

**República Dominicana  
Universidad Iberoamericana (UNIBE)**



**Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina**

**Tesis de Postgrado para optar por el título de Especialista en Medicina  
Familiar y Comunitaria**

**FACTORES RELACIONADOS AL ABANDONO DE LOS CHEQUEOS  
PERIÓDICOS EN PACIENTES HIPERTENSOS, EN TIEMPOS DE COVID 19,  
QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA  
DURANTE EL PERIODO ABRIL –MAYO 2022.**

**Realizado por:**

**Dr. Frankeli Reinoso Reinoso 19-1042**

**Dra. Estherbania Díaz Espinal 19-1079**

**Asesorado por:**

**Dra. Matilde Peguero Payano**

**Santo Domingo, Distrito Nacional**

**Septiembre 2022**

Los conceptos expuestos en la presente investigación son de la exclusiva responsabilidad de los autores.

## CONTENIDOS

<b>RESUMEN</b> .....	<b>I</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>II</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>III</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>VI</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA</b> .....	<b>3</b>
1.1 Planteamiento del problema .....	4
1.2 Preguntas de investigación.....	5
1.3 Objetivo.....	6
1.3.1 Objetivo General.....	6
1.3.2 Objetivos Específicos .....	6
1.4 Justificación .....	7
<b>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>8</b>
2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Marco conceptual .....	10
2.2.1 Cita médica o encuentro programado. ....	10
2.2.2 Consulta médica.....	10
2.2.3 Hipertensión arterial y el papel de la atención primaria de salud.....	12
2.2.4. Hipertensos y chequeos periódicos.....	13
2.3 Contextualización. ....	19
2.3.1 Servicio Nacional de Salud (SNS).....	19
2.3.2 Reseña Socio-demográfica. ....	20
2.3.3 Reseña Geográfica.....	21
2.3.4 Reseña Institucional. ....	21
<b>CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	<b>23</b>
3.1 Tipo de Estudio. ....	24
3.2 Variables.....	24
3.2.1 Variable Dependiente. ....	24
3.2.2 Variables independientes. ....	24

3.2.3 Operacionalización de las Variables.....	25
3.3 Métodos y Técnicas de Investigación.....	27
3.4 Instrumento de Recolección de Datos.....	27
3.5 Universo, Población y Muestra. '.....	28
3.6 Criterios de Inclusión.....	28
3.7 Criterios de Exclusión.....	28
3.8 Consideraciones Ética.....	28
3.9 Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos.....	29
<b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....</b>	<b>46</b>
5.1 Discusión.....	47
5.2 Conclusión.....	49
<b>CAPÍTULO 6: RECOMENDACIONES.....</b>	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAFÍAS.....</b>	<b>52</b>
<b>APÉNDICES.....</b>	<b>VII</b>
Anexo 1: Instrumento de Recolección de datos.....	VII
Anexo 2: Cronograma de Actividades.....	X
Anexo 3: Presupuesto de Proyecto de Investigación.....	XI
Anexo 4: Consentimiento Informado.....	XII
Anexo 5: Tablas adicionales.....	XIV

## Resumen

**Introducción:** El problema del abandono de la consulta de seguimiento periódico por parte de los pacientes crónicos, como son los hipertensos, se ha considerado durante mucho tiempo como un inconveniente que interrumpe el plan de atención de los proveedores. **Metodología:** Este es un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal y prospectivo. El objetivo consistía en identificar los factores relacionados al abandono de los chequeos periódicos en pacientes hipertensos, que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Marcelino Vélez Santana durante el periodo abril –mayo 2022. Con metodología cuantitativa se utilizó la técnica: entrevista estructurada, y como instrumento: un cuestionario cerrado. **Resultados:** se examinó una muestra de 150 pacientes hipertensos, 61.3% (n=92) de los pacientes pertenecían al sexo femenino, el 82% (n=123) de los pacientes cumple con los criterios para haber incurrido en “abandono”, el abandono es más frecuente en pacientes con edades entre 30-49 años (93.3%), los resultados encontrados señalan que dejar de tomar la medicación (86.3%), está relacionado significativamente ( $p=0.02$ ) con el abandono. **Conclusión:** la edad, obesidad, tiempo con diagnóstico de hipertensión y el olvido de la medicación son factores relacionados al abandono de la consulta de seguimiento periódico.

**Palabras claves:** Hipertensión arterial, Abandono, Consulta de seguimiento.

## **Abstract**

**Introduction:** The problem of abandonment of the regular follow-up consultation by chronic patients, such as hypertensive patients, has been considered for a long time as an inconvenience that interrupts the care plan of providers. **Methodology:** This is a descriptive, observational, cross-sectional and prospective study. The aim was to identify the factors related to the abandonment of periodic check-ups in hypertensive patients, who attend the family and community medicine consultation of the General Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana during the period April-May 2022. With quantitative methodology it was achieved the structured interview technique and a closed questionnaire as an instrument. **Results:** a sample of 150 patients was examined a sample of 150 hypertensive patients was examined, 61.3% (n=92) of the patients were female, 82.0% (n=123) of the patients met the criteria to have incurred “abandonment”, abandonment is more frequent in patients aged between 30-49 years (93.3%), the results found indicate that stopping taking the medication (86.6%) is significantly related ( $p=0.02$ ) to abandonment. **Conclusion:** age, obesity, time with a diagnosis of hypertension and forgetfulness of the medication are factors related to the abandonment of the periodic follow-up consultation.

**Keywords:** Arterial hypertension, Abandonment, Follow-up consultation.

## DEDICATORIA

**A Dios**, por su amor infinito y tu inagotable misericordia, sin usted nada de esto fuese posible, gracias por siempre cuidar de mi aun en los momento en que yo me he alejado de ti, usted se ha mantenido fiel, eres todo para mí.

**A mi padre: Diógenes Francisco Díaz**, a tí te dedico mis esfuerzo y luchas del día a día por alcanzar un peldaño más. Gracias infinitas por todo lo bueno que me diste, sé que desde lo cielo debes de estar más que orgulloso de este nuestro logro. Te extraño cada día, cuanto daría por desfilas junto a ti como en los viejos tiempos.

**A mi madre: María Espinal Tejada**, por enseñarme con tus ejemplos que no existen las metas sin obstáculos, por brindarme tu amor y apoyo incondicional en cada momento de este proceso, aun cuando pensé que ya no había otra opción más que rendirme, tu estuviste como escudo confiando en que lo lograría y que esto también pasaría. Te amo mami.

**A mi compañero de vida: José Alberto Aquino**, el que hayas llegado a mi vida sin duda ha sido uno de esos regalos que el señor me envía, vida mía, mi negro en esta y en la otra vida te volviera a elegir para que juntos disfrutemos del sacrificio y el trabajo de ambos. Solo puse las manos para este logro, pero ambos pusimos las herramientas. Siempre juntos. Te amo.

**A mis hijos: Jarolyn Peralta y Emmanuel Peralta**, mis pichones amados por ser pacientes y entender que la distancia no significa falta de amor sino más bien sacrificios que hacemos por lo que más amamos. Gracias por ser mi fortaleza, mi razón fundamental de siempre querer dar lo mejor por y para ustedes.

**A mis hermanos: Estheisy M. Díaz y Ethauris F. Díaz**, por ayudarme a luchar por mis sueños, por estar para mí con esas manos incondicional que solo el amor de hermanos lo hace. Aun en medio de todas las dificultades y tristeza que hemos pasado juntos, el Señor nos ha permitido prevalecer en su amor. Los amo.

***A mis amigos de residencia: Frankeli Reinoso, Bianca Cabral, Odalis Serraty y Leticia Graciano***, la vida me ha dado la oportunidad de conocerlos y hacer de ustedes parte de vida y seres amados, en estos 3 años el Señor me ha bendecido por regalarme amistades que están cuando reímos, pero también cuando lloramos. Gracias por llegar a mi vida y quedarse para siempre. Los quiero.

