentada el año: 2022
Con la asesoría de: Dr. Luis Enrique Ciudad Fernandez.
En la Facultad de: Medicina Humana.
Carrera Profesional de: Medicina Humana

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL [X] Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 17 / 06 / 22

Email: silviaruizlozano180@gmail.com Firma:

Teléfono: 989616578 DNI: 72718640

PORTADA

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"FACTORES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPOTIROIDEOS DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE PUCALLPA 2020".

2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

ENDOCRINOLOGÍA.

3. AUTOR (A):

Bach. SILVIA ANTONIA RUIZ LOZANO.

4. ASESOR (ES):

M.C. LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ.

5. INSTITUCIONES QUE FINANCIAN:

NINGUNA.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación en primer lugar a Dios, que es el ser a quien le debo todo y le estoy infinitamente agradecida por todas sus bendiciones, a mi familia que siempre confiaron en mí, a mi madre que sin su guía no estaría donde estoy, a mi padre por siempre sus sabios consejos. Y a todas las personas que confiaron en mí.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a Dios, por ser partícipe de todo lo que emprendí en este largo camino, a mis padres por ser la motivación de cada día, a mis hermanos que siempre estuvieron brindando el apoyo necesario. Gracias, por ayudarme a llegar al punto en donde me encuentro hoy en día.

Definitivamente el proceso no ha sido fácil, pero gracias por haberme trasmitido sus conocimientos y dedicación hacia mi persona porque he logrado importantes objetivos trazados como es el culminar el desarrollo de mi tesis y obtener el título profesional.

ÍNDICE

		Pág.
DEDICATORIA……		vii
AGRADECIMIENTO……..		viii
ÍNDICE……..		ix
ÍNDICE DE TABLAS……..		xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS……		xii
RESUMEN……..		xiii
ABSTRACT……..		xiv
INTRODUCCIÓN……		xv
CAPÍTULO I. PROBLEMA……		1
1.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……	1
1.2.	FORMULACIÒN DEL PROBLEMA……..	2
	1.2.1. Problema General……	2
	1.2.2. Problemas Específicos……	2
1.3.	OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS……	3
	1.3.1. Objetivo General……..	3
	1.3.2. Objetivos Específicos……..	3
1.4.	JUSTIFICACIÓN……..	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO……		6
2.1.	ANTECEDENTES……	6
	2.1.1. Antecedentes Internacionales……	6
	2.1.2. Antecedentes Nacionales……..	7
	2.1.3. Antecedentes Locales……	8
2.2.	BASES TEÓRICAS……	9
2.3.	HIPÓTESIS……..	21
2.4.	VARIABLES DE ESTUDIO……	21
	2.4.1. Variable Independiente……	21
	2.4.2. Variable Dependiente……..	21

2.4.3. Operacionalización de las variables..... 22
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA..... 24
3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO..... 24
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN..... 24
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN..... 24
3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN..... 24
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... 24
3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO..... 25
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... 25
3.8. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... 26
3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS..... 26
CAPÍTULO IV. RESULTADOS..... 27
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS..... 27
4.2. DISCUSIÓN..... 46
CONCLUSIONES..... 48
RECOMENDACIONES..... 49
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA..... 50
ANEXO..... 57

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1.	Etiología del Hipotiroidismo……..	12
Tabla 2.	Características de la población asociada con la adherencia……..	31
Tabla 3.	Factor socioeconómico: nivel socioeconómico asociado a la adherencia……..	33
Tabla 4.	Factor socioeconómico: gasto por enfermedad……	34
Tabla 5.	Factor socioeconómico: Gasto por enfermedad asociado con la Adherencia……..	35
Tabla 6.	Factor farmacéutico: Polifarmacia asociado a la Adherencia……..	37
Tabla 7.	Factor atención médica: Atención médica……..	38
Tabla 8.	Factor atención medica: Atención medica asociado de a la adherencia……..	39
Tabla 9.	Factor de Comorbilidad asociado a la adherencia…….	40
Tabla 10.	Factor de Nivel de Conocimiento: Test de Batalla……..	41
Tabla 11.	Factor de Aptitud del Paciente frente a su enfermedad……	42
Tabla 12.	Factor de Aptitud del Paciente frente a su enfermedad asociado a la Adherencia……	43
Tabla 13.	Adherencia al tratamiento……..	44
Tabla 14.	Estado emocional……	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1. Característica: Edad de la población estudiada…… 27

Gráfico 2. Característica: Sexo de la población estudiada…… 28

Gráfico 3. Característica: Estado Civil de la población estudiada…… 29

Gráfico 4. Característica: Grado de Instrucción de la población estudiada…… 30

Gráfico 5. Factor socioeconómico: Nivel socioeconómico…… 32

Gráfico 6. Factor farmacéutico: Polifarmacia (Número de medicamentos al día)…… 36

Gráfico 7. Factor de Comorbilidad…… 40

Gráfico 8. Nivel de Conocimiento……... 41

Gráfico 9. Adherencia al tratamiento…… 44

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El hipotiroidismo es una enfermedad que se debe al déficit de la hormona tiroidea ya sea primaria o secundaria. Esta enfermedad ha descrito a lo largo de historia, pero recién en el XIX. En la actualidad, el hipotiroidismo es una patología que se presenta entre 1 a 3% de población mundial. Objetivo. Determinar los factores relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020. MATERIALES Y MÉTODOS. Fueron 50 participantes con criterios de inclusión como ser mayores de 18 años, tener hipotiroidismo diagnosticado, ser atendido en consulta externa en el Centro de Salud 09 de Octubre. Así mismo, se usó un tipo de muestreo censal, en el cual todos los participantes cumplieron con los criterios de inclusión, por lo que no se necesitó de una muestra. RESULTADOS. Se encontró que el 82% fueron el sexo femenino, que el rango intercuartil de edad fue entre 40-62 años. Todos los participantes afirmaron comprar sus medicamentos en alguna oportunidad. El 66% tiene conocimientos importantes sobre su enfermedad. Solo el 4% tiene una adherencia al tratamiento. El único factor con significación estadística fue el sentirse bien con un valor p=0.000. CONCLUSIONES. Existe una relación estadística entre sentirse bien y la adherencia al tratamiento. Las demás características no muestran ser un factor determinante al momento de hablar de adherencia farmacológica.

Palabras claves: Hipotiroidismo, no adherencia, tratamiento, pacientes.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Hypothyroidism is a disease that is due to thyroid hormone deficiency, either primary or secondary. This disease has been described throughout history, but only in the XIX. Currently, hypothyroidism is a pathology that occurs between 1 to 3% of the world population. OBJECTIVE. To determine the factors related to treatment non-adherence in hypothyroid patients at the 9 de Octubre Health Center in Pucallpa during 2020. MATERIALS AND METHODS. There were 50 participants with inclusion criteria such as being over 18 years old, having diagnosed hypothyroidism, being treated in an outpatient clinic at the October 9 health center. Likewise, a type of census sampling was used, in which all the participants met the inclusion criteria, so a sample was not needed. RESULTS. It was found that 82% were female, that the interquartile range of age was between 40-62 years. All the participants stated that they bought their medicines at some time. 66% have important knowledge about their disease. Only 4% have adherence to treatment. The only factor with statistical significance was feeling good with a value p=0.000. CONCLUSIONS. There is a statistical relationship between feeling well and adherence to treatment. The other characteristic or show to be a determining factor when talking about pharmacological adherence.

Keywords: Hypothyroidism, non-adherence, treatment, patients.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la adherencia al tratamiento farmacológico por pacientes crónicos se ha intensificado, haciendo que múltiples patologías continúen con su daño orgánico produciéndose sus respectivas complicaciones.

Una de las patologías que se ve con cierta frecuencia es el hipotiroidismo, una enfermedad que de no ser tratada de forma correcta y sobre todo con el medicamento correcto se puede complicar, llegando a ser su complicación más severa el coma mixedema toso.

Otras complicaciones propias de la enfermedad, son la diabetes, obesidad, bradicardias, etc. Tengamos en cuenta que el hipotiroidismo solo puede ser diagnosticado mediante valores laboratorios de TSH y T3 libre, un recurso que muchas entidades prestadoras de servicio no cuentan en especial en el primer nivel de atención y que su costo en forma particular puede ser una inversión demasiado grande para los pacientes.

Es importante tener en cuenta que, las personas que padecen de hipotiroidismo, son personas que muchas veces deben comprar su medicamento fuera del centro de salud donde son atendidas, ya que el tratamiento estándar es la levotiroxina, la misma que no es fácil de encontrar en centro de salud de primer nivel.

Es por eso importante saber qué factores pueden intervenir o relacionarse con la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con hipotiroidismo sobre todo si son atendidas en centro de salud de primer nivel de atención.

Por esto, la investigación se centra en explorar que factores se asocian a la no adherencia farmacológica de los pacientes con hipotiroidismo, dentro de ellos sus características demográficas o si tienen alguna patología más o si consumen solo un fármaco. Con el fin de poder tener a largo plazo políticas y situaciones preventivas para que las complicaciones propias de la enfermedad no se susciten frecuentemente.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hipotiroidismo es una enfermedad que se debe al déficit de la hormona tiroidea ya sea primaria o secundaria. Esta enfermedad ha descrito a lo largo de la historia, pero recién en el XIX se dio su gran asociación entre un déficit de yodo y con el avance de la medicina también se pudo describir de forma precisa no solo su diagnóstico sino también su respectivo tratamiento (1).

En la actualidad, el hipotiroidismo es una patología que se presenta entre 1 a 3% de población mundial. Con gran predominio del sexo femenino. Pero también descrito por déficit alimentario de yodo o en regiones con cierta falencia de este.

Además, el hipotiroidismo está asociado a otras enfermedades entre ellas la diabetes tipo 1, atrofia gástrica autoinmune, enfermedad celíaca, síndrome de Down o Turner (2,3).

Por lo anteriormente descrito es que el hipotiroidismo no suele ser administrado con un solo fármaco sino es polifarmacológico por ello, la importancia de entender que factores pudieran intervenir en la falta de adherencia los medicamentos y evitar así las complicaciones de la propia enfermedad como: el coma mixedematoso, depresión, obesidad, diabetes mellitus tipo 2º o cretinismo.

Pero primero debemos saber que la adherencia farmacológica o terapéutica, es un problema de gran escala mundial. Se calcula que solo en EEUU, solo el 51% de pacientes con presión alta diagnosticada, tiene una adherencia a su tratamiento establecido, siendo este promedio mucho menor en país como China, Gamba y Las Islas Seychelles, con un 43, 27 y 26% respectivamente (2,4).

Pero estas cifras alarmantes por parte de la OMS, solo están bien estudiadas y ampliamente debatidas en patológicas muy frecuentes como la diabetes, hipertensión arterial o VIIH/SIDA; en caso del hipotiroidismo es todo lo contrario.

Por esto, la investigación se centra en explorar que factores se asocian a la no adherencia farmacológica de los pacientes con hipotiroidismo, dentro de ellos sus características demográficas o si tienen alguna patología más o si consumen solo un fármaco. Con el fin de poder tener a largo plazo políticas y situaciones preventivas para que las complicaciones propias de la enfermedad no se susciten frecuentemente.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

- ¿Cuáles son los factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de octubre en Pucallpa durante el 2020?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los factores personales relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020?

- ¿Cuáles son los factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020?

- ¿Cuáles son los factores farmacológicos relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020?

- ¿Cuáles son los factores de atención médica relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020?

- ¿Cuáles son los factores aptitudinales del paciente relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020?

1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1. Objetivo General

- Determinar los factores relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores personales relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020.

- Definir los factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020.

- Establecer los factores farmacológicos relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020.

- Identificar los factores de atención medica relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020.

- Definir los factores aptitudinales del paciente relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020.

1.4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la adherencia al tratamiento farmacológico por pacientes crónicos se ha intensificado, haciendo que múltiples patologías continúen con su daño orgánico produciéndose sus respectivas complicaciones.

Una de las patologías que se ve con cierta frecuencia es el hipotiroidismo, una enfermedad que de no ser tratada de forma correcta y sobre todo con el medicamento correcto se puede complicar, llegando a ser su complicación más severa el coma mixedema toso.

Otras complicaciones propias de la enfermedad, son la diabetes, obesidad, bradicardias, etc. Tengamos en cuenta que el hipotiroidismo solo puede ser diagnosticado mediante valores laboratorios de TSH y T3 libre, un recurso que muchas entidades prestadoras de servicio no cuentan en especial en el primer nivel de atención y que su costo en forma particular puede ser una inversión demasiado grande para los pacientes.

Es importante tener en cuenta que, las personas que padecen de hipotiroidismo, son personas que muchas veces deben comprar su medicamento fuera del centro de salud donde son atendidas, ya que el tratamiento estándar es la levotiroxina, la misma que no es fácil de encontrar en centro de salud de primer nivel.