***A mis amigas: Katherine Reyes, Annoris Sena, Raidy Vargas, Julia Vargas, Belkis Ruiz, Indiana Garcia***, por estar desde el principio de este proceso, por tantos días de estudios, sueño, cansancio, pero siempre firme en que todo pasaría. Este también forma parte de sus logros.

***Personas Especiales: Albania Cabrera, Melida Espinal, Maira Taveras, Jose Alberto Aquino***, gracias por formar parte de esta trayectoria, por confiar en mí y brindarme sus palabras alentadoras, aun cuando la vida se tornó difícil de continuar, el tenerlo ahí y escuchar sus palabras de fortaleza me ha permitido continuar de pie. Los estimo y les estaré eternamente agradecida.

**Dra. Estherbania Díaz Espinal**

**A Dios**, que sin su protección nada es posible, por la fortaleza que nos da, y por colocar en el camino a las personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo este periodo de formación y culminar con éxitos la meta trazada en tres años.

**A mis padres: Josefina y Francisco**, porque han sido la base de mi formación, han aportado grandes cosas a mi vida y me han ayudado a enfrentar la gran tarea de encarar a la sociedad. Sin su apoyo, su cariño y comprensión, nada de esto hubiese sido posible. Siempre han estado junto a mí, en todos los momentos difíciles de mi vida, anteponiendo mis necesidades a las suyas, para verme cumplir este sueño que más que mi triunfo, es nuestro, y gracias a ellos soy lo que ahora soy y con el esfuerzo de ellos y mi esfuerzo ahora puedo ser un gran profesional y seré un gran orgullo para ellos.

**A mis hermanas: Eridania y Odettis**, porque adquirí de ellas el don de la paciencia y la reflexión, por compartir alegrías y tropiezos de los cuales salimos triunfadores. Siempre he contado con ellas, para brindarme su apoyo.

**A mi compañera y amiga: Estherbania Díaz**, por su amistad pura, apostar a mí y creer en la belleza y la grandeza de mis sueños, porque mucha gente ha entrado y salido de mi vida a lo largo de los años, pero ella ha dejado sus huellas en mi corazón.

**A mis compañeros de la residencia de Medicina Familiar: Odalis Serraty, Bianca Cabral, Leticia Graciano, Sindy Villanueva, Naira Severino, Francis Ramírez, Elba Nuñez y Yermi Hiraldo**, por acompañarme en estos tres años de residencia, donde en ocasiones nos quejamos y otras veces nos divertimos, reímos, gozábamos de la vida y siempre nos manteníamos con mucha energía para seguir adelante. Junto a ustedes fortalecí mi liderazgo y habilidades. Y a ti, **Katherine Reyes** por embellecer el valor de nuestra amistad con tú cálida sonrisa, humildad, sencillez y compasión.

**Dr. Frankeli Reinoso Reinoso**



## AGRADECIMIENTOS

***A Dios Todopoderoso***, por habernos dado la fortaleza, inteligencia y disposición para emprender este proyecto de vida y terminarlo con éxito.

***A la Universidad Iberoamericana (UNIBE)***, por ser la fuente receptora de este proyecto y permitirnos ser parte de su programa de formación, y capacitarnos académicamente para ser profesionales competentes.

***Al Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana***, nuestra casa, quienes nos adoptaron y nos abrieron sus puertas y mostraron sus pasillos llenos de enseñanza. Permittiéndonos como escuela, desarrollar nuestras capacidades, habilidades y cada practica desde sus instalaciones, así como cumplir cada día con el deber moral y ético que se me inculcó desde el primer día.

***A nuestro coordinador***, quien se convirtió en una gran guía, doy gracias por cada una de sus lecciones y enseñanzas, no pude haber tenido una mejor guía.

***A nuestra asesora***, por habernos brindados su tiempo, dedicación y dirección, facilitándonos de esa manera parte de sus experiencia y conocimientos.

***A cada uno de los médicos especialistas***, por su acogida y por los conocimientos aportados a nuestra formación de forma desinteresada.

**FACTORES RELACIONADOS AL ABANDONO DE LOS CHEQUEOS PERIÓDICOS EN  
PACIENTES HIPERTENSOS, EN TIEMPOS DE COVID 19, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE  
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DR.  
MARCELINO VÉLEZ SANTANA.**

## Introducción

Se entiende por “chequeos periódicos” o seguimiento médico en salud, como supervisar la salud de una persona a lo largo del tiempo durante o después de un tratamiento por parte de un profesional de la salud con licencia. (1)

El seguimiento oportuno de los pacientes es vital para garantizar que avancen con el plan de tratamiento prescrito, como someterse a pruebas y tomar sus medicamentos. (2) Además de aumentar la probabilidad de un resultado positivo, un seguimiento médico es fundamental para minimizar los problemas de seguridad y responsabilidad. (3)

Las citas de seguimiento de rutina para la revisión médica son un aspecto importante de la atención médica. Proporcionan una vía importante para la educación del paciente, la titulación de la medicación y la detección temprana de complicaciones. (4) Desafortunadamente, los pacientes no se benefician al máximo de los programas de manejo de enfermedades porque la calidad de la atención actualmente se ve afectada por los altos niveles de citas médicas perdidas, también conocidas como "ausencia". (5)

La literatura ha establecido que las tasas de citas médicas pérdidas son inaceptablemente altas. La prevalencia de citas médicas perdidas varía según los países, el sistema de atención médica y los entornos clínicos, pero en promedio se pierden entre el 5 y el 55 % de las citas médicas programadas. (6)

La falta y pérdida de cita médica es común entre los pacientes ambulatorios hipertensos. Durante la pandemia de COVID-19 y las restricciones de confinamiento, la atención regular para pacientes con hipertensión no estuvo disponible o se retrasó en muchas regiones del mundo. Datos recientes de la encuesta de los 52 centros de excelencia (CE) de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH), incluidos 20 países europeos y tres no europeos, mostraron que el número de pacientes tratados por semana disminuyó en un 90 % desde una mediana de 50 antes de la pandemia a una mediana de cinco durante la pandemia. Cabe destacar que el 60 % de los pacientes declararon acceso limitado a consultas médicas y el 85% de los CE reportaron un cierre de nueve semanas. (7)

Muchos pacientes con enfermedades crónicas, incluidos aquellos que padecen de hipertensión arterial, enfrentaron barreras significativas para acceder a la atención debido a que durante la pandemia de COVID-19 y las consiguientes medidas de confinamiento afectaron profundamente

muchos aspectos de la vida cotidiana, incluida la salud general, la situación social y económica. (8) Esto también se refiere al manejo de enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión, y su autocontrol por parte de los pacientes afectados. Sin embargo, la ausencia o la pérdida de chequeos o consultas médicas periódicas no es un fenómeno nuevo, ni específicamente característico de la era del COVID-19.

Por razones directamente relacionadas a lo que se ha descrito, el siguiente trabajo de investigación se propuso explorar aquellos factores relacionados al abandono de los chequeos periódicos en pacientes hipertensos, en tiempos de COVID-19, que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.

**CAPÍTULO 1**  
**EL PROBLEMA**

## 1.1 Planteamiento del problema

El chequeo o la cita médica perdida se ha considerado durante mucho tiempo un problema de funcionamiento de los servicios ambulatorios que interrumpen el plan de atención de los proveedores de salud. (9) Las citas perdidas constituyen un desafío para los médicos y administradores clínicos porque es una fuente de ineficiencia y desperdicio de recursos en los establecimientos de salud. (10)

Las enfermedades crónicas, como la hipertensión, requieren un compromiso de por vida con la medicación y citas programadas para revisión médica de rutina. (11) El abandono o ausentismo ante la cita médica, representa un problema mayor en pacientes hipertensos debido a que la hipertensión es el factor de riesgo más importante de enfermedades cardiovasculares. (12-13) El manejo adecuado de condiciones como la hipertensión es importante para prevenir complicaciones graves que puedan causar un aumento de la morbilidad y la mortalidad. (14-15)

La literatura documenta diferentes razones para explicar por qué los pacientes faltan a sus citas médicas. El olvido de la cita ha sido la razón más popular y comúnmente citada. Los problemas logísticos informados incluyen dificultades de transporte, viajes de larga distancia a la clínica, problemas para salir del trabajo, cuidado de niños, etc. (16)

En muchas ocasiones en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana se pueden ver en las salas de emergencias, internamiento o UCI, pacientes presentando complicaciones mórbidas y a veces hasta la muerte, por eventos asociados a su condición de hipertensión descompensada, desenlaces que pudieran ser sin duda evitados, con un buen seguimiento y control de su enfermedad. Por estos motivos se realizó la presente investigación de manera que se pueda inquirir sobre qué determinantes están relacionadas con el abandono de la atención médica. La misma se llevó a cabo en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, lugar apropiado dado al alto flujo de pacientes que buscan ayuda con relación a la enfermedad crónica no transmisible, como lo es la hipertensión arterial.

Y así se plantea la siguiente interrogante:

**¿Cuáles son los factores relacionados al abandono de los chequeos periódicos en pacientes hipertensos, en tiempos de COVID-19, que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana?**

## 1.2 Preguntas de Investigación

1. ¿Cuál será la relación entre el abandono de los chequeos periódicos y las variables Socio-demográficas del paciente hipertenso que acude a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana?
2. ¿Cuál será la relación entre el tiempo con el diagnóstico de hipertensión y el abandono de los chequeos periódicos en el paciente hipertenso que acude a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana?
3. ¿Habrá alguna relación entre las comorbilidades y el abandono de los chequeos periódicos en el paciente hipertenso que acude a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana?
4. ¿Habrá alguna relación entre olvidar tomar los medicamentos y el abandono de los chequeos periódicos en el paciente hipertenso que acude a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana?
5. ¿Cuáles son los principales motivos detrás del abandono de los chequeos periódicos en el paciente hipertenso que acude a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana?

## **1.3 Objetivos.**

### **1.3.1 Objetivo General**

Identificar los factores relacionados con el abandono de los chequeos periódicos en pacientes hipertensos, en tiempos de COVID-19, que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

1. Determinar la relación entre el abandono de los chequeos periódicos y las variables Socio-demográficas del paciente hipertenso que acude a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.
2. Identificar la relación entre tiempo con el diagnóstico de hipertensión y el abandono de los chequeos periódicos en el paciente hipertenso que acude a la consulta de medicina familiar y comunitaria.
3. Determinar la relación entre las comorbilidades y el abandono de los chequeos periódicos en el paciente hipertenso que acude a la consulta de medicina familiar y comunitaria.
4. Demostrar la relación entre el olvido de los medicamentos y el abandono de los chequeos periódicos en el paciente hipertenso que acude a la consulta de medicina familiar y comunitaria.
5. Descubrir los principales motivos detrás del abandono de los chequeos periódicos en el paciente hipertenso que acude a la consulta de medicina familiar y comunitaria.



#### **1.4. Justificación**

Según el Plan Nacional de prevención y Control de las enfermedades no transmisibles (2019-2024), en la encuesta de Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Cardiovascular en República Dominicana en el año 2017 se encontró que un 31% de dominicanos mayores de 18 años padecen hipertensión arterial; siendo la prevalencia mayor en mujeres (32 %) y para los hombres (29.7%). (17)

Dada la situación, la hipertensión arterial proporciona mayor consumo de recursos en general y un alto número de consultas, principalmente en el ámbito de Atención Primaria. (8)

La hipertensión, es causa de morbilidad cardiovascular, se encuentran entre las principales enfermedades crónicas en el mundo. Esta afección crónica común requiere un seguimiento regular a largo plazo como estándar de atención médica. (18)

La falta de asistencia a las citas ambulatorias impide la prestación de atención médica adecuada a estos pacientes. Esto puede correlacionarse con un control deficiente de su enfermedad crónica, (19) mayor riesgo de ingresos hospitalarios, (20) disminución de la eficiencia clínica y mortalidad. (21)

Por lo tanto, es importante determinar las razones detrás de la mala asistencia a la consulta externa en pacientes con enfermedades crónicas, particularmente en hipertensos.

Por las razones anteriormente expuestas, este trabajo abordó los factores relacionados al abandono de los chequeos periódicos en pacientes hipertensos, en tiempos de COVID-19, que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Marcelino Vélez Santana.

**CAPÍTULO 2**  
**MARCO TEÓRICO**

## 2.1 Antecedentes

**Nwabuo Chike, et al**, en el 2014 en Maryland. Los resultados obtenidos fueron: las características de los pacientes que se asociaron de forma independiente con una mayor probabilidad de incumplimiento de la cita incluyeron, no terminar la escuela secundaria e incumplimiento de la medicación. (22)

**Akinniyi Aje et al**, en el 2017, en Nigeria. Los resultados obtenidos fueron: los motivos de las citas médicas perdidas incluyen olvidos, falta de fondos para el transporte, compromisos contradictorios. (23)

**Park C**, en el 2019, en Estados Unidos. Estos encontraron que los pacientes que fueron atendidos por médicos que no reconocieron los problemas de salud tenían más probabilidades de evitar la atención médica, y aquellos que no estaban satisfechos con la información brindada por sus médicos sobre su salud tenían más probabilidades de evitar la atención médica. Tener problemas con el acceso a la atención debido a los costos aumentó la probabilidad de evitar la atención médica. (24)

**Rayson Rui Sheng** realiza una revisión sistemática en el 2019. Resultados obtenidos: 36 motivos para inasistencia al seguimiento médico (FUNA, por sus siglas en ingles) en pacientes diabéticos e hipertensos. factores como, relaciones interpersonales de desdén, y relaciones interpersonales temerosas se encontraron asociados con FUNA. El control deficiente de la enfermedad se asoció positivamente con FUNA. Factores de medicación asociados con FUNA incluyeron la falta de adherencia a la medicación, la dificultad para pagar la medicación, haber experimentado efectos secundarios de los medicamentos y altos cargos por medicamentos al momento del alta hospitalaria. Las razones relacionadas con el paciente incluyeron: compromisos laborales, tener una agenda apretada o tener citas alternativas, la incapacidad de pagar los gastos, haber olvidado su cita o dificultades de transporte. (25)

**Bidisha Das, et al**, en el 2020 realizan estudio. Los resultados obtenidos fueron: No sentirse enfermo o no experimentar ningún síntoma fue la razón principal por la que los pacientes no regresaron a la clínica, seguida por la lejanía del centro. Entre otras razones, la falta de instrucciones/orientación del establecimiento, la enfermedad aguda entre los pacientes y el largo

tiempo de espera en los establecimientos. La mayoría de estos pacientes continuaron el tratamiento de otras fuentes, y la mayoría prefirió clínicas privadas. (26)

**Viviana Rivera Romero**, en el 2021 en Colombia. Como factores de inasistencia se encontraron: Olvido, insuficiencia en los recordatorios de citas que utiliza la institución. (27)

## **2.2 Marco conceptual**

### **2.2.1 Cita médica o encuentro programado.**

Significa un día y una hora programados para que un médico u otro profesional de la salud autorizado evalúe o trate a una persona. El acceso oportuno es importante para obtener buenos resultados médicos. También es un determinante importante de la satisfacción del paciente. (28)

Los encuentros programados con pacientes incluyen visitas de atención primaria y especializada, así como cirugías electivas. En cada uno de estos entornos, el proceso de programación de citas (asignación de un horario específico en el que el paciente está programado para comenzar a recibir atención) es diferente. El primero, que ocurre principalmente en clínicas de atención primaria, se puede dirigir a una instalación alternativa si la clínica en cuestión está muy ocupada. Sin embargo, los pacientes quirúrgicos y de atención especializada urgente a menudo necesitan ser tratados lo antes posible. El objetivo de un sistema de citas bien diseñado es brindar acceso oportuno y conveniente a los servicios de salud para todos los pacientes. (28)