Es por eso importante saber qué factores pueden intervenir o relacionarse con la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con hipotiroidismo sobre todo si son atendidas en centro de salud de primer nivel de atención.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Julián Sánchez Castillo y José Julián López Gutiérrez (2015), realizaron en Colombia una investigación titulada: ***"Fallo terapéutico de levotiroxina en el manejo de hipotiroidismo en una institución de salud de Bogotá, D. C. Un estudio analítico de prevalencia"***. Esta investigación tuvo como objetivo principal determinar aquellas características que llevaban a la falla del tratamiento con levotiroxina en paciente hipotiroideos. Se obtuvo el resultado de una muestra de 124 pacientes. Uno de los criterios de inclusión que se tuvo en este estudio fue tener hipotiroidismo primario con tratamiento de levotiroxina, y una prueba para verificar si había fallo terapéutico fue tener una prueba de TSH (Hormona estimulante de la tiroides) no menor de 12 semanas, además se tuvo como referencia el valor de laboratorio superior de 4,0 mU/L; como corte para el fallo terapéutico. Se encontró que la media de edad fue de 54,69±9,5; el sexo predominante fue el femenino (88%), el IMC su media fue de 27,8 kg/m2. Dentro de los factores de riesgos encontrados solo hay uno que fue tener antecedente de colon irritable (OR 1,53) mientras que se hallaron cuatro factores protectores como consumo mayor a 60meses (OR0,74), estado socioeconómico estable (OR 0,66), tomar el medicamento con agua (OR 0,69) y siempre formular el medicamento (OR 0,66). Se concluyó que si existen tanto factores de riesgo como protectores y que se debe seguir investigando en el tema (5).

Baquero Freire Janneth Azucena (2017), la investigación fue realizada en Ecuador y lleva el título: ***"Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores portadores de enfermedades crónicas pertenecientes al club del centro de salud Hierba Buena N1 en el periodo de abril a diciembre del 2016"***. En la investigación se tomó a toda la población siendo estos 90 adultos mayores. Se

encontró que solo el 26% era adherente a su tratamiento, el 36% tiene un tratamiento polifarmacéutico y el 72% afirmó que su centro hospitalario le proporciona los medicamentos. Una de las conclusiones de esta investigación fue que mayor alteración en los exámenes de laboratorios se relaciona con una mala adherencia a su tratamiento respectivo.

ZsoltHepp, Maureen J. Lage et al (2018), esta investigación se ha realizado en Estado Unidos, la cual tiene como título: ***"La asociación entre adherencia a levotiroxina y resultados económicos y clínicos en pacientes con hipotiroidismo en los EE. UU"***. En esta investigación usaron la base de datos de Truven Health Analytics Market Scan Commercial Claims and Encounters (CCAE), los datos analizados comprendieron las fechas del uno (01) de julio del 2011 al 31 de diciembre del 2015. Los criterios de inclusión fueron: mayores de 18 años, con diagnóstico de hipotiroidismo confirmado la menos 2 veces y que estén recibiendo levotiroxina; y los criterios de exclusión fueron: si no contaban con un seguro, cáncer de tiroides o embarazo durante el estudio. La población fue 318,628 entre adherentes y no adherentes. Se llegó a la conclusión que, en comparación con la no adherencia, la adherencia a la levotiroxina entre los pacientes con hipotiroidismo se asoció con una reducción significativa en los costos y la utilización de recursos por todas las causas y relacionados con el hipotiroidismo, así como con tasas significativamente más bajas de muchos diagnósticos comórbidos (6).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Véliz Torres, Leslye Luz De Jesús (2015), presentó la tesis titulada: ***"Adherencia terapéutica en pacientes mujeres con Hipotiroidismo Primario".*** Esta investigación tuvo una población de 114 pacientes, a los cuales dividió en dos grupos: uno con adherencia y el otro sin adherencia. Los criterios de inclusión fueron: mujeres de 18 a 65 años, que estén en tratamiento al menos 3 meses además que usen más de 1 fármaco; el muestreo fue tipo censal. Dentro de los resultados fueron 50,62 vs 57,50 de los con adherencia frente a los sin adherencia, el 100% de estudiados

concordaron en que se puede controlar la enfermedad y que tuvieron signos y síntomas antes de ser diagnosticados. La conclusión de dicho estudio fue: La variable de mayor significancia estadística fue la edad, sin embargo no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento de la enfermedad, el cumplimiento terapéutico, el grado de instrucción, el tiempo de enfermedad, y otras comorbilidades (Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial) y la adherencia terapéutica en pacientes mujeres con hipotiroidismo primario (3).

Rivera Jaimes, Yesenia Lisbeth (2017), esta investigación llevo como título: ***"La polifarmacia y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 en el servicio de endocrinología del hospital Sergio Enrique Bernales"***, en esta investigación la muestra fue de 280 pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: pacientes ambulatorios mayores de 40 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Dentro de los resultados encontramos que los fármacos más frecuentes fueron el captopril y lovastatina con un 54,6% y 50% respectivamente. Los ADOs (98,5%) fueron la familia farmacológica más frecuente, también se apreció que el 50% de pacientes diabéticos tienen una adherencia media (7).

2.1.3. Antecedentes Locales

Eduardo Muro Linares (2018) presentó la tesis titulada: ***"Comportamiento del índice de masa corporal en hipotiroideos primarios controlados de consultorio de endocrinología del hospital Essalud II Pucallpa 2017"***. En esta investigación e tuvo como población a 52 pacientes con hipotiroidismo. Dentro de los resultados fueron: La edad media fue de 45 años y la talla media fue de 1.59 m. El sexo femenino prevalece en un 98.1%. Presentaron comorbilidades siendo la diabetes mellitus tipo 2 la más frecuente mientras que la Hipertensión arterial solo se presente en el 15.38% pacientes. La media del IMC 30.0788 y 29.8519 previo y post tratamiento farmacológico respectivamente. El IMC decrece -0.15% en su valor tras tratamiento del hipotiroidismo. Se llegó a la conclusión que existe alta relación entre factores de

riesgo cardiovascular e IMC. El IMC no mejora tras tratamiento en hipotiroideos primarios controlados (8).

2.2. BASES TEÓRICAS

HIPOTIROIDISMO

El hipotiroidismo es una patología que debe a la deficiencia de la hormona tiroidea. Si no se da un tratamiento adecuado, sus efectos adversos serán muy graves (mixedema) incluso llegado al fallecimiento de la persona. Al tener un clínica muy variada, su diagnóstico netamente es laboratorial (9).

EPIDEMIOLOGÍA

La presencia de hipotiroidismo en la población en general 0 a 3%, en EEUU va de 3 a 7% y en Europa va de 5-7% dependiendo de la definición laboratorial que se tenga en dicho país (9). Es una enfermedad más frecuente en mujeres que en hombres siendo este 14 veces más en la población femenina (2).

FISIOLOGÍA

La función de la glándula tiroides se define con libración de 2 importantes hormonas, la T4 (tiroxina 3,5,3',5'-tetrayodo-L-tironina) y la T3 (3,5,3'-triyodo-L-tironina). Las mismas que están en una retroalimentación negativa extrínseca por estimulación de la TSH (Hormona estimulante de la Tiroides); como intrínseca por mecanismos reguladores.

La TSH es una hormona glucoproteína que se produce en la adenohipófisis, especialmente por sus células tiro trópicas. Se ha descrito diferentes funciones que tiene la TSH en la Tiroideas, aquí algunas de ellas:

- Aumenta la captación de yoduro.
- Síntesis de tiroglobulina, su yodación y acoplamiento.
- La endocitosis de la tiroglobulina yodada y su proteólisis.

La TSH se ve suprimida ante un aumento de la T3, ya que esta inhibe en el hipotálamo la libración de TRH (Hormona Liberadora de Tirotropina); que a su vez es la hormona que estimula a la TSH; siendo esto último el mayor mecanismo de estimulación de la TSH (2).

La glándula tiroides también posee un control intrínseco referente a la captación de yodo y la cuantía de síntesis hormonal Esta regulación se activa ante una gran cantidad de yodo, esto tiene un efecto en el citosol, en el cual se deja de formar AMPc (Monofosfato de adenosina cíclico), esto lleva una reducción a síntesis de hormona tiroidea; este es el fenómeno "Wolff-Chaikoff". Este es un mecanismo temporal que usa la glándula con el fin de evitar tanto el hipertiroidismo, evitando la sobre captación de yodo, y el hipotiroidismo con su temporalidad del fenómeno (2).

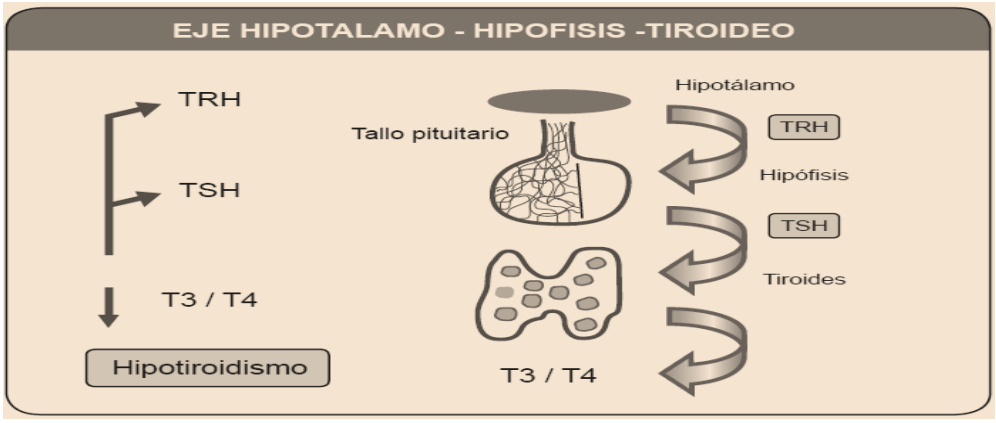


Figura 1. Ilustración del Eje Hipotálamo Hipófisis Tiroideo.

El Hipotálamo secreta la TRH, que atraviesa el tallo pituitario y estimula la liberación de TSH a nivel de la Adenohipófisis. A su vez la TSH estimula a la glándula tiroides para que secrete la T4 y T3 los cuales van hacia la circulación. (Adaptado por el Dr. Jesús Rocca).

FUNCIONES DE LA HORMONA TIROIDEA

La hormona tiroidea es una de las fundamentales para la economía corporal. Aquí algunas de estas funciones estudiadas:

- Aumentan el consumo de O2 de casi todos los tejidos metabólicamente activos.
- Aumentan la síntesis de proteínas en casi todos los tejidos corporales.
- Aumentan la actividad de la ATPasa de Na+ y K+ unida a la membrana en muchos tejidos.
- Esenciales en el crecimiento y maduración esquelética normales.
- Importante en la neurogénesis cerebral.
- Actúan sobre el sistema nervioso periférico.
- Aumentan el número y afinidad de los receptores β-adrenérgicos en el corazón.
- Tienen acción sobre el músculo esquelético.
- Función sobre el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos.
- Aumentan la secreción de jugos digestivos y la motilidad del tubo digestivo.

FACTORES DE RIESGO

Se ha visto que el hipotiroidismo es más frecuente en pacientes con enfermedades autoinmunes, tales como: diabetes tipo 1, atrofia gástrica autoinmune y enfermedad celíaca, y además esta enfermedad agregada a otras en múltiples endocrinopatías autoinmunes. Otras condiciones patológicas que presenta Hipotiroidismo son las personas con síndrome de Down o síndrome de Turner. Así mismo, hay situaciones en la que se ve disminuido el riesgo para tener hipotiroidismo como el tabaquismo o el consumo de alcohol en forma moderadas (2,9).

CLASIFICACIÓN

El hipotiroidismo se puede catalogar según su inicio (congénito o adquirido), según su etiología: primaria, secundario (hipofisiario o hipotalámico) y periférico, o según su

severidad (subclínico o clínico). Cerca del 90% de casos son primarios y de aquellos, cerca del 70% son subclínicos (2).

ETIOLOGÍA

La forma más ampliamente estudia es según su etiología; en esta, podemos catalogar al hipotiroidismo en 3 formas:

Tabla 1. Etiología del Hipotiroidismo

Hipotiroidismo Primario	
Etiología	**Factores desencadenantes y/o relacionados**
Tiroiditis autoinmune crónica (Tiroiditis de Hashimoto)	Hipotiroidismo clínico Hipotiroidismo Subclínico
Iatrogénico	Tiroidectomía Dosis terapéutica de I^{131} Radioterapia externa
Déficit y exceso de yodo	
Drogas	Tionamidas Amiodarona Litio Interferón alfa Perclorato
Enfermedades Infiltrativas	Tiroides de Riedel Hemocromatosis Sarcoidosis Amiloidosis
Hipotiroidismo Congénito	Disgenesia tiroidea: agenesia, hipoplasia, ectopia. Dishormonogenesis: defectos del transporte de yodo (mutaciones del NIS, pendrina)
Hipotiroidismo transitorio	Tiroiditis indolora o silente Tiroiditis posparto Tiroiditis subaguda
Hipotiroidismo Secundario	
Tumores	Adenoma Hipofisiario Craneofaringioma Disgerminoma, metástasis
Cirugía, radioterapia	
Vascular	Necrosis isquémica y hemorrágica
Enfermedades Infiltrativas	Hemocromatosis Sarcoidosis
Hipófisis linfocitaria	
Congénito	Hipoplasia hipofisiaria Displasia septo-óptica
Hipotiroidismo "Periférico"	
Resistencia a las hormonas tiroideas Hipotiroidismo por consumo	

Fuente:(2)

- **Hipotiroidismo primario:** Causado por la incapacidad de la propia glándula tiroidea para producir la cantidad suficiente de hormona.

- **Hipotiroidismo secundario o central:** Debido a una inadecuada estimulación de una glándula tiroidea intrínsecamente normal, por un defecto a nivel hipofisario o a nivel hipotalámico. En la práctica clínica, a veces es difícil diferenciar el hipotiroidismo hipofisiario del hipotalámico, por lo que este cuadro se denomina simplemente hipotiroidismo secundario central.

- **Hipotiroidismo periférico:** En situaciones muy raras, las manifestaciones clínicas del hipotiroidismo son causadas por incapacidad de los tejidos blandos para responder a la hormona tiroidea (resistencia a la hormona tiroidea), o por inactivación periférica de las hormonas tiroideas. Por ello a este último se le conoce como hipotiroidismo periférico (2).