Cada uno de los servicios de atención primaria, atención especializada y hospitalario tienen ciertas características únicas que dan lugar a diferentes desafíos para la gestión de citas. En el entorno de atención primaria, la gran mayoría de los pacientes requieren servicios que se puedan realizar dentro de un período de tiempo fijo. (28)

### **2.2.2 Consulta médica.**

La consulta médica se centra en la relación médico-paciente, es un proceso multidimensional y complejo. Protocolo estándar en el que el médico explora a nivel subjetivo y objetivo una necesidad (preocupación, malestar, dolor, sufrimiento o daño) del paciente, haciendo uso de su conocimiento,

experiencia, sensibilidad, intuición y conciencia para establecer un diagnóstico y establecer un plan de solución a un problema de falta de salud. (29)

### **2.2.2.1 Elementos de la consulta.**

Este protocolo puede tener un marco escolástico que durante siglos ha presidido la práctica de la consulta: anamnesis, examen físico, diagnóstico, pronóstico, y tratamiento. (30)

Donde la anamnesis es la toma del historial médico personal de un paciente. El médico le hace preguntas al paciente sobre las enfermedades, quejas y trastornos presentes y su curso. Los pacientes también deben proporcionar detalles sobre sus condiciones de vida actuales y enfermedades anteriores. Mientras que el examen físico es el proceso de evaluación de los hallazgos anatómicos objetivos mediante el uso de la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación. La información obtenida debe integrarse cuidadosamente con la historia y la fisiopatología del paciente. (30)

### **Tiempo de la consulta médica**

La duración del encuentro es un campo determinado por necesidades, inquietudes, obligaciones, indicadores, metas, gestión, entre otros. La duración del tiempo de consulta es en promedio de 6,9 a 12,4 minutos de acuerdo algunos estudios. (31)

### **2.2.2.2 Seguimiento médico o chequeo periódico.**

El seguimiento se enmarca dentro del encuentro médico programado, este tiene como objetivo supervisar la salud de una persona a lo largo del tiempo durante o después de un tratamiento por parte de un profesional de la salud con licencia. (22-27)

En el caso de los pacientes hipertensos se recomienda visitas de seguimiento en intervalos de 3 a 6 meses, dependiendo si su condición médica está controlada o no (descompensada). (32) Las enfermedades concomitantes o la presencia de complicaciones, pueden incluso acortar el periodo entre una visita y otra, esto es a criterio del clínico. (25)

## **Beneficios del chequeo médico periódico.**

En primer lugar, la atención mantiene a los pacientes más saludables y genera resultados de atención positivos. En segundo lugar, también puede ayudar a disminuir los reingresos hospitalarios mediante la atención de seguimiento temprana. Cuando se realizan controles regulares posteriores al alta ayudan a detectar complicaciones de manera temprana y mitiga los problemas crecientes, lo que mantiene a los pacientes fuera del hospital. (22-27)

### **2.2.3 Hipertensión arterial y el papel de la atención primaria de salud.**

La presión arterial alta o hipertensión arterial, se define como la medición de la tensión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg y tensión arterial diastólica  $\geq 90$ –99 mmHg. (32) Esta es un factor de riesgo importante de enfermedad vasculo-cerebral, infarto de miocardio, enfermedad vascular y enfermedad renal crónica. (33)

La hipertensión es causa principal para desarrollar enfermedades cardiovasculares y causa de muerte prematura en todo el mundo. Según el Plan Nacional de Prevención y Control de las enfermedades no transmisibles (2019-2024), en la encuesta de Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Cardiovascular en República Dominicana en el año 2017 se encontró que un 31% de dominicanos mayores de 18 años padecen hipertensión arterial; siendo la prevalencia mayor en mujeres y para los hombres. (34)

La mayor parte de la atención médica preventiva y la detección temprana para el manejo de enfermedades se lleva a cabo en el entorno de atención primaria de la salud. Los establecimientos de atención primaria de la salud se encuentran en la primera línea de la atención de salud y están en una posición ideal para proporcionar un contacto regular con los pacientes y aplicar las medidas preventivas y la continuidad de la atención que las personas necesitan para prevenir o retrasar las discapacidades resultantes de condiciones de salud crónica. (35)

Los establecimientos de atención primaria de salud pueden brindar un paquete definido de servicios para prevenir y controlar la hipertensión que consiste en: información, educación y comunicación relacionadas con un estilo de vida saludable y una nutrición adecuada, servicios de control del tabaquismo y chequeos médicos regulares. Los médicos de atención primaria de la salud pueden detectar la hipertensión, mapear los casos diagnosticados, establecer un sistema de seguimiento

basado en la comunidad, tratar la hipertensión y emprender la gestión de emergencia pertinente. (35)

#### **2.2.4. Hipertensos y chequeos periódicos.**

##### **2.2.4.1 Pacientes hipertensos y beneficios del chequeo periódico.**

Las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial requieren un compromiso de por vida con la medicación y citas programadas para revisión médica de rutina. El manejo adecuado de estas condiciones es importante para prevenir complicaciones graves que podrían causar un aumento de la morbilidad y la mortalidad. (22-27)

Las citas de seguimiento de rutina para la revisión médica son un aspecto importante de la atención médica. Proporcionan una vía importante para la educación del paciente, titulación de medicamentos y detección temprana de complicaciones. (25-26)

#### **Recomendaciones para un buen control.**

Existen diferentes recomendaciones a tomar en cuenta del paciente hipertenso, de manera que de forma ambulatoria y sumado al tratamiento farmacológico se pueda mantener bajo control la condición de hipertenso. (36)

Las modificaciones en el estilo de vida son esenciales para la prevención de la presión arterial (PA) alta y, por lo general, estos son los pasos iniciales para controlar la hipertensión. Los estudios de epigenética señalan la prevalencia de la hipertensión perpetrada por factores del estilo de vida, como el consumo de dietas ricas en grasas y/o sal y la inactividad física. Por lo tanto, como alternativa a los medicamentos, se hace hincapié en las modificaciones del estilo de vida y del comportamiento para la prevención, el tratamiento y el control de la hipertensión. Estos incluyen pérdida de peso, moderación del consumo de alcohol, una dieta con más frutas y verduras frescas, reducción de grasas saturadas, reducción del consumo de sal y aumento de la actividad física. (37)

#### **Ejercicios físicos.**

La inactividad física y el sobrepeso son características comunes en las sociedades occidentales. Está claro que la actividad física reduce la presión arterial ambulatoria diurna y en reposo. En

ensayos clínicos de personas con hipertensión, la actividad aeróbica regular redujo la presión arterial sistólica en un promedio de 6,9 mmHg y la presión arterial diastólica en 4,9 mmHg. (38)

Existe una asociación directa entre la presión arterial y el peso corporal y/o la adiposidad abdominal. Los estudios de pérdida de peso muestran que se pueden lograr reducciones clínicamente significativas de la presión arterial mediante una pérdida de peso modesta en personas con y sin hipertensión y que la reducción de la presión arterial es proporcional a la pérdida de peso. Cada reducción del 1 % en el peso corporal reduce la presión arterial sistólica en un promedio de 1 mmHg. Perder 4,5 kg reduce la presión arterial o previene la hipertensión en una gran proporción de personas con sobrepeso, mientras que perder 10 kg puede reducir la presión arterial sistólica entre 6 y 10 mmHg. En pacientes hipertensos con sobrepeso, las dietas adelgazantes pueden lograr una disminución del 3 al 9% del peso corporal y puede reducir la presión arterial sistólica y diastólica en aproximadamente 3 mmHg. (39)

### **No fumar.**

Fumar es un fuerte factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiovascular. Se reconoce que dejar de fumar es una de las intervenciones de estilo de vida más efectivas para prevenir enfermedades cardiovasculares y muertes prematuras. Fumar provoca un aumento inmediato de la presión arterial y la frecuencia cardíaca que persiste durante más de 15 minutos después de un cigarrillo. Las personas que fuman muestran niveles de presión arterial ambulatoria más altos que los no fumadores. (40)

### **Alcohol.**

La evidencia de los beneficios cardiovasculares del consumo moderado de alcohol ha sido cuestionada por un metaanálisis reciente. Independientemente de este debate, está surgiendo evidencia de que todos los niveles de ingesta de alcohol aumentan la presión arterial. Reducir el consumo de alcohol puede reducir la presión arterial sistólica en un promedio de 3,8 mmHg en pacientes con hipertensión. (41)



## **Dieta.**

En personas no hipertensas, incluidas aquellas con prehipertensión, los cambios en la dieta que reducen la PA tienen el potencial de prevenir la hipertensión y, en términos más generales, reducir la PA y, por lo tanto, reducir el riesgo de complicaciones clínicas relacionadas con la PA. Además, en la hipertensión en etapa I sin complicaciones, los cambios en la dieta sirven como tratamiento inicial antes de la terapia con medicamentos. Entre las personas hipertensas que ya están en terapia con medicamentos, los cambios en la dieta, pueden reducir aún más la PA y facilitar la reducción gradual de la medicación. En general, el grado de reducción de la PA de las terapias dietéticas es mayor en los hipertensos que en los no hipertensos. (41)

Hay evidencia débil que sugiere que la pérdida de peso combinada con una reducción del sodio en la dieta puede ser más eficaz para reducir la presión arterial que evitar la sal sola. Las dietas bajas en sal en combinación con diuréticos tiazídicos pueden predisponer a los pacientes de edad avanzada a la hiponatremia, por lo que los electrolitos deben controlarse regularmente. (41)

## **Alimentación saludable.**

Las reducciones de la presión arterial en personas con y sin hipertensión pueden lograrse mediante un patrón de alimentación saludable basado en la dieta del Enfoque Dietético para Detener la Hipertensión (DASH, por sus siglas en inglés), además de una ingesta reducida de sal, productos lácteos grasos y fibra dietética, mientras que es bajo en sodio dietético, colesterol y grasas saturadas. (42)

El suplemento de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 (aceite de pescado) en dosis altas (al menos 3 g/día) también puede reducir la presión arterial en personas hipertensas. La evidencia es insuficiente para recomendar suplementos de calcio y magnesio o aumentar la ingesta de fibra dietética solo (por ejemplo, tomar fibra suplementaria en lugar de aumentar la ingesta de frutas y verduras) para reducir la presión arterial. (42)

## **Control del colesterol.**

Mantener niveles saludables del colesterol y derivados séricos, han demostrado reducir el progreso de la hipertensión. La meta a reducir depende del grado de hipertensión y la presencia de otras comorbilidades como la diabetes u otro factor de riesgo cardiovascular. (43)

#### **2.2.4.2 Abandono de chequeos periódicos por pacientes hipertensos.**

El abandono al chequeo periódico se ha definido como el ausentarse a la consulta en un número de veces suficiente para no alcanzar el 80% del ideal teórico concebido por el médico tratante. Esto de acuerdo a la fórmula propuesta por Villalva (25):

- Número de citas acudidas/número de citas teóricas x 100.

El problema de la cita médica perdida se ha considerado durante mucho tiempo un problema de funcionamiento de la clínica ambulatoria que interrumpe el plan de atención de los proveedores. (24)

El abandono en hipertensos se ha correlacionado con un control deficiente de la enfermedad crónica, (22) mayor riesgo de ingresos hospitalarios, (23) disminución de la eficiencia clínica (24) y mortalidad (26). Es una barrera importante para la prestación eficaz de atención médica, porque cuando los pacientes faltan a las citas médicas programadas, se interrumpe la continuidad de la atención, el seguimiento adecuado del estado de salud y aumenta el costo de los servicios de salud. Las citas perdidas constituyen un desafío para los médicos y administradores clínicos porque es una fuente de ineficiencia y desperdicio de recursos en los establecimientos de salud. (36)

La falta a las citas médicas es común entre los pacientes ambulatorios. La literatura ha establecido que las tasas de citas médicas perdidas son inaceptablemente altas. La prevalencia de citas médicas perdidas varía según los países, el sistema de atención médica y los entornos clínicos, pero en promedio se pierden entre el 5 y el 55 % de las citas médicas programadas. (36)

#### **2.2.4.3 Factores relacionados al abandono en pacientes hipertensos.**

Se han citado varias razones para explicar por qué los pacientes faltan a sus citas médicas. Olvidar la cita ha sido la razón más popular y comúnmente citada. Los problemas logísticos informados incluyen dificultades de transporte, viajes de larga distancia a la clínica, problemas para salir del trabajo, cuidado de niños, etc. (26)

### **Olvido.**

El olvido ha sido una de las principales razones alegadas por los pacientes como factor contribuyente a la falta de la cita médica. Cuando el olvido se repite, contribuye al abandono. El olvido es un factor que se evidencia principalmente en los más avanzados de edad. (44)

### **Problemas de transporte.**

El transporte poco confiable fue otra razón por la que los pacientes no asisten a sus citas programadas. Muchos de los pacientes no poseen un vehículo y tienen que depender de familiares y/o amigos para que los lleven a sus citas. (44)

### **Problemas de salud personal.**

Los problemas de salud personal son una de las razones por las que se pierde una cita. Buena parte de las respuestas explicadas por los pacientes es que, debido al empeoramiento de los síntomas clínicos, algunos pacientes carecían de fuerza física para acudir a sus citas programadas. (44)

### **Obligaciones familiares y patronales.**

El trabajo, la familia y otros compromisos a menudo tienen prioridad sobre la salud personal, especialmente cuando se trata de atención ambulatoria. Algunos pacientes perciben estas prioridades contrapuestas como más importantes que cumplir con sus citas programadas. (44)

### **Problemas financieros.**

La literatura menciona que la carga financiera es uno de los motivos también mencionados por los pacientes; el paciente al tener escasos recursos prioriza otros gastos y deja de asistir a la consulta. (44)

### **Largo tiempo de espera.**

Algunos pacientes se quejan a veces del largo tiempo de espera entre una cita y otra del seguimiento. Se pueden mostrar ansiosos por saber qué tan rápido podría progresar la enfermedad. Esto ha sido notificado como causa de movilización de centro y ausencia o abandono de consulta. (44)

### **Percepción de los pacientes sobre enfermedad factible de resolución automática.**

Muchos pacientes describen una sensación de urgencia al programar una cita. Sin embargo, una vez que los participantes notan una leve mejoría en su salud, comienzan a dudar y a preguntarse si deben esperar para la cita, especialmente si habían transcurrido varios días desde que se programó la cita. Este caso es más común en pacientes hipertensos de recién diagnóstico con ninguna otra morbilidad ni complicaciones. (44)

### **Creer en las personas que los rodean más que al médico.**

Los pacientes revelan que no tenían conocimiento de la causa, el tratamiento o el resultado de su enfermedad. Como resultado, fueron fácilmente engañados por las opiniones de sus familiares o amigos. Dejaron de escuchar la opinión del médico tratante. (44)

### **Actitud ciegamente optimista hacia la enfermedad.**

La falta de una comprensión profunda de la enfermedad significaba que, mientras su condición no afecta su vida diaria, los pacientes no estarían alerta a los riesgos potenciales y la gravedad de su enfermedad. Así, los pacientes deciden que no es necesario acudir a la siguiente cita médica. (44)

### **Respuesta emocional negativa.**

Los estudios dictaminan que los pensamientos y sentimientos experimentados son barreras para algunos pacientes, las principales causas que impiden su asistencia. Estas barreras emocionales incluyeron: preocupaciones acerca de los efectos secundarios futuros de los tratamientos y sentimiento de desconfianza hacia el médico. (44)

### **Otros factores relacionados con el abandono.**

Diferencias en género y edad, en revisiones sistemáticas no han tenido relación estadística significativa, sin embargo, hay algunos que han señalado su vínculo con el ausentismo en chequeos periódicos; se explica que en relación al género, las diferencias en cuanto a los roles en el hogar constituyen una carga mayor a la mujer por lo cual las razones de obligaciones familiares, cuidado de los niños, etc., hacen que el género, particularmente ser mujer, sea un factor relacionado con el abandono. (26)