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas más comunes de hipotiroidismo en adultos son fatiga, letargo, intolerancia al frío, aumento de peso, estreñimiento, cambios en la voz y piel seca, pero la presentación clínica puede incluir una amplia variedad de síntomas que difieren según la edad, el sexo y el tiempo transcurrido entre inicio y diagnóstico (10,11). Los síntomas para el diagnóstico de hipotiroidismo son inespecíficos, especialmente en pacientes ancianos que presentan menos y menos signos y síntomas clásicos que los individuos más jóvenes (11). Un aumento en la gravedad de los síntomas podría predecir el hipotiroidismo, ya que un cambio en siete o más síntomas en el último año aumenta la probabilidad de hipotiroidismo (razón de probabilidad de 8 a 7)(12).

Sin embargo, en un estudio de casos y controles, 57 ninguno de los 34 síntomas relacionados con el hipotiroidismo se pudo utilizar para identificar a los pacientes con hipotiroidismo. Además, el 15% de los pacientes con hipotiroidismo autoinmune son asintomáticos o informan sólo un síntoma asociado con el hipotiroidismo, mientras

que el 70% de los controles eutiroideos tienen una o más quejas asociadas con la tiroides (13).

El hipotiroidismo tiene implicaciones clínicas relacionadas con casi todos los órganos principales, pero el sistema cardiovascular es el más estudiado. El hipotiroidismo produce aumento de la resistencia vascular, disminución del gasto cardíaco, disminución de la función del ventrículo izquierdo y cambios en varios otros marcadores de contractilidad cardiovascular. Las lesiones miocárdicas y los derrames pericárdicos son más frecuentes en pacientes con hipotiroidismo que en los controles eutiroideos emparejados (14). Además, los pacientes con hipotiroidismo tienen una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y a menudo tienen características de síndrome metabólico, que incluyen hipertensión, aumento de la circunferencia de la cintura y dislipidemia (15).

El hipotiroidismo también aumenta las concentraciones de colesterol total, lipoproteínas de baja densidad y homocisteína. Los pacientes con hipotiroidismo agudo, en el contexto del tratamiento del cáncer de tiroides, muestran un deterioro del estado de ánimo y la calidad de vida (16).

El hipotiroidismo se considera una causa de demencia reversible; sin embargo, no está claro con qué frecuencia ocurre esto y en qué proporción de pacientes la demencia es verdaderamente reversible(17). Otras manifestaciones incluyen signos y síntomas neurosensoriales, músculo esqueléticos y gastrointestinales. Debido a los efectos pleiotrópicos de la hormona tiroidea, el hipotiroidismo también puede afectar el curso de otros trastornos. Por ejemplo, la intolerancia a las estatinas es más frecuente en individuos con hipotiroidismo que en controles sin hipotiroidismo (18).

RESULTADOS A LARGO PLAZO

La mayoría de las consecuencias a largo plazo del hipotiroidismo se han estudiado en el contexto del hipotiroidismo subclínico, porque generalmente se trata el hipotiroidismo manifiesto. Pocos estudios (19–21) han investigado la asociación del hipotiroidismo con la mortalidad por todas las causas y los resultados están

disponibles principalmente para el hipotiroidismo subclínico. Resultados de un estudio de seguimiento basado en la población (21) de 599 participantes de 85 años sugirió que, en poblaciones de ancianos, el hipotiroidismo subclínico podría estar asociado con una mejor supervivencia que el eutiroidismo o la TSH suprimida. Sin embargo, este hallazgo no se confirmó en un gran una meta análisis basado en la participación (19) de más de 2500 participantes (mayores de 80 años). Este meta análisis 63 mostró un mayor riesgo de eventos de enfermedad coronaria y mortalidad en aquellos con concentraciones más altas de TSH, particularmente aquellos con concentraciones de TSH por encima de 10 mUI / L. Sin embargo, la asociación entre hipotiroidismo y enfermedad de las arterias coronarias se ha reconocido durante mucho tiempo (22). El hipotiroidismo subclínico con concentraciones de TSH superiores a 10 mUI/L también se ha asociado con un mayor riesgo de insuficiencia cardíaca (19, 23).

Los pacientes con hipotiroidismo sometidos a intervención coronaria percutánea tienen más eventos adversos cardiovasculares y cerebrales graves que aquellos con función tiroidea normal y aquellos con hipotiroidismo tratado adecuadamente(24).Por el contrario, la asociación con el accidente cerebrovascular es menos evidente y podría ser evidente solo en personas más jóvenes (<65 años) (25). Los pacientes con hipotiroidismo tienen menos déficits neurológicos después de un accidente cerebrovascular que los controles sin concentraciones elevadas de TSH;(26) normalmente después de un accidente cerebrovascular se observa hipotiroidismo localizado como resultado de la inducción de desyodasa 3 en el área isquémica del cerebro (27,28). El riesgo de enfermedad coronaria en pacientes con hipotiroidismo subclínico no difiere por las concentraciones de anticuerpos de peroxidasa tiroidea, lo que sugiere que la autoinmunidad per se no es un factor que contribuya a la asociación(29). El hipotiroidismo puede presentarse con deterioros cognitivos y demencia, pero la asociación es controvertida, debido a que los resultados de varios estudios de cohortes basados en la población(30–33) mostró un efecto protector de concentraciones elevadas de TSH sobre el riesgo de demencia.

El hipotiroidismo también se ha asociado con la enfermedad del hígado graso no alcohólico, la mortalidad por cáncer, la artritis, la disfunción renal y la diabetes; sin embargo, en la mayoría de los casos se sugiere la causalidad, pero no se prueba (34–38).

DIAGNÓSTICO

El hipotiroidismo primario se define por concentraciones de TSH por encima del rango de referencia (más comúnmente utilizado 0-4-4-0 mUI/L) y concentraciones de tiroxina libre por debajo del rango de referencia, que depende del tipo de ensayo utilizado y la población estudiada. El Grupo de Trabajo de Servicio Preventivo de EE. UU(39) ha sugerido reservar el término hipotiroidismo manifiesto para los casos en los que los pacientes presentan síntomas. Sin embargo, esta definición es un desafío en la práctica debido a la gran variabilidad en la presentación del hipotiroidismo incluso severo. Además, los pacientes pueden reconocer síntomas previos solo después del inicio del tratamiento con levotiroxina.

La TSH tiene fluctuaciones circadianas, con concentraciones más altas hacia la noche. Los pacientes con hipotiroidismo severo muestran irregularidad en la secreción de TSH (40). También se han descrito variaciones estacionales, con mayores concentraciones de TSH en invierno y primavera que en otoño y verano(41). No existen indicaciones para la medición de rutina de triyodotironina total, tiroxina total o triyodotironina libre. La medición de anticuerpos contra la peroxidasa tiroidea no es estrictamente necesaria para diagnosticar hipotiroidismo, pero es útil para confirmar el diagnóstico de hipotiroidismo primario autoinmune.

El hipotiroidismo se caracteriza a menudo por un patrón hipoecogénico en la ecografía de tiroides, incluso en ausencia de concentraciones elevadas de anticuerpos de peroxidasa tiroidea. Sin embargo, en ausencia de indicaciones clínicas adicionales, como palpación tiroidea anormal, no se requiere una ecografía.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El hipotiroidismo primario clínico se da en valores menos de 10 mUI/L de la TSH, esto claramente autónomo de las cifras de T4 libre (T4L). Ante ello, se debe iniciar un tratamiento de reemplazo con hormona tiroidea, normalmente se usa levotiroxina como tratamiento estándar (2).

Los efectos deseables son cuando se usan formulas sintéticas de la L-tiroxina sódica. Desde que se descubrió la transformación periférica de T4 a T3, de forma activa y bilógica en el organismo, se ha utilizado ampliamente la L-tiroxina; reemplazando cualquier tratamiento previo. A razón de una amplia variación den formulación y presentación de la L-tiroxina, se recomienda el uso de Levotiroxina de calidad, para evitar efectos adversos inesperados o poco estudiados (42).

La dosis diaria de L-tiroxina se puede que dependa de 3 factores tales como: la edad, el sexo y el volumen corporal. Siendo la mejor forma de dosificarlo a partir del peso ideal, ya que la masa corporal magra es el mejor indicador de las necesidades básicas diarias (43).

En un estudio se determinó que la L-tiroxina puede verse afectada por factores como el peso o el sexo (el sexo masculino requiere menos dosis de L-tiroxina) más que la propia edad; aunque una limitación de este estudio es no haber clasificado a los pacientes según su grado inicial de hipotiroidismo (44). La dosis también depende del grado de funcionalidad de la tiroides, cuando la funcionalidad es escasa, el tratamiento puede llegar hacer de 1,6 µg/kg al día de L-tiroxina. Normalmente estas dosis mayores solo se usan en casos de pacientes atiróticos (post tiroidectomía total y/o terapia de yodo radioactivo) y aquellos con hipotiroidismo central (45).

En pacientes jóvenes y sanos, lo ideal es empezar con una sustitución total, lo cual se ha visto sustentada en estudios de seguimiento o tratamiento de cáncer de tiroides; hacerlo de esta forma ayuda a una restitución de TSH más rápida que en una terapia lenta y progresiva. Vale recalcar, que la sintomatología en ambas terapias desaparece al mismo tiempo (46). En una ECA, se asignó dosis según su TSH; así

si el TSH era 4-8 mUI/L, le correspondía 25µg/d, si el TSH era 8-12 mUI/L, le correspondía 50 µg/d y por ultimo si era >12 mUI/L, le correspondía75 µg/d, con estas pequeñas diferencias, se podía lograr un eutiroidismo en dos meses (47).

En múltiples estudio, se demostró que tomar 30 minutos antes del desayuno o 4 horas después de la comida era mejor absorbida la L-tiroxina que hacer entre comidas (48,49). Lo más sugerible es que no deba ingerirse con alimentos ya que su absorción es del 70% en estómago vacío (2).

Una vez iniciado el tratamiento, la graduación de la dosis deberá ser con pruebas cada 4 a 8 semanas, según como se encuentre la TSH(50). Una posología de 50 o 75 µg/d, decrecen a la TSH un rango de un mes una vez que se empieza la terapia, pequeños cambios pueden llevar a tardar dentro de 8 semanas para ver resultados diferentes o una estabilización de la TSH. Estos aumentos, pueden darse desde 12,5 a 25 µg/d, todo dependiendo de los niveles que se desea alcanzar de la TSH (2).

.

Ciertas manifestaciones cutáneas crónicas pueden tardar entre 3 a 6 meses posterior a la normalización de la TSH. Si estas manifestaciones clínicas continúan a pesar del tratamiento con Levotiroxina, se sugiere que se revise dosis o alguna interacción medicamentosa, entre ellas tenemos (51):

- Litio, amiodarona, medicamentos que contienen yodo (disminuyen la producción de hormona tiroidea).
- Rifampicina, warfarina, fenobarbital, carbamazepina e hipoglicemiantes orales (incrementan el metabolismo de la tiroxina).
- Furosemida, ácido mefenámico y salicilatos (ligan a proteínas y compiten con la hormona tiroidea).

Cuando la dosis se dio de forma y monto adecuado, se puede evaluar los niveles de TSH primero en 6 meses y luego anualmente (2).

La modificación de la posología puede ser inevitable en ciertos momentos. Uno de esos momentos es sin duda el embarazo; en el cual las necesidades de la hormona tiroidea aumentan; las cuales se normalizan después del parto (Alexander et al. 2004).

Otros momentos donde tenemos que modificar la posología es cuando se empezará con una nueva fórmula de L-tiroxina o cuando se modifique algún medicamento que tenga alguna injerencia en la farmacocinética de la misma. Cuando dan estas modificaciones también se deben hacer seguimiento de los niveles de la hormona tiroidea concretamente entre 4 a 8 semanas del cambio, y hacerlo continuamente en un intervalo de tiempo de 4 a 8 semanas, hasta que los valores normales se mantengan. Siempre debemos tener en cuenta que la levotiroxina tiene un margen terapéutico muy estrecho y que pequeñas diferencias en la absorción pueden determinar un hipotiroidismo clínico, subclínico o un hipertiroidismo (manual).

Referente a gestantes hipotiroideas, el reajuste se debe llevar a cabo cada 6 a 8 semanas o mínimo una vez en cada trimestre; dicho ajuste debe ir con un aumento de dosis del 30%. Además, un chequeo dos meses después del parto (51).

Una mujer que empieza su gestación debe mantener valores de TSH < 2,5 mUI/L, en especial si es portadores del Ab anti TPO (iniciar tratamiento inmediatamente). Estos valores deben mantener durante el primer trimestre de gestación; ya en 2° y 3° trimestre pueden tener valores entre 3,0 a 3,5 mUi/l. En los adultos mayores, las necesidades disminuyen ya que la persona tiene una pérdida de peso significativa, con ello se modifica la dosis que se debe emplear (43).