La literatura sobre salud y comportamiento ha señalado que el correr riesgo suele ser inversamente proporcional a la edad, esto pudiera explicar cómo en aquellos estudios donde ha resaltado la variable edad en asociación al ausentismo y abandono, suelen ser corresponden a intervalos de edad menor en los estudios. (26)

La adherencia al tratamiento ha sido señalada por algunos, tener relación inversa con el ausentismo. (26) La literatura es basta señalando la aparición de complicaciones en pacientes con hipertensión descontrolada y esta misma con la falla de adhesión a las medidas terapéuticas, incluida la asistencia a consulta periódica. (33)

Otros factores que registra la literatura en resumen han sido: estado mental, demografía, consumo de alcohol y tabaco, conocimientos/creencias/actitudes y otros. Los factores del estado mental que se asociaron con FUNA (inasistencia de seguimiento) incluyeron pacientes que tenían relaciones interpersonales de desprecio, en las que sentían la necesidad de ser independientes y no se sentían cómodos confiando en los demás; y relaciones interpersonales temerosas, donde los pacientes tenían miedo a la intimidad por miedo al rechazo. (26)

## **2.3 Contextualización.**

### **2.3.1 Servicio Nacional de Salud (SNS).**

El SNS es una entidad pública, la misma tiene autonomía administrativa, financiera, técnica y personalidad jurídica. El SNS se encuentra adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (45)

La creación del Servicio Nacional de Salud se remonta al 16 de julio del 2015, la Ley 123-15 dio cabida a su creación. Las funciones del SNS son: asegurar la efectividad, administrativa, financiera y técnica de los Servicios Regionales de Salud. (45)

### **Niveles Organizativos y Funcionales.**

El SNS de manera estructural se compone de tres niveles organizativos y funcionales, esto lo hace para poder abarcar las diferentes necesidades de salud de la población dominicana y sus casi 11 millones de habitantes, y así asegurar el acceso a la salud. (45)

Los 3 niveles son:

1. El nivel Central, este tiene las funciones de gestión de los diferentes Servicios Regionales de Salud (SRS).
2. El nivel Regional, se conforma por los nueve SRS.
3. El nivel Operativo, la función de este es la de proveedor de servicios de salud. (45)

### **División de Servicios Regionales de Salud.**

Hoy en día, existen nueve Servicios Regionales de Salud, estos son: (45)

1. SRS Este
2. SRS Nordeste
3. SRS EL valle
4. SRS Cibao Central
5. SRS Cibao Occidental
6. SRS Metropolitano
7. SRS Valdesia
8. SRS Enriquillo
9. SRS Norcentral

### **2.3.2 Reseña Socio-demográfica.**

Se estima que en el país casi un 33% de la población adulta sufre de hipertensión arterial (HTA). Los hombres tienen mayores porcentajes de HTA que las mujeres. La población de 45 años o más, tienen mayores porcentajes de HTA en comparación con los que tenían 18 a 44 años. (46)

El Hospital General Dr. Marcelino Vélez Santana, pertenece a la Dirección de Área de Salud (DAS) VIII, el mismo está ubicado en el municipio de Santo Domingo Oeste. El DAS VIII se encuentra dentro de las principales áreas con alta prevalencia de pacientes hipertensos (47%), esto hace que exista gran fluencia en el área de consulta externa de medicina familiar de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. (47)

### **2.3.3 Reseña Geográfica.**

El área geográfica que se conoce como Santo Domingo Oeste (Donde está localizado el Hospital General Dr. Marcelino Vélez Santana), es un municipio perteneciente a la ciudad de Santo Domingo, se puebla por primera vez cerca del año 1606, por migración de esclavos que eventualmente poblaron la zona. El municipio de Santo Domingo Oeste tiene un área de superficie de 54.0 km<sup>2</sup>, con una densidad poblacional de 6,728 hab/km<sup>2</sup>. (47)

### **2.3.4 Reseña Institucional.**

#### **2.3.4.1 Reseña Hospital General Marcelino Vélez Santana.**

La construcción se inicia en el año 1997, realizándose la inauguración de este en el año 2000 sin haber finalizado su equipamiento, lo que impidió que se iniciara la operación de este inmediatamente. El Hospital General Dr. Marcelino Vélez Santana, es creado por el decreto 148-02, emitido por el poder ejecutivo, como centro de tercer nivel inició sus funciones en el año 2003, el 12 de enero para ser más precisos. El nombre que lleva el hospital lo hace en honor a un distinguido profesor y medico dominicano. (48)

### **Servicios ofrecidos**

Se ofrecen servicios de emergencias y hospitalización las 24 horas del día, y los treientos sesenta y cinco (365), días del año. Además, ofrece los servicios de: Anestesiología, Cardiología, Cirugía Bariátrica, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Dermatológica, Cirugía General, Cirugía Maxilo-Facial, Cirugía Ortopédica (Reemplazo Articulares), Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica Y Reconstructivas, Cirugía Torácica, Cirugía Urología, Cirugía Vascular Periférica, Citología, Endocrinología, Endocrinología Pediátrica, Epidemiología, Gastroenterología, Geriátrica, Ginecología Y Obstetricia, Hematología, Infectología, Inmunología Y Alergia, Intensivista, Medicina Familiar Y Comunitaria, Medicina Interna, sonografía, Nefrología. Neumología, Neurocirugía, Neurología, Neuro-Oftalmología, Nutrición, Oftalmología, Oncología, Ortopedia Y Traumatología, Otorrinolaringología, Anatomía Patológica, Pediatra Gastroenterólogo, Pediatra Hematólogo, Pediatra Gastroenterólogo, Pediatra Neumólogo, Pediatra Perinatología, Proctología, Psiquiatría, Psicología, Radiología Urología, Bioanálisis, farmacéutico, odontología, ortodoncia, implantología oral, odontopediatría, odontología general, prótesis dental, higiene oral, endodoncia laboratorio dental, cámara hiperbárica. (49)

## **Marco Espacial**

El Hospital General Dr. Marcelino Vélez Santana se encuentra ubicado en la avenida Isabel Aguiar #141, esto es en el sector de Herrera, el mismo pertenece al Municipio de Santo Domingo Oeste, Republica Dominicana. Se encuentra delimitado al sur con la calle San Antón, al Norte avenida Las Palmas, al Oeste Avenida Isabel Aguiar y al este Avenida Luperón. (48)



**CAPÍTULO 3**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

### **3.1 Tipo de Estudio.**

Se trató de un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal y prospectivo que tiene como objetivo identificar los factores relacionados al abandono de los chequeos periódicos en pacientes hipertensos, en tiempos de COVID-19, que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana durante el periodo abril –mayo 2022.

### **3.2 Variables.**

#### **3.2.1 Variable Dependiente.**

Abandono de los chequeos periódicos en pacientes hipertensos.