Independientemente del grado de hipotiroidismo, los pacientes mayores de 50-60 años, sin evidencia de enfermedad cardiaca coronaria, pueden iniciar con dosis de 25 µg al día de L-tiroxina e incrementar en forma paulatina cada dos semanas. Para aquellas personas con enfermedad cardíaca coronaria conocida, la dosis de inicio se reduce a 12,5 - 25 µg/día. La monitorización clínica de la aparición de síntomas de

angina es esencial. Síntomas anginosos pueden limitar el logro de eutiroidismo. Sin embargo, el óptimo manejo médico de la enfermedad cardiovascular arteriosclerótica debería permitir el uso de una dosis suficiente de L-tiroxina que reduzca la TSH sérica y mantenga al paciente libre de angina.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

A pesar que puede existir una definición como palabra en diferencia idiomas para adherencia y que existan además diferentes sinónimos para la misma. Pero en esta oportunidad usaremos la definición impuesta por Hagnes; que dice; "el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario" (52) ya que es la definición que más se asemeja a la realidad con la que se ve un tratamiento, en especial si este es de por vida. Pero existen más definiciones entre ellas se encuentra postulada por la propia Organización Mundial de la Salud (OMS); en el que define como adherencia al tratamiento como "el grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria" (4,52).

Así, como podemos encontrar múltiples formas de definir la adherencia farmacológica, también existen múltiples formas demediarla, pero en esto solo definiremos a grandes rasgos los diferentes métodos de medición ya que el instrumento a utilizar será ampliamente descrito en el aparato correspondiente.

Pero, primero debemos saber que la adherencia farmacológica o terapéutica, es un problema gran escala mundial. Se calcula que solo en EEUU, solo el 51% de pacientes con presión alta diagnosticada, tiene una adherencia a su tratamiento establecido, siendo este promedio mucho menor en país como China, Gamba y Las Islas Seychelles, con un 43, 27 y 26% respectivamente (4).

Pero estas cifras alarmantes por parte de la OMS, solo están bien estudiadas y ampliamente debatidas en patológicas muy frecuentes como la diabetes, hipertensión arterial o VIIH/SIDA; en caso del hipotiroidismo es todo lo contrario.

En caso de la medición de la adherencia farmacológica, existen 2 tipos de medición: las Directas e Indirectas. Las primeras son claramente más invasivas ya que se hace a base de la medición del medicamento y su vida media en el organismo, así como sus metabolitos y sus biomarcadores biológicos en sangre. En tanto, los indirectos se basa básicamente en cuestionarios en el cual que son auto resueltos por los pacientes y que en cierta forma son una especie de autocontrol y auto seguimiento por parte del paciente en el cual podemos encontrar preguntas sobre el número de medicamentos, evaluación clínica, evaluación emocional, etc. (52).

2.3. HIPÓTESIS

- H1. Existen los factores relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020.
- H0: No existen los factores relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020.

2.4. VARIABLES DE ESTUDIO

2.4.1. Variable Independiente

- Factores Relacionados.

2.4.2. Variable Dependiente

- No Adherencia.

2.4.3. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN / CONCEPTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Edad	Tiempo de vida de una persona, desde su nacimiento.	Número de años cumplidos del paciente desde su nacimiento hasta el momento del estudio.	No aplica	Cuantitativa	Discretas	Ficha de recolección de datos.
sexo	Características bilógicamente determinadas relativamente invariables del hombre y la mujer.	Condición hombre o mujer.	Hombre Mujer	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Ficha de recolección de datos.
Estado Civil	Clase o condición de una persona en el orden social.	Situación determinada por su relación de familia.	Soltero Conviviente Casado Separado Viudo	Cualitativa	Politómica Ordinal	Ficha de recolección de datos.
Grado de Instrucción	Grado mayor de estudios.	Último grado académico que cursó.	Primaria Completa Primaria Incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta Superior Completa Superior Incompleta	Cualitativa	Politómica Ordinal	Ficha de recolección de datos.
Nivel socioeconómico	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona.	Nivel socioeconómico según ingreso mensual del hogar, si tiene apoyo de familiares.	Alta Media alta Media Media Baja Baja	Cualitativa	Politómica Ordinal	Ficha de recolección de datos.

Gasto por Enfermedad	El costo de una enfermedad crónica.	El costo que cubre el paciente frente a la enfermedad.	SI NO	Cualitativa	Politómica Nominal	Ficha de recolección de datos.
Polifarmacia	Uso simultaneo de varios medicamentos para diferentes enfermedades.	Numero de medicamentos que consume al día	No aplica	Cuantitativa	Discreta	Ficha de recolección de datos
Atención Medica	Conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población.	Información recibida sobre la enfermedad por personal médico.	SI NO	Cualitativa	Politómica Nominal	Ficha de recolección de datos.
Comorbilidad	Persona que padece dos a más enfermedades por ejemplo hipertensión y diabetes mellitus.	Numero de patologías adquiridas por el paciente.	2 a más patologías precedentes en el paciente.	Cuantitativa	Discreta	Ficha de recolección de datos
Tipo de comorbilidad	Persona que padece dos a más enfermedades.	Especifica que enfermedad asociada padece al momento de la encuesta.	Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Síndrome de Ovario Poliquístico	Cualitativa	Politómica Nominal	Ficha de recolección de datos.
Nivel de Conocimiento	Persona que tiene un nivel de conocimiento sobre su enfermedad	El grado de sabiduría sobre la enfermedad.	Con Conocimiento Sin Conocimiento	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Test de Batalla
Aptitud del Paciente	Capacidad de la persona para afrontar un hecho o suceso.	Capacidad para enfrentar la enfermedad y el tratamiento del mismo.	SI NO	Cualitativa	Politómica Nominal	Ficha de recolección de datos.
Adherencia al tratamiento.	Grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida.	Paciente con adherencia o sin adherencia farmacológica.	Con Adherencia Sin Adherencia	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Test de Morisky-Green- Levine.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito del estudio fue cuantitativo, ya que la investigación estuvo basada en representar los resultados de la investigación a partir de un problema.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación fue Analítica-correlacional, ya que se evaluó la relación de las variables dependientes e independientes, y estas al mismo tiempo se buscaron su p-valor de las mismas.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de la investigación fue Relacional, ya que se buscó la relación entre las dos variables principales de la investigación. Con el fin de tener un valor p significativo, así como sus intervalos de confianza.

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método de investigación fue deductivo, ya que exploró de una forma general hacia un elemento singular esto a través de las conclusiones del mismo.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación fue observacional, ya que el investigador no ha realizado el uso de las variables o de su posible exposición a la misma.

3.6 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población estuvo conformada por 50 pacientes con hipotiroidismo que se atendieron en el Centro de Salud 9 de Octubre.

Se tuvo en cuenta criterios de inclusión como:

- Ser mayor de 18 años.
- Diagnosticado con hipotiroidismo por un médico.
- Ser atendido en consulta externa en el centro de salud.

Y los criterios de exclusión fueron:

- Tener alguna enfermedad mental asociada.
- Tener alguna discapacidad intelectual al momento de la encuesta.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó una ficha de recolección de datos la cual se incluyó todas las variables. Se administró a todos los participantes con previa firma de consentimiento informado.

Se utilizó como instrumento el test de Morisky – Green para medir la adherencia farmacológica. Siendo 4 preguntas en las cuales la fórmula de respuesta en NO/NO/SI/NO, la cual se tomó como respuesta final que si cumple con la adherencia farmacológica. Cualquier alternativa a la fórmula de respuesta se tomó con una negativa general siendo este como no adherencia farmacológica (52). Fue usado por primera vez por Morisky et al. en 1986, siendo un test con una sencillez que su utilización también se podía dar durante un pase de visita médica (53). Posteriormente fue Validado al español por Jiménez et al. En 1992 en pacientes con hipertensión. Desde entonces es una escala ampliamente utilizada para determinar la adherencia farmacológica en enfermedades crónicas (54). Se ha probado ya en enfermedades como hipertensión, diabetes, Parkinson o enfermedades

cardiovasculares (55). Este test es un método indirecto para determinar el grado de adherencia farmacológica o terapéutica que tuvieron los participantes del estudio.

Así mismo, otro método indirecto que utiliza es el test de Batalla, el cual nos ayudó a saber el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad que padece, lo cual lleva a la deducción de que a mayor conocimiento mayor grado de interés y por ello mayor fue su grado de adherencia al tratamiento(56,57). Si bien es cierto que este test es mayormente y ampliamente utilizado en la hipertensión arterial. Pero es fácilmente aplicable a otras patologías (58).

Las demás variables se obtuvieron a partir de preguntas en la encuesta de recolección de datos que se empleó como encuesta final para los participantes (ANEXO 2).

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se encuestó a todos los participantes con la encuesta de recolección de datos teniendo en cuenta, el consentimiento informado que estuvo previamente firmado por el participante (**ANEXO 1**). Con eso se corroboró que su participación fue voluntaria. Todos los encuestados fueron abordados durante una consulta externa en el C.S. 9 de Octubre, cumpliendo con las medidas sanitarias correspondientes.

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información recolectada se registró en una hoja Excel. La misma se procesó en el programa STATA 14. Para lo cual, se utilizó para las variables cualitativas el chi2 y; para las cuantitativas no paramétricas chi2 y para las paramétricas el T de student.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

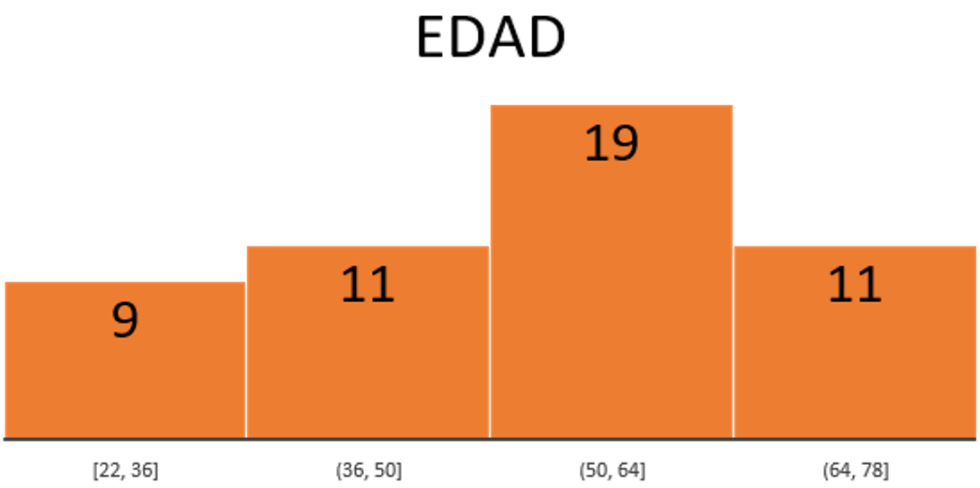


Gráfico 1. Característica: Edad de la población estudiada

En el gráfico 1, podemos observar en un histograma la frecuencia de las edades, es así que el rango de edades más frecuente es de 50-64 años, con un rango Inter cuartil de las edades es de 40-62. Además, observamos que es una variable no normal.

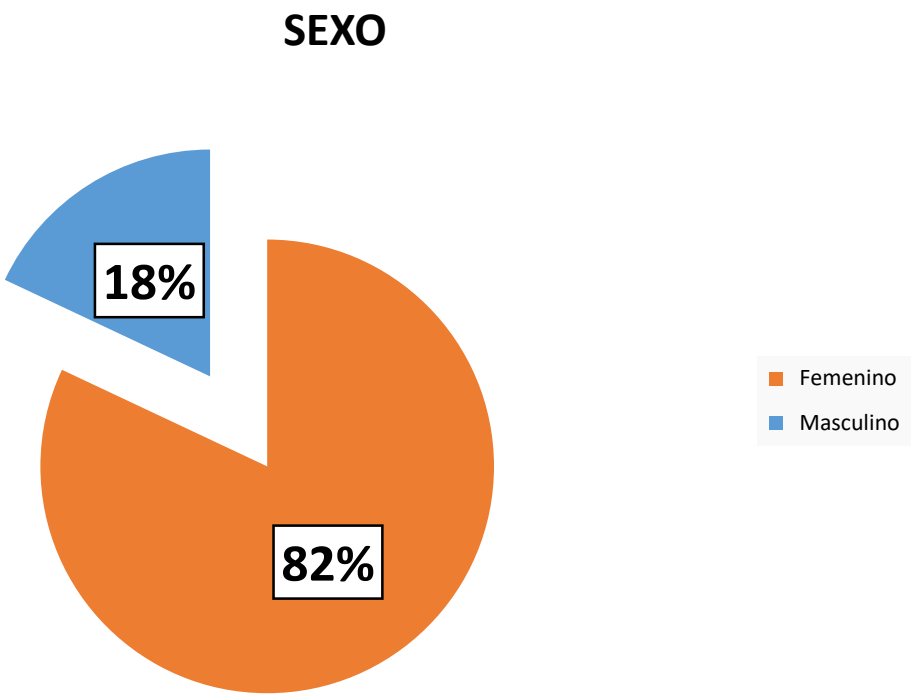


Gráfico 2. Característica: Sexo de la población estudiada

En el gráfico 2, se observa la distribución a razón del sexo en la población estudiada y podemos determinar gran número de pacientes femenino a comparación de masculinos.

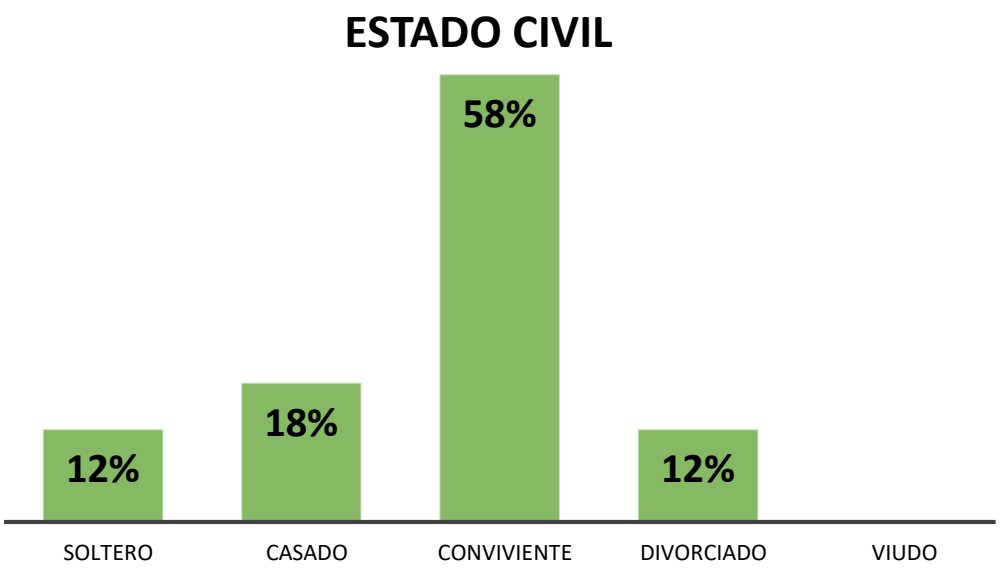


Gráfico 3. Característica: Estado Civil de la población estudiada

En el Gráfico 3, se observa que el 58% de la población es conviviente. Y ninguno de los participantes es viudo, en igual proporción (12%) a los solteros y divorciados.

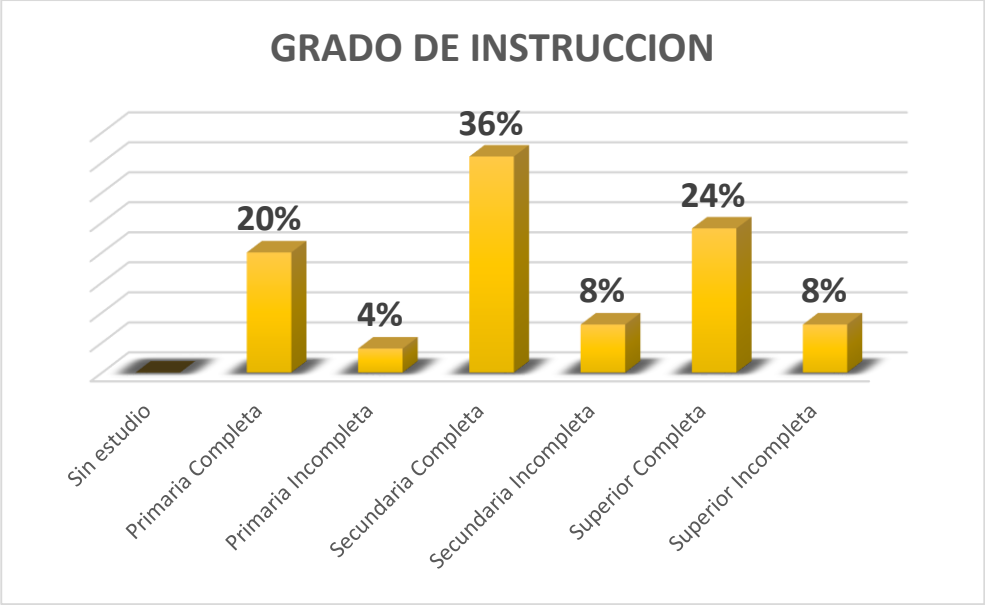


Gráfico 4. Característica: Grado de Instrucción de la población estudiada

En el gráfico 4, se observa que el grado de instrucción más frecuente es Secundaria completa con un 36%, seguida de superior completa y primaria completa. Se puede observar que la población no es analfabeta, pero sin una gran mayoría no ha realizado estudios universitarios. Solo siendo un 32% de la población la que llevó de forma completa o incompleta dichos estudios.

Tabla 2. Características de la población asociada con la adherencia.

TABLA 2. FACTORES NO ADHERENCIA	NO ADHERENCIA		SI ADHERENCIA		VALOR P
CARACTERISTICAS	**n**	**%**	**n**	**%**	
Edad					
22-56	24	48	1	2	1
57-77	24	48	1	2	
Sexo					
Femenino	39	78	2	4	0.499
Masculino	9	18	0	0	
Estado Civil					
Soltero	6	12	0	0	0.635
Casado	8	16	1	2	
Conviviente	28	56	1	2	
Divorciado	6	12	0	0	
Viudo	0	0	0	0	
Grado de Instrucción					
Sin estudio	0	0	0	0	0.252
Primaria Completa	10	20	0	0	
Primaria Incompleta	2	4	0	0	
Secundaria Completa	18	36	0	0	
Secundaria Incompleta	4	8	0	0	
Superior Completa	11	22	1	2	
Superior Incompleta	3	6	1	2	

En la tabla 2, se evidencia que si bien una amplia población no cumple con la adherencia; esta no está relacionada con las características de la misma, ya que ninguna presenta un valor p ≤0.05. Por ende, no negamos la hipótesis nula.

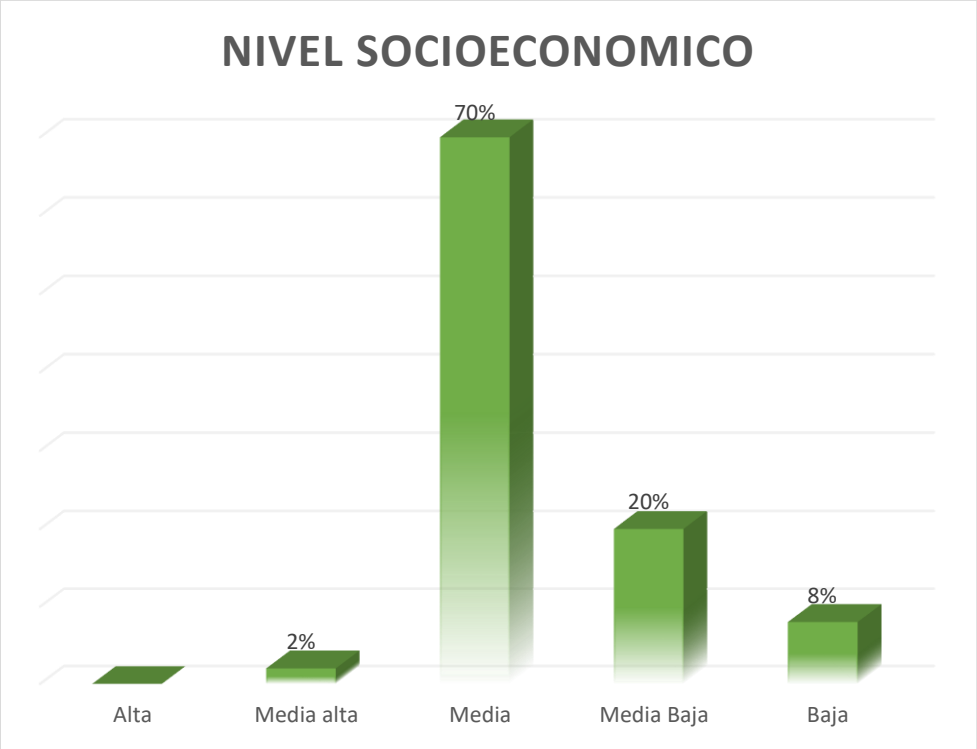


Gráfico 5. Factor socioeconómico: Nivel socioeconómico.

En este gráfico, observamos que el nivel socioeconómico que la mayoría de los participantes se identifica pertenecer, es la clase media con el 70%, seguido por clase media baja y baja, solo el 2% se considera media alta y ningún participante se considera que pertenezca a la clase alta. Teneos que tener en cuenta que esta encuesta fue realizada en un puesto de salud.

Tabla 3. Factor socioeconómico: nivel socioeconómico asociado a la adherencia.

Nivel Socioeconomico					
Alta	0	0	0	0	0.827
Media alta	1	2	0	0	
Media	33	66	2	4	
Media Baja	10	20	0	0	
Baja	4	8	0	0	

En cuanto a su asociación a la adherencia de tratamiento de los participantes se ha visto que no existe relación ya que el valor P no es menor a ≤0.05. Por lo tanto, no se niega la hipótesis nula y así mismo este no es un factor que se pueda relacionar directamente con una falta de adherencia en la población.

Tabla 4. Factor socioeconómico: gasto por enfermedad.

GASTO POR ENFERMEDAD	NO		SI	
	n	%	n	%
¿Le ha tocado a usted comprar sus medicamentos?	0	**0**	50	**100**
¿Cuenta con apoyo económico de familiares para cumplir con su tratamiento?	23	**46**	27	**54**
¿Puede usted costear los exámenes de laboratorio?	32	**64**	18	**36**
¿El seguro de salud a la que usted está afiliado le cubre los medicamentos para su tratamiento?	46	**92**	4	**8**
¿Se ha interrumpido su tratamiento por la falta de medicamentos?	20	**40**	30	**60**

En la tabla 4, se evidencia que el 100% de participantes confirma que en algún momento se han tenido que comprar de forma particular sus medicamentos. Así mismo solo el 54% afirma que recibe apoyo económico de sus familiares. En contraparte que el establecimiento si puede brindar el estudio de exámenes laboratoriales. Así mismo el 92% afirma que su seguro de salud no cubre su medicación regular y el 60% afirma que ha tenido que interrumpir su tratamiento por falta de medicamentos.

Tabla 5. Factor socioeconómico: Gasto por enfermedad asociado con la Adherencia.

GASTO POR ENFERMEDAD	CON ADHERENCIA				SIN ADHERENCIA				VALOR P
	NO		SI		NO		SI		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
¿Le ha tocado a usted comprar sus medicamentos?	0	0	2	4	0	0	48	96	0
¿Cuenta con apoyo económico de familiares para cumplir con su tratamiento?	1	2	1	2	22	44	26	52	0.908
¿Puede usted costear los exámenes de laboratorio?	1	2	1	2	31	62	17	34	0.674
¿El seguro de salud a la que usted está afiliado le cubre los medicamentos para su tratamiento?	2	4	0	0	44	88	4	8	0.67
¿Se ha interrumpido su tratamiento por la falta de medicamentos?	1	2	1	2	19	38	29	58	0.768

Si bien en la tabla 5, se puede ver que no existe una asociación fuerte entre la adherencia y el gasto por enfermedad se puede observar que una amplia mayoría no cuenta con los recursos económicos para continuar con un tratamiento sin interrupción, así mismo sigue la tendencia que implica que la mayoría de participantes no cuenta con adherencia a su tratamiento.

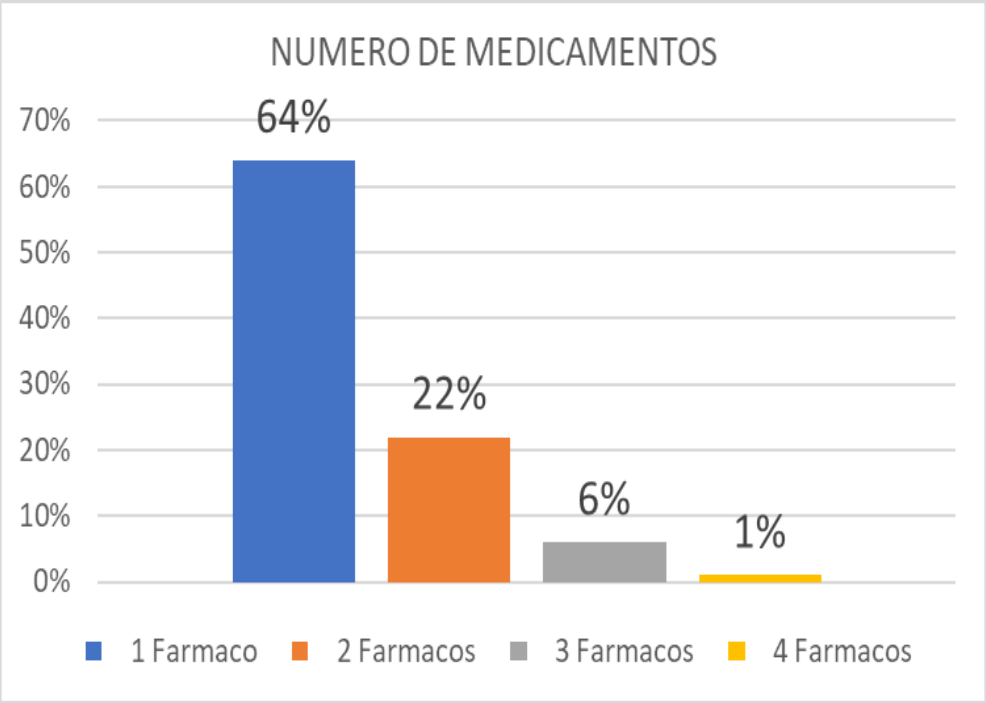


Gráfico 6. Factor farmacéutico: Polifarmacia (Número de medicamentos al día).

Como se puede observar en el gráfico 6; se puede ver que la gran mayoría (64%) solo consume un fármaco, mientras que una persona solo consume 4 fármacos simultáneamente. El 22% consume solo 2 fármacos y el 12% consume 3 fármacos todos los días.

Tabla 6. Factor farmacéutico: Polifarmacia asociado a la Adherencia.

TABLA 06. FACTORES NO ADHERENCIA	NO ADHERENCIA		SI ADHERENCIA		VALOR P
CARACTERISTICAS	n	%	n	%	
¿Cuántos medicamentos consumen?					
1 Farmaco	30	60	2	4	0.76
2 Farmacos	11	22	0	0	
3 Farmacos	6	12	0	0	
4 Farmacos	1	2	0	0	

Se puede evidenciar que si bien no tiene una asociación con la adherencia ya que su valor de p= 0.76, se puede ver que el 4% que son adheridos al tratamiento solo toman un medicamento al día.