#### **3.2.2 Variables independientes.**

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Nivel de educación
- Ingresos económicos
- Tiempo de enfermedad diagnosticada.
- Comorbilidad
- Olvido de medicamentos
- Motivo de abandono

### 3.2.3 Operacionalización de las Variables

<b>Variables</b>	<b>Tipos y subtipos</b>	<b>Definición de variables</b>	<b>Indicadores Dimensiones</b>
Abandono de los chequeos periódicos	Cualitativa nominal	Ausentarse a la consulta en un número de veces suficiente para no alcanzar el 80% del ideal teórico concebido por el médico tratante. Esto de acuerdo a la fórmula propuesta por Villalva, et al.	Sí No
Edad	Cuantitativa Discreta	Cuantía de años cumplidos al momento de la entrevista.	Años cumplidos
Sexo	Cualitativa nominal	Cualidad binaria fenotípica que diferencia las distintas manifestaciones biológicas en el humano.	Masculino Femenino
Procedencia	Cualitativa nominal	Lugar donde se reside.	Zona Urbana Zona Rural
Nivel de educación	Cualitativa ordinal	Nivel académico logrado al momento de la entrevista.	Analfabeto Nivel Primario Nivel Secundario Nivel Técnico Nivel Universitario Nivel Profesional
Ingresos económicos	Cualitativa ordinal	Cuantía de dinero recibido en periodicidad mensual.	Ninguno Menos de 10 mil Entre 10- 20 mil Más de 20 mil

Tiempo de enfermedad diagnosticada	Cuantitativa Discreta	Cantidad de tiempo en años, en la que al paciente se le reconoce padecer de alguna enfermedad, reconocimiento dado por un profesional de la salud y testificado por el paciente.	Número de años reconocidos.
Comorbilidad	Cualitativa nominal	Condición clínica desfavorable o patológica que se añade a la enfermedad cardinal del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes Mellitus</li> <li>- EPOC<sup>1</sup></li> <li>- ICC<sup>2</sup></li> <li>- Dislipidemia</li> <li>- ERC<sup>3</sup></li> <li>- Obesidad</li> <li>- Enfermedad Tiroidea</li> <li>- Asma</li> </ul> <p>1.EPOC =Enfermedad pulmonar Obstructiva crónica; 2. ICC= Insuficiencia cardiaca congestiva; 3. ERC= Enfermedad renal crónica</p>
Olvido de medicamentos	Cualitativa nominal	Recordar tomar la medicación asignada para el tratamiento de la enfermedad por parte del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dejó de tomar medicación (Si/no).</li> <li>- Frecuencia de no tomar la medicación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 10 veces</li> <li>- 10 - 20 veces</li> <li>- Más de 20 veces</li> <li>- Indeterminado</li> </ul> </li> </ul>
Motivo de abandono	Cualitativa nominal	Razones que dice el paciente tener como causa del abandono de la consulta de seguimiento periódico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvido de la cita</li> <li>- Situación económica</li> <li>- Distancia desde el hospital/vivir lejos</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad para salir del trabajo</li> <li>- Me sentí bien/Ninguna queja nueva</li> <li>- Demasiado enfermo para asistir</li> <li>- Nadie que me acompañe al hospital</li> <li>- Incapacidad física</li> <li>- Otras</li> </ul>
--	--	--	--

### 3.3 Métodos y Técnicas de Investigación.

Se abordaron directamente a los pacientes que eventualmente formaron parte del estudio, de forma que se pudo dilucidar aquellos datos concernientes al estudio. Se llevó a cabo lo anterior a través de la técnica de la entrevista estructurada, de manera que al abordar al paciente que asiste a la unidad de estudio se pudo identificar los factores de nuestro interés.

### 3.4 Instrumento de Recolección de Datos.

Se utilizó un cuestionario que constó de varias secciones. Una primera dirigida a inquirir los datos demográficos y socioeconómicos del paciente participante, tales como la edad, sexo, procedencia, nivel de educación y cantidad de ingresos mensuales. La segunda trató sobre la salud del paciente, en esta se buscó obtener información sobre comorbilidades presentadas y el tiempo que se tiene con la enfermedad. La tercera y cuarta parte fueron tomadas y adaptadas del estudio de Akinniyi y colaboradores, estas inquieran sobre datos relacionados con asistencia a las citas (segunda sección) y sobre las razones principales de inasistencia a los chequeos periódicos (tercera sección). La quinta parte y última sección del instrumento se relacionó con la determinación del olvido de medicamentos.

### **3.5 Universo, Población y Muestra.**

#### **Universo.**

Estuvo constituido por todos los pacientes que asistieron al Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana durante el período abril - mayo 2022.

#### **Población.**

Fue la cantidad en promedio de 730 pacientes hipertensos que asistieron a la consulta de medicina familiar del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana durante el período abril –mayo 2022.

#### **Muestra.**

Se realizó un muestreo no probabilístico de 150 pacientes hipertensos que asistieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, durante el periodo abril –mayo 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra fue calculada utilizando la modalidad de cálculo de muestra de Epi-Info V7, StatCal, con un diseño de efecto de 1, margen de error del 5% e intervalo de confianza del 95%, con 50% de frecuencia esperada.

### **3.6 Criterios de Inclusión.**

- Pacientes con modalidad de asistencia subsecuente en la consulta.
- Pacientes que sean mayores de 18 años.
- Pacientes con dos o más años con diagnóstico de hipertensión arterial.

### **3.7 Criterios de Exclusión.**

- Pacientes que estén en desacuerdo en participar en la investigación.
- Pacientes que le dificulte llenar el cuestionario.

### **3.8 Consideraciones Ética.**

Esta investigación científica se realizó apegándose a las recomendaciones del comité de ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), por lo que, nos comprometimos con proteger los datos e

informaciones de los pacientes manipulados por el estudio frente a cualquier interés público o privado. Se educaron a cada participante sobre el propósito de la investigación y, a la vez, se orientó que su participación es voluntaria y tendrían la oportunidad de desistir de su participación en el momento que lo desearan. Apegados a la normativa de la ética de cada participante.

Se brindó un consentimiento informado el cual firmaron autorizando a los investigadores a utilizar la información provista. Siempre se garantizó el derecho a toda persona a la privacidad, confidencialidad y seguridad de la información manejada por el equipo involucrado en esta investigación. No se sometieron a ningún proceso o situación que le resultaron hostil (no maleficencia). Se trató en todo momento que el ambiente del interrogatorio fuera propicio y amigable (beneficencia), como también se respetó el tiempo y la situación clínica del paciente (justicia).

Este estudio se sometió al Comité de Ética de investigación de UNIBE para su aprobación y para proceder a la recolección de datos.

### **3.9 Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos.**

Luego de contar con la aprobación de este estudio de investigación por parte del comité de ética de UNIBE, los datos fueron obtenidos en el área de estudio mediante la interacción directa con los pacientes participantes del estudio, esto mismo se llevó a cabo a través del uso de las técnicas e instrumentos ya descritos. Posteriormente los datos fueron procesados mediante la utilización de softwares estadísticos, lo que generó una base de datos que posteriormente fue analizada.

Los softwares utilizados para los fines descritos fueron: Microsoft Excel 2019, Epi-info 7.

La data obtenida y procesada fue analizada mediante el uso de estadísticos descriptivos de tendencia central, la media para datos numéricos y moda para datos categóricos, de manera que se expuso la regularidad en que son presentadas las variables de interés en los participantes, la estadística inferencial fue utilizada para determinar su significancia.

Para comparar variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-Square, adicionalmente para comparar las medias de variables cuantitativas se utilizó la prueba de T de Student.

Adicionalmente se utilizó el paquete estadístico “R” para la estadística inferencial descrita.

**CAPÍTULO 4**  
**RESULTADOS**



## Resultados

En el presente estudio se examinó una muestra de 150 pacientes hipertensos con el objetivo de identificar los factores relacionados con el abandono de los chequeos periódicos. El 61.3% (n=92) de los pacientes pertenecían al sexo femenino, el grupo de edad más abundante era la comprendida entre 50-69 años, en un 56.7% (n=84). El 71.3% de los pacientes tenían procedencia urbana (n=107), el nivel de educación de mayor frecuencia fue el nivel primario, con un 45.3% (n=68). El 56% de los pacientes tenían una calificación de los ingresos considerada “baja”; mientras que el 82% (n=123) cumple con los criterios para haber incurrido en “abandono”. El 54.7% de los pacientes tenían entre 2 a 12 años de tiempo con diagnóstico de hipertensión. La comorbilidad de mayor prevalencia encontrada fue la Diabetes mellitus, en un 36.6% de los pacientes. El 73.3% de los pacientes admitió haber dejado de tomarse la medicación en alguna ocasión; mientras que la frecuencia de “no tomarse” los medicamentos de mayor frecuencia fue “menos de 10 veces”, con un 58.2% de los casos (Ver tabla no.1).