Tabla 7. Factor atención médica: Atención médica.

ATENCION MEDICA	NO		SI	
	n	%	n	%
¿El médico que lo atiende responde a sus preguntas e inquietudes sobre su enfermedad y tratamiento?	6	**12**	44	**88**
¿El centro de Salud le proporciona el medicamento para su tratamiento?	45	**90**	5	**10**
¿Entiende las indicaciones médicas dadas verbalmente y por escrito acerca del tratamiento?	11	**22**	39	**78**

En la tabla 7, se puede observar que 88% de los encuestado responde que el médico que lo atiende contestas preguntas y dudas e inquietudes sobre la enfermedad y el tratamiento que se va a llevar. El 90% ha referido que su centro de salud donde es evaluado no cuenta con los medicamentos para su tratamiento. Y el 78% ha dicho que si entiende las indicaciones verbales/escritas que le proporciona el médico tratante.

Tabla 8. Factor atención medica: Atención medica asociado de a la adherencia.

ATENCION MEDICA	CON ADHERENCIA				SIN ADHERENCIA				VALOR P
	NO		SI		NO		SI		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
¿El médico que lo atiende responde a sus preguntas e inquietudes sobre su enfermedad y tratamiento?	0	0	2	4	6	12	42	84	0.594
¿El centro de Salud le proporciona el medicamento para su tratamiento?	2	4	0	0	43	86	5	10	0.630
¿Entiende las indicaciones médicas dadas verbalmente y por escrito acerca del tratamiento?	0	0	2	4	11	22	37	74	0.443

Se puede evidenciar en la tabla 8, que no existe una asociación entre la atención médica y la adherencia ya que todos los ítems sobrepasan el valor p≤0.05. Pero se puede observar que, a pesar de no estar adheridos al tratamiento, el médico resuelve sus dudas, así como entienden las indicaciones del mismo. Pero podemos observar que el 86% de los que no están adheridos no cuentan con medicación para su tratamiento en su centro de salud.

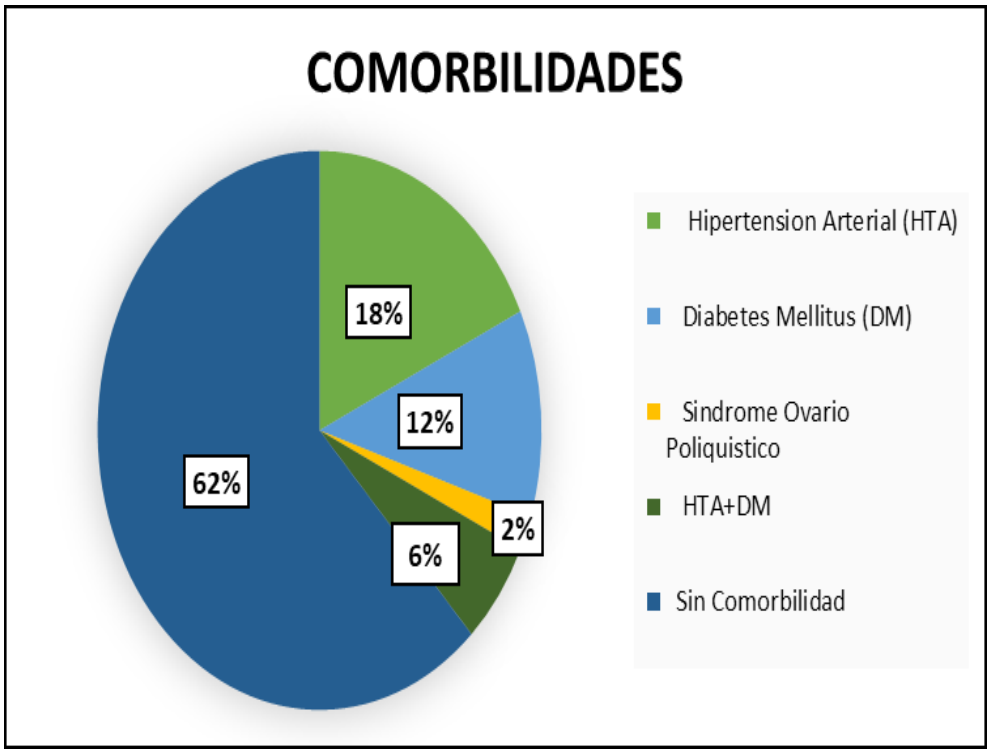


Gráfico 7. Factor de Comorbilidad.

En el gráfico 7, se puede observar que el 62% de los encuestados ha respondido que si padece una comorbilidad.

Tabla 9. Factor de Comorbilidad asociado a la adherencia.

TABLA 09. FACTORES NO ADHERENCIA	NO ADHERENCIA		SI ADHERENCIA		VALOR P
CARACTERISTICAS	n	%	n	%	
¿Usted tiene otra enfermedad?					
Si	19	38	0	0	0.258
No	29	58	2	4	

En la tabla 9, se observa que no existe una asociación por ende no se puede negar a la hipótesis nula, pero se puede que las personas que tienen adherencia no tienen comorbilidades.

Tabla 10. Factor de Nivel de Conocimiento: Test de Batalla.

TEST DE BATALLA MODIFICADO	NO		SI	
	n	%	n	%
Qué es el Hipotiroidismo?	11	78	39	22
¿Una enfermedad para toda la vida?	8	16	42	84
Se puede controlar ¿con dieta y medicacion?	5	10	45	90

En la tabla 10, se observa que el 78% desconoce que es el hipotiroidismo, en contra parte con el 84% que afirma que sabe que es una enfermedad crónica. El 90% afirma que la enfermedad se puede controlar con medicación y dieta adecuada.

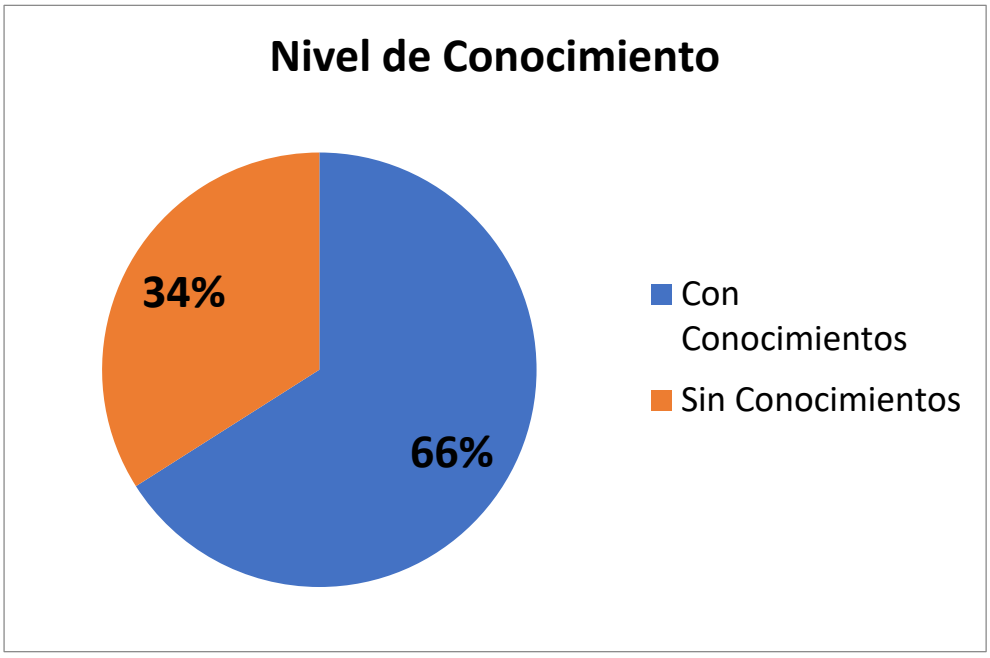


Gráfico 8. Nivel de Conocimiento.

En el gráfico 8, podemos observar que el 66% cuenta con conocimientos sobre su enfermedad cursante.

Tabla 11. Factor de Aptitud del Paciente frente a su enfermedad.

APTITUD	NO		SI	
	n	%	n	%
¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?	3	6	47	94
¿Se ha sentido motivado/da a cumplir con el tratamiento?	11	22	39	78
¿Se ha sentido deprimido/da por padecer la enfermedad?	6	12	44	88
¿Debido a la enfermedad, ¿ha notado cambio en su estilo de vida?	4	8	46	92
¿Cree usted que la enfermedad lo ha limitado en sus actividades diarias?	9	18	41	82
¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?	1	2	49	98
¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?	1	2	49	98
¿Pertenece algún programa de seguimiento o apoyo en el tratamiento?	49	98	1	2
¿Las distancias de su casa o trabajo al consultorio le dificultan el cumplimiento de sus citas?	34	68	16	32

En la tabla 11 se puede ver que 94% está convencido que el tratamiento es beneficioso y que por eso continua con el mismo. 88% afirma haberse deprimido por la enfermedad, mientras que 92% ha tenido que hacer cambios en su estilo de vida y en contra parte de esto, el 98% niega pertenecer algún grupo de apoyo. El 98% afirma que está interesado en conocer más sobre su condición y una mejor forma de cuidarse.

Tabla 12. Factor de Aptitud del Paciente frente a su enfermedad asociado a la Adherencia.

APTITUD	CON ADHERENCIA				SIN ADHERENCIA				VALOR P
	NO		SI		NO		SI		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?	0	0	2	4	3	6	45	90	0.715
¿Se ha sentido motivado/da a cumplir con el tratamiento?	0	0	2	4	11	22	37	74	0.443
¿Se ha sentido deprimido/da por padecer la enfermedad?	0	0	2	4	6	12	42	84	0.594
¿Debido a la enfermedad, ¿ha notado cambio en su estilo de vida?	0	0	2	4	4	8	44	88	0.670
¿Cree usted que la enfermedad lo ha limitado en sus actividades diarias?	1	2	1	2	8	16	40	80	0.229
¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?	0	0	2	4	1	2	47	94	0.837
¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?	0	0	2	4	1	2	47	94	0.837
¿Pertenece algún programa de seguimiento o apoyo en el tratamiento?	2	4	0	0	47	94	1	2	0.837
¿Las distancias de su casa o trabajo al consultorio le dificultan el cumplimiento de sus citas?	2	4	0	0	32	64	16	32	0.322

En la tabla 12, se puede ver que a pesar que ninguna de las variables es significativa ya que no tienen un valor p inferior al 0.05; se puede relacionar que las personas que tienen adherencia a su tratamiento han pasado por depresión y cambios en su vida diaria, pero ello no ha hecho que dejen de considerar que el tratamiento es beneficioso y que lo continúen.

Tabla 13. Adherencia al tratamiento.

TEST DE MORISKY	NO		SI	
	n	%	n	%
¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?	10	20	40	80
¿Toma sus medicamentos a la hora indicada por su médico?	25	50	25	50
Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?	27	54	23	46
Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?	24	48	26	52

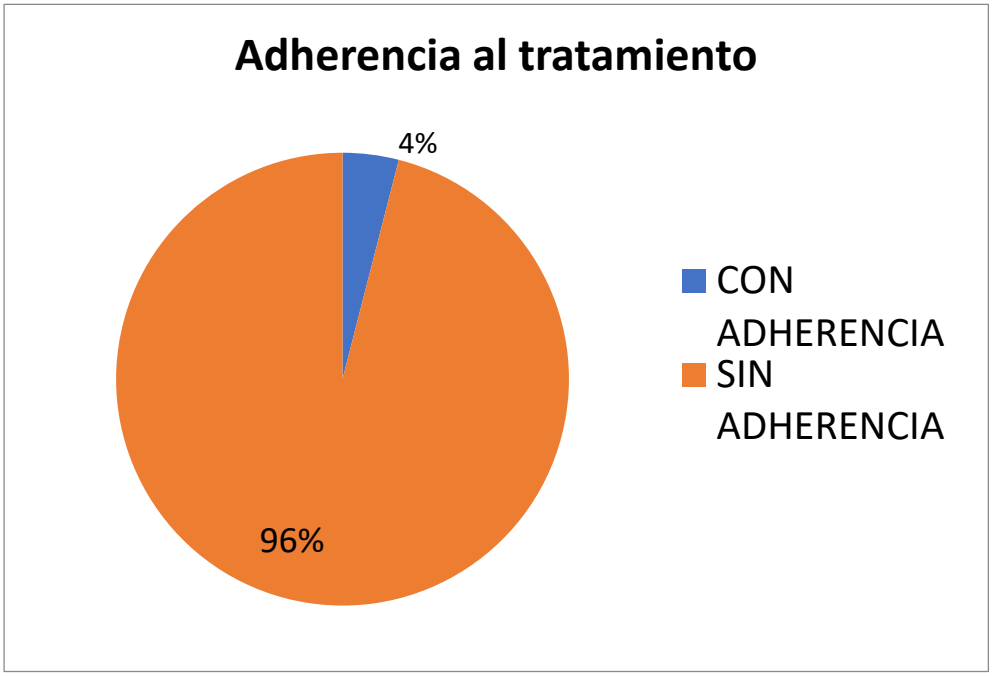


Gráfico 9. Adherencia al tratamiento.

Como se evidencia en el gráfico 9, solo el 4% de los encuestados puedo obtener que si cumplen con su tratamiento a pesar de múltiples factores que podrían imposibilitarlo.

El mayor factor relacionado a la falta de adherencia en el estudio fue el sentirse bien, ya que este si guarda una fuerte relación con la adherencia a medicamentos (Tabla 14).

Tabla 14. Estado emocional.

TABLA 14.	NO ADHERENCIA		SI ADHERENCIA		VALOR P
CARACTERISTICAS	n	%	n	%	
¿Cómo se siente usted actualmente?					
Excelente	0	0	0	0	0.000
Muy Bueno	0	0	1	2	
Bueno	34	68	1	2	
Regular	14	28	0	0	
Malo	0	0	0	0	

4.2. DISCUSIÓN

En esta investigación, participaron 50 personas mayores de 18 años, que fueron entrevistadas durante una consulta regular al médico en el Centro de Salud 09 de Octubre durante el 2021.

Lo que podemos encontrar es un correlación con datos sobre el sexo predominante en paciente hipotiroideos que nos da estudio previo como el emprendido por Muro en el 2017 donde encontró el 93% de sus participantes eran de sexo femenino(8); en nuestro caso fue del 82%. Datos que también se relacionan a datos mundiales que la incidencia es de 3.5 en mujeres y de 0.6 en hombres (51).

Así mismo, en nuestro estudio se encontró un rango intercuartil de 40-62 años, que se relaciona con los datos obtenidos por Sánchez en el 2017, que tenía una media de edad de 54 años, en su estudio que exploraba el fallo farmacéutico en pacientes hipotiroideos (5).

En caso, del factor socioeconómico, en nuestro estudio lo dividimos n dos una en nivel socioeconómico y los gastos realizados por el paciente durante su posterior diagnóstico. Siendo el nivel socioeconómico más frecuente: media; con relación el gasto el 100% de nuestros participantes respondieron que si habían comprado en alguna oportunidad medicamentos para continuar con su tratamiento. Esto es un gran problema para la adherencia al tratamiento como lo hizo ver la OMS en el año 2004, en el cual se exponía la disyuntiva que para tener alimentos higiene y atención médica, tenía que haber un incentivo monetario y para esto debemos trabajar, y para trabajar debemos estar sanos (4).

En este trabajo también encontramos que solo 2 personas tenían adherencia a su medicación siendo solo el 4% de toda la población, esto se contrapone con lo encontrado por Veliz en el 2017, en el cual su trabajo de investigación tuvo como resultado que de 114 participantes 100 tenían un adherencia adecuada, siendo el 7%

de su población (3). También veliz encontró valores similares referente al nivel de conocimiento sobre la enfermedad que en nuestro estudio fue del 66% (3).

Asimismo, referente a la comorbilidades delos participantes se puede ver que una amplia mayoría carecía de ellos (62%), pero también se puede ver que la HTA es del 18% y la DM2 del 12%, en caso de la investigada llevada a cabo por Muro; se puede denotar que estas comorbilidades en pacientes hipotiroideos se alterna siendo la DM2 más frecuente que la HTA (8).

CONCLUSIONES

1. Existen determinantes o factores que condicionen a una menor adherencia al tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre de Pucallpa.

Edad: a mayor edad menor adherencia.

Sexo: no hay diferencias significativas.

Grado de instrucción: no hay relación directa con el menor grado de instrucción.

Comorbilidad a mayor comorbilidad mayor nivel de no adherencia.

Conocimiento de la enfermedad: mientras más se conoce la enfermedad menor nivel de no adherencia.

Trato del personal de salud: el empoderamiento y la buena relación médico – paciente mejora el tratamiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

RECOMENDACIONES

1. Emprender mejores políticas de salud para que las personas con estas patologías crónicas tengan mejor acceso a su tratamiento estándar.

2. Seguir investigando sobre estos factores ya que la investigación tuvo como limitación la pandemia y ellos conllevo a pocos participantes en el estudio.

3. Se recomienda mayor ayuda a la salud mental de estos pacientes y que su propio bienestar no sea excusa para dejar su medicación habitual. Haciendo que las complicaciones de su enfermedad aparezcan.

4. Implementar el área de laboratorio para realizar exámenes de rutina de hormonas tiroideas para facilitar los controles de los pacientes con este diagnóstico. Abastecer el área de farmacia con la medicación de levotiroxina sódica para brindar ayuda al usuario en el tratamiento y así evitar realizar gastos extras en la medicación.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Jacome Roca A. Descubrimiento del hipotiroidismo. Rev Colomb Endocrino Diabetes Metab. 7 de diciembre de 2017;4(4):32-7.

2. ROCCA NACION JesusSP. Manual del diagnóstico y tratamiento del hipotiroidsmo Marco Teorico.pdf. Primera. Vol. 1. Lima: Merck Serono Perú; 2014. 139 p.

3. Véliz Torres LL de J. ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES MUJERES CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO. [Tesis Para Grado de Medico Cirujano]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.

4. World Health Organization. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acci??n [Internet]. Ginebra: Organizaci??n Mundial de la Salud; 2004 [citado 29 de enero de 2022]. Disponible en: http://site.ebrary.com/id/10268791

5. Sánchez Castillo J, López Gutiérrez JJ. Fallo terapéutico de levotiroxina en el manejo de hipotiroidismo en una institución de salud de Bogotá, D. C. Un estudio analítico de prevalencia: Levothyroxine treatment failure in the management of hypothyroidism in a health institution in Bogotá, D. C. An analytical study of prevalence. Rev Colomb Cienc Quím-Farm. 20 de noviembre de 2015;44(1):16-33.

6. Hepp Z, Lage MJ, Espaillat R, Gossain VV. The association between adherence to levothyroxine and economic and clinical outcomes in patients with hypothyroidism in the US. J Med Econ. 2 de septiembre de 2018;21(9):912-9.

7. RIVERA JAIMES YL. La polifarmacia y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 en el servicio de endocrinología del hospital Sergio Enrique Bernales [Internet] [Titulo Profesional]. [Lima-Perú]: Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2017 [citado 3 de agosto de 2021]. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1796

8. MURO LINARES E. COMPORTAMIENTO DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN HIPOTIROIDEOS PRIMARIOS CONTROLADOS DE CONSULTORIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL ESSALUD II PUCALLPA 2017 [Titulo Profesional]. [Pucallpa]: Universidad Nacional de Ucayali; 2018.

9. Chaker L, Bianco AC, Jonklaas J, Peeters RP. Hypothyroidism. The Lancet. septiembre de 2017;390(10101):1550-62.

10. Carlé A, Pedersen IB, Knudsen N, Perrild H, Ovesen L, Laurberg P. Gender differences in symptoms of hypothyroidism: a population-based DanThyr study. Clin Endocrinol (Oxf). noviembre de 2015;83(5):717-25.

11. Carlé A, Pedersen IB, Knudsen N, Perrild H, Ovesen L, Andersen S, et al. Hypothyroid Symptoms Fail to Predict Thyroid Insufficiency in Old People: A Population-Based Case-Control Study. Am J Med. octubre de 2016;129(10):1082-92.

12. Canaris GJ, Steiner JF, Ridgway EC. Do Traditional Symptoms of Hypothyroidism Correlate with Biochemical Disease? J Gen Intern Med. septiembre de 1997;12(9):544-50.

13. Carlé A, Pedersen IB, Knudsen N, Perrild H, Ovesen L, Laurberg P. Hypothyroid symptoms and the likelihood of overt thyroid failure: a population-based case-control study. Eur J Endocrinol. noviembre de 2014;171(5):593-602.

14. Gao X, Liu M, Qu A, Chen Z, Jia Y, Yang N, et al. Native Magnetic Resonance T1-Mapping Identifies Diffuse Myocardial Injury in Hypothyroidism. PloS One. 2016;11(3):e0151266.

15. Tiller D, Ittermann T, Greiser KH, Meisinger C, Agger C, Hofman A, et al. Association of Serum Thyrotropin with Anthropometric Markers of Obesity in the General Population. Thyroid Off J Am Thyroid Assoc. septiembre de 2016;26(9):1205-14.

16. Shin Y-W, Choi YM, Kim HS, Kim D-J, Jo HJ, O'Donnell BF, et al. Diminished Quality of Life and Increased Brain Functional Connectivity in Patients with Hypothyroidism After Total Thyroidectomy. Thyroid. 1 de mayo de 2016;26(5):641-9.

17. Muangpaisan W, Petcharat C, Srinonprasert V. Prevalence of potentially reversible conditions in dementia and mild cognitive impairment in a geriatric clinic. Geriatr Gerontol Int. enero de 2012;12(1):59-64.

18. Robison CD, Bair TL, Horne BD, McCubrey RO, Lappe DL, Muhlestein JB, et al. Hypothyroidism as a risk factor for statin intolerance. J Clin Lipidol. agosto de 2014;8(4):401-7.

19. Rodondi N, den Elzen WPJ, Bauer DC, Cappola AR, Razvi S, Walsh JP, et al. Subclinical Hypothyroidism and the Risk of Coronary Heart Disease and Mortality. JAMA J Am Med Assoc. 22 de septiembre de 2010;304(12):1365-74.

20. Grossman A, Weiss A, Koren-Morag N, Shimon I, Beloosesky Y, Meyerovitch J. Subclinical Thyroid Disease and Mortality in the Elderly: A Retrospective Cohort Study. Am J Med. abril de 2016;129(4):423-30.

21. Gussekloo J, van Exel E, de Craen AJM, Meinders AE, Frölich M, Westendorp RGJ. Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. JAMA. 1 de diciembre de 2004;292(21):2591-9.

22. Vanhaelst L, Neve P, Chailly P, Bastenie PA. Coronary-artery disease in hypothyroidism. Observations in clinical myxoedema. Lancet Lond Engl. 14 de octubre de 1967;2(7520):800-2.

23. Gencer B, Collet T-H, Virgini V, Bauer DC, Gussekloo J, Cappola AR, et al. Subclinical thyroid dysfunction and the risk of heart failure events: an individual participant data analysis from 6 prospective cohorts. Circulation. 28 de agosto de 2012;126(9):1040-9.

24. Zhang M, Sara JDS, Matsuzawa Y, Gharib H, Bell MR, Gulati R, et al. Clinical outcomes of patients with hypothyroidism undergoing percutaneous coronary intervention. Eur Heart J. 7 de julio de 2016;37(26):2055-65.

25. Chaker L, Baumgartner C, den Elzen WPJ, Ikram MA, Blum MR, Collet T-H, et al. Subclinical Hypothyroidism and the Risk of Stroke Events and Fatal Stroke: An Individual Participant Data Analysis. J Clin Endocrinol Metab. junio de 2015;100(6):2181-91.

26. Alevizaki M, Synetou M, Xynos K, Alevizaki CC, Vemmos KN. Hypothyroidism as a protective factor in acute stroke patients. Clin Endocrinol (Oxf). septiembre de 2006;65(3):369-72.

27. Freitas BCG, Gereben B, Castillo M, Kalló I, Zeöld A, Egri P, et al. Paracrine signaling by glial cell-derived triiodothyronine activates neuronal gene expression in the rodent brain and human cells. J Clin Invest. junio de 2010;120(6):2206-17.

28. Jo S, Kalló I, Bardóczi Z, Arrojo e Drigo R, Zeöld A, Liposits Z, et al. Neuronal Hypoxia Induces Hsp40-Mediated Nuclear Import of Type 3 Deiodinase As an Adaptive

Mechanism to Reduce Cellular Metabolism. J Neurosci. 20 de junio de 2012;32(25):8491-500.

29. Collet T-H, Bauer DC, Cappola AR, Asvold BO, Weiler S, Vittinghoff E, et al. Thyroid antibody status, subclinical hypothyroidism, and the risk of coronary heart disease: an individual participant data analysis. J Clin Endocrinol Metab. septiembre de 2014;99(9):3353-62.

30. Pasqualetti G, Pagano G, Rengo G, Ferrara N, Monzani F. Subclinical Hypothyroidism and Cognitive Impairment: Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Endocrinol Metab. noviembre de 2015;100(11):4240-8.

31. Tan ZS, Beiser A, Vasan RS, Au R, Auerbach S, Kiel DP, et al. Thyroid Function and the Risk of Alzheimer's Disease: The Framingham Study. Arch Intern Med. 28 de julio de 2008;168(14):1514-20.

32. Chaker L, Wolters FJ, Bos D, Korevaar TIM, Hofman A, van der Lugt A, et al. Thyroid function and the risk of dementia: The Rotterdam Study. Neurology. 18 de octubre de 2016;87(16):1688-95.

33. Rieben C, Segna D, da Costa BR, Collet T-H, Chaker L, Aubert CE, et al. Subclinical Thyroid Dysfunction and the Risk of Cognitive Decline: a Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. J Clin Endocrinol Metab. diciembre de 2016;101(12):4945-54.

34. Tseng F-Y, Lin W-Y, Li C-I, Li T-C, Lin C-C, Huang K-C. Subclinical Hypothyroidism Is Associated with Increased Risk for Cancer Mortality in Adult Taiwanese—A 10 Years Population-Based Cohort. PLoS ONE. 1 de abril de 2015;10(4):e0122955.

35. Bano A, Chaker L, Plompen EPC, Hofman A, Dehghan A, Franco OH, et al. Thyroid Function and the Risk of Nonalcoholic Fatty Liver Disease: The Rotterdam Study. J Clin Endocrinol Metab. agosto de 2016;101(8):3204-11.

36. Zhang Y, Chang Y, Ryu S, Cho J, Lee W-Y, Rhee E-J, et al. Thyroid hormone levels and incident chronic kidney disease in euthyroid individuals: the Kangbuk Samsung Health Study. Int J Epidemiol. octubre de 2014;43(5):1624-32.

37. Gronich N, Deftereos SN, Lavi I, Persidis AS, Abernethy DR, Rennert G. Hypothyroidism is a Risk Factor for New-Onset Diabetes: A Cohort Study. Diabetes Care. septiembre de 2015;38(9):1657-64.

38. Abrahamsen B, Jørgensen HL, Laulund AS, Nybo M, Bauer DC, Brix TH, et al. The excess risk of major osteoporotic fractures in hypothyroidism is driven by cumulative hyperthyroid as opposed to hypothyroid time: an observational register-based time-resolved cohort analysis. J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res. mayo de 2015;30(5):898-905.

39. LeFevre ML, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for thyroid dysfunction: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 5 de mayo de 2015;162(9):641-50.

40. Roelfsema F, Pereira AM, Adriaanse R, Endert E, Fliers E, Romijn JA, et al. Thyrotropin secretion in mild and severe primary hypothyroidism is distinguished by amplified burst mass and Basal secretion with increased spikiness and approximate entropy. J Clin Endocrinol Metab. febrero de 2010;95(2):928-34.

41. Kim TH, Kim KW, Ahn HY, Choi HS, Won H, Choi Y, et al. Effect of seasonal changes on the transition between subclinical hypothyroid and euthyroid status. J Clin Endocrinol Metab. agosto de 2013;98(8):3420-9.

42. Hennessey JV, Malabanan AO, Haugen BR, Levy EG. Adverse event reporting in patients treated with levothyroxine: results of the pharmacovigilance task force survey of the american thyroid association, american association of clinical endocrinologists, and the endocrine society. Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol. junio de 2010;16(3):357-70.

43. Santini F, Pinchera A, Marsili A, Ceccarini G, Castagna MG, Valeriano R, et al. Lean body mass is a major determinant of levothyroxine dosage in the treatment of thyroid diseases. J Clin Endocrinol Metab. enero de 2005;90(1):124-7.

44. Devdhar M, Drooger R, Pehlivanova M, Singh G, Jonklaas J. Levothyroxine replacement doses are affected by gender and weight, but not age. Thyroid Off J Am Thyroid Assoc. agosto de 2011;21(8):821-7.

45. Gordon MB, Gordon MS. Variations in adequate levothyroxine replacement therapy in patients with different causes of hypothyroidism. Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol. octubre de 1999;5(5):233-8.

46. Roos A, Linn-Rasker SP, van Domburg RT, Tijssen JP, Berghout A. The starting dose of levothyroxine in primary hypothyroidism treatment: a prospective, randomized, double-blind trial. Arch Intern Med. 8 de agosto de 2005;165(15):1714-20.

47. Teixeira PFS, Reuters VS, Ferreira MM, Almeida CP, Reis F a. A, Melo BA, et al. Treatment of subclinical hypothyroidism reduces atherogenic lipid levels in a placebo-controlled double-blind clinical trial. Horm Metab Res Horm Stoffwechselforschung Horm Metab. enero de 2008;40(1):50-5.

48. Bolk N, Visser TJ, Nijman J, Jongste IJ, Tijssen JGP, Berghout A. Effects of evening vs morning levothyroxine intake: a randomized double-blind crossover trial. Arch Intern Med. 13 de diciembre de 2010;170(22):1996-2003.

49. Bach-Huynh T-G, Nayak B, Loh J, Soldin S, Jonklaas J. Timing of levothyroxine administration affects serum thyrotropin concentration. J Clin Endocrinol Metab. octubre de 2009;94(10):3905-12.

50. AACE, TES, ATA. Thyroxine Products Joint Position Statement [Internet]. American Thyroid Association. 2004 [citado 5 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.thyroid.org/thyroxine-products-joint-position-statement/

51. Medrano Ortiz-de Zárate ME, de Santillana-Hernández SP, Torres-Arreola L del P, Gómez-Díaz RA, Rivera-Moscoso R, Sosa-Caballero A. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo primario en adultos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012;50(1):71-80.

52. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Universidad Industrial de Santander, Parra DI, Universidad Industrial de Santander, Rojas-Sánchez LZ. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CONCEPTO Y MEDICIÓN. Hacia Promoc Salud. 5 de junio de 2016;0121-7577(2462-8425):117-37.

53. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. enero de 1986;24(1):67-74.

54. Jiménez AV, Ballestero GA, Visa PM, Ferré MLF, Sanromà ML. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. Aten Primaria Publ Of Soc Esp Fam Comunitaria. 1992;10(5):767-70.

55. Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino - 2018 - Métodos para medir la adherencia terapeútica.pdf [Internet]. [citado 29 de enero de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf

56. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapeútica. Ars Pharm Internet. 14 de septiembre de 2018;59(3):163-72.

57. Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, José Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. agosto de 2008;40(8):413-7.

58. Garcia Jiménez E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico [Internet] [Tesis Doctoral]. [España]: Universidad de Granada; 2003 [citado 31 de enero de 2022]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=145647

ANEXO

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soy estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, y estoy investigando sobre "**Factores de No Adherencia al tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre Pucallpa-2019".** Los resultados de esta investigación serán de utilidad para mejorar el tratamiento de estos pacientes de la región de Ucayali.

Si usted acepta participar de esta investigación, solo deberá responder preguntas, con una duración aproximada de 15- 20 minutos.

No le pediremos en ningún momento su nombre, ni otro tipo de documento de identidad. La presente encuesta será anónima.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Asimismo, usted puede dejar de contestar alguna pregunta si no lo desea. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este establecimiento de salud y nada cambiará.

Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes, comunicándose con el autor principal al número de celular que le brindaremos.

Si Ud. tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio, puede contactar con: Silvia Antonia Ruiz Lozano, estudiante de la facultad de Medicina Humana de la UNU al celular 989616578.

He sido invitado(a) a participar en la investigación sobre **"Factores de No Adherencia al tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre Pucallpa-2019".**

Entiendo que responderé las preguntas que me enuncien. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Fecha:

Firma:

ANEXO 2

ENCUESTA SOBRE FACTORES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPOTIROIDEOS DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE PUCALLPA-2019

La presente encuesta es un test que servirá para determinar los Factores de No Adherencia al tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre Pucallpa-2019.
INSTRUCCIONES: Estas preguntas se relacionan con el tratamiento y sus implicancias personales en el paciente. Sus respuestas serán mantenidas de manera confidencial. Si tiene alguna duda, consulte con el encuestador.

PRIMERA PARTE: DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Sexo: _____
3. Estado Civil: a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado e) Viudo
4. Grado de Instrucción: a) Sin estudio b) Primaria Completa c) Primaria Incompleta d) Secundaria Completa e) Secundaria Incompleta f) Superior Completa g) Superior Incompleta
5. Nivel Socioeconómico: a) Alta b) Media alta c) Media d) Media Baja e) Baja

SEGUNDA PARTE: Relacionados a la enfermedad actual.

1. ¿Cuál es el tiempo en años con el hipotiroidismo?
   Indique el número: _____
2. ¿Usted tiene otra enfermedad?
   SI ( ) NO ( )
   3.1. Si su respuesta es SI, indique que otras enfermedades padece:
   _____
3. ¿Consume otros medicamentos?
   SI ( ) NO ( )
4. ¿Cuántos medicamentos consumen?
   Indique número: _____
5. ¿Cómo se siente usted actualmente?
   a) Excelente b) Muy Bueno c) Bueno d) Regular e) Malo

TERCERA PARTE: Test de Batalla modificado

1. El Hipotiroidismo es una enfermedad para toda la vida SI ( ) NO ( )
   1.1. Es un estado de hipofunción de la glándula tiroidea SI ( ) NO ( )
   1.2. Una sobreproducción de hormonas tiroideas SI ( ) NO ( )
   1.3. Una enfermedad crónica que requiere medicación y tratamiento de por vida SI ( ) NO ( )

CUARTA PARTE: Relacionados al costo de la Enfermedad.

1. ¿Le ha tocado a usted comprar sus medicamentos?

   SI ( ) NO ( )

2. ¿Cuenta con apoyo económico de familiares para cumplir con su tratamiento?

   SI ( ) NO ( )

3. ¿Puede usted costear los exámenes de laboratorio?

   SI ( ) NO ( )

4. ¿El sistema de salud a la que usted está afiliado le cubre los medicamentos para su tratamiento?

   SI ( ) NO ( )

5. ¿Se ha interrumpido su tratamiento por la falta de medicamentos?

   SI ( ) NO ( )

QUINTA PARTE: Relacionados al equipo de Salud.

1. ¿El médico que lo atiende responde a sus preguntas e inquietudes sobre su enfermedad y tratamiento?

   SI ( ) NO ( )

2. ¿El centro de Salud le proporciona el medicamento para su tratamiento?

   SI ( ) NO ( )

3. ¿Entiende las indicaciones médicas dadas verbalmente y por escrito acerca del tratamiento?

   SI ( ) NO ( )

QUINTA PARTE: Relacionados a la actitud del paciente frente a la enfermedad.

1. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?

   SI ( ) NO ( )

2. ¿Se ha sentido motivado/da a cumplir con el tratamiento?

   SI ( ) NO ( )

3. ¿Se ha sentido deprimido/da por padecer la enfermedad?

   SI ( ) NO ( )

4. ¿Debido a la enfermedad, ¿ha notado cambio en su estilo de vida?

   SI ( ) NO ( )

5. ¿Cree usted que la enfermedad lo ha limitado en sus actividades diarias?

   SI ( ) NO ( )

6. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?

   SI ( ) NO ( )

7. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?

   SI ( ) NO ( )

8. ¿Pertenece algún programa de seguimiento o apoyo en el tratamiento?

   SI ( ) NO ( )

9. ¿Las distancias de su casa o trabajo al consultorio le dificultan el cumplimiento de sus citas?

   SI ( ) NO ( )

SEXTO PARTE: Relacionados a la adherencia.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?

   SI ( ) NO ( )

2. ¿Toma sus medicamentos a la hora indicada por su médico?

   SI ( ) NO ( )

   2.1. Lo toma en ayunas ( )

   2.2. Luego del desayuno ( )

   2.3. En cualquier horario ( )

   2.4. Antes de acostarse ( )

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?

   SI ( ) NO ( )

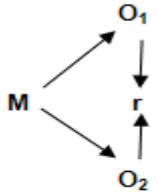
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

   SI ( ) NO ( )

ANEXO 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: "FACTORES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPOTIROIDEOS DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE PUCALLPA – AÑO 2020".

PROBLEMA	OBJETIVO	MARCO TEÓRICO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
Problema General ¿Cuáles son los factores relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de octubre en Pucallpa durante el 2020? **Problemas Específicos** ¿Cuáles son los factores personales relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020? ¿Cuáles son los factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020?	**Objetivo General** Determinar los factores relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020. **Problemas Específicos** Identificar los factores personales relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020. Definir los factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020.	**A nivel internacional** Sánchez (2012), presento la tesis titulada: Fallo terapéutico de Levotiroxina en el manejo de hipotiroidismo en una Institución de salud de Bogotá D.C: un estudio analítico de prevalencia Llego a la conclusión: Se encontró en la mayoría de participantes problemas de sobrepeso, cuya causa puede estar en la falta de control del hipotiroidismo o en otros factores como mala dieta, sedentarismo, aspectos genéticos y otros. Las principales situaciones referidas por los participantes y en sus historias clínicas son gastritis, colon irritable y dislipidemia. La dislipidemia por soporte bibliográfico es el	H1. Existen los factores relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020. H0: No existen los factores relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020.	**Variable Independiente** Factores Relacionados **Variable Dependiente** No Adherencia	**Tipo de investigación: Cuantitativa** **Nivel de investigación:** Correlacional **Método:** Descriptivo **Diseño de investigación:** Descriptivo – Correlacional  **Donde:** **M** = Muestra **O1** = Variable 1 **O2** = Variable 2 **r** = Relación entre variables

¿Cuáles son los factores farmacológicos relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020?	Establecer los factores farmacológicos relacionados a la no adherencia tratamiento en pacientes hipotiroideos del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa durante el 2020.	más relacionado con el fallo terapéutico.			

ANEXO 4

SOLICITUD DE PERMISO PARA APLICAR LA ENCUESTA

SOLICITUD: REALIZAR ENCUESTAS A PACIENTES ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE AÑO 2019.

Pucallpa 10 de agosto de 2019.

Psic Rosaura Salinas Rojas

Jefa del Centro de salud 9 de octubre.

10 AGO 2019
a:00

Por medio del presente documento le expreso mi cordial saludo y a la vez exponer los siguiente:

Soy Silvia Antonia Ruiz Lozano, alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, identificada con DNI: 72718640.

Con miras a presentar mi proyecto de investigación y posterior tesis, SOLICITO se me brinde facilidades conjuntamente con mi equipo encuestador para realizar encuestas a los adultos mayores atendidos ambulatoriamente en el Centro de Salud 9 de octubre, datos que servirán para mi tesis titulada: ***"FACTORES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPOTIROIDEOS DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE PUCALLPA-2019"***.

Comprometiéndome a brindar la información pertinente a los pacientes y/o familiares sobre el propósito del estudio de investigación, preservando los ambientes de la institución, usando mis propios instrumentos y sobre todo respetar a cada paciente que bajo ***consentimiento informado participarán de forma voluntaria en mi trabajo de investigación***. *Mencionar que durante la obtención de la información estaremos bajo la supervisión de mi asesor el Médico Geriatra Luis Enrique Ciudad Fernández, quien labora como médico asistente en su institución.*

Por los motivos expuestos invoco a su amabilidad para poder realizarlo.

Agradezco anticipadamente su atención y espero su aceptación.

Atentamente

.....

DNI:72718640

SILVIA ANTONIA RUIZ LOZANO