El gráfico no.1 muestra el abandono de las consultas de seguimiento periódico según el sexo, donde se encontró que los pacientes masculinos tenían mayor porcentaje (82.7%) de abandono. El resultado no fue estadísticamente significativo.

En relación al abandono según la edad, se encontró que el grupo de edad entre 30 a 49 años tuvo la mayor proporción (93.3%) de pacientes en abandono, mientras que aquellos con edades entre 50 a 69 años fueron el grupo de edad con la menor proporción (73.8%). Resultados estadísticamente significativos ( $p=0.013$ ). Ver gráfico no.2.

Los resultados sobre el abandono según la procedencia no fueron estadísticamente significativos. La tabla no.4 muestra que los pacientes con procedencia rural tuvieron mayor frecuencia de abandono (83.7%). Ver gráfico no.3.

La relación de la educación con el abandono se muestra en el gráfico no.4. Los pacientes que no recibieron educación académica formal, y aquellos que alcanzaron solo el nivel primario de educación, resultaron tener la menor prevalencia de abandono, 82.3% y 77.9 respectivamente. No se encontró significancia estadística.

En cuanto al abandono y su relación con el nivel de ingresos, no se encontró relación estadísticamente significativa. Los pacientes con calificación de ingresos como Medio-Alto, fueron el grupo de pacientes que incurrió más en el abandono (89.7%). Ver gráfico no.5.

El gráfico no.6 muestra la relación entre los años con diagnóstico de hipertensión y el abandono de la consulta de los chequeos periódicos. Se encontró que aquellos pacientes pertenecientes al grupo con menor cantidad de años con el diagnóstico (2 a 12 años), tenían mayor frecuencia de abandono (90.2%). Se encontró significancia estadística.

La relación entre el abandono y las comorbilidades, se muestran en los gráficos 7 y 8. Se encontró que los pacientes con alguna comorbilidad, tenían mayor frecuencia de abandono (82%), resultado que no fue estadísticamente significativo, sin embargo, cuando la comorbilidad resultó ser la obesidad, se encontró significancia estadística.

El olvido de la medicación y su relación con el abandono se muestran en los gráficos 9 y 10. El grupo de pacientes que admitieron haber dejado alguna vez de tomar su medicación, se vieron más asociados con el abandono (86.3%), resultado estadísticamente significativo ( $p= 0.021$ ). Aquellos que dijeron olvidar tomar la medicación entre 10 a 20 veces, tuvieron mayor frecuencia de abandono (88.8%), sin embargo, este último resultado no fue estadísticamente significativo.

Las principales razones por las cuales los pacientes dicen tener como motivo detrás del abandono de las consultas de seguimiento son: el “olvido de la cita” (39.3%) en primer lugar y “sentirse bien” (21.3%), en segundo lugar, ver gráfico no.12.

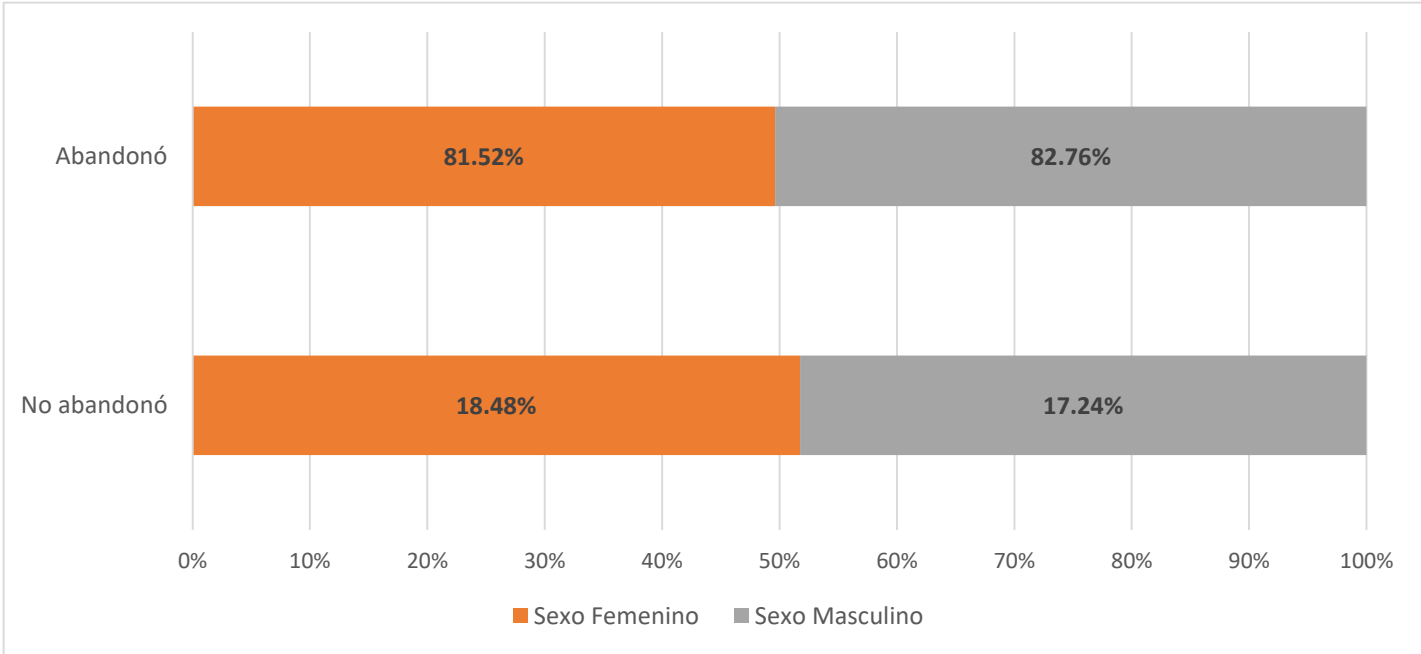
**Tabla. 1- Frecuencia simple de variables utilizadas en el estudio.**

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia relativa (%)</b>	<b>Estadístico descriptivo</b>
<b>Sexo</b>			
Femenino	92	61.3	
Masculino	58	38.7	
<b>Edad</b>			
30-49 años	30	20	Media: 60.3 Mediana: 61 DE: 12.1
50-69 años	84	56	
≥ 70 años	36	24	
<b>Procedencia</b>			
Urbana	107	71.3	
Rural	43	28.7	
<b>Nivel de Educación</b>			
Analfabeto	17	11.3	
Primario	68	45.3	
Secundario	25	16.7	
Técnico	6	4	
Universitario	11	7.3	
Profesional	23	15.3	
<b>Ingresos económicos</b>			
Bajo	84	56	
Medio	27	18	
Medio-Alto	39	26	
<b>Abandono de los chequeos periódicos</b>			
Si	123	82	
No	27	18	
<b>Tiempo de enfermedad diagnosticada</b>			
2 a 12 años	82	54.7	Media: 13.1 Mediana: 11.5 DE: 8.6
13 a 23 años	52	34.7	
24 a 34 años	12	8	
≥ 35	4	2.7	
<b>Comorbilidades</b>			
Diabetes Mellitus	55	36.6	
EPOC <sup>1</sup>	11	7.3	
ICC <sup>2</sup>	10	6.6	
Dislipidemia	29	19.3	
ERC <sup>3</sup>	13	8.7	
Obesidad	24	16	
Enfermedad Tiroidea	14	9.3	
Asma	2	1.3	

<b>Olvido del Medicamento</b>			
<u>Dejó de tomar medicación</u>			
Si	110	73.3	
No	40	26.7	
<u>Frecuencia de no tomar la medicación</u>			
Menos de 10 veces	64	58.2	
10 - 20 veces	27	24.6	
Más de 20 veces	2	1.8	
Indeterminado	17	15.4	
1. EPOC =Enfermedad pulmonar Obstructiva crónica; 2. ICC= Insuficiencia cardiaca congestiva; 3. ERC= Enfermedad renal crónica			

**Fuente:** Directa.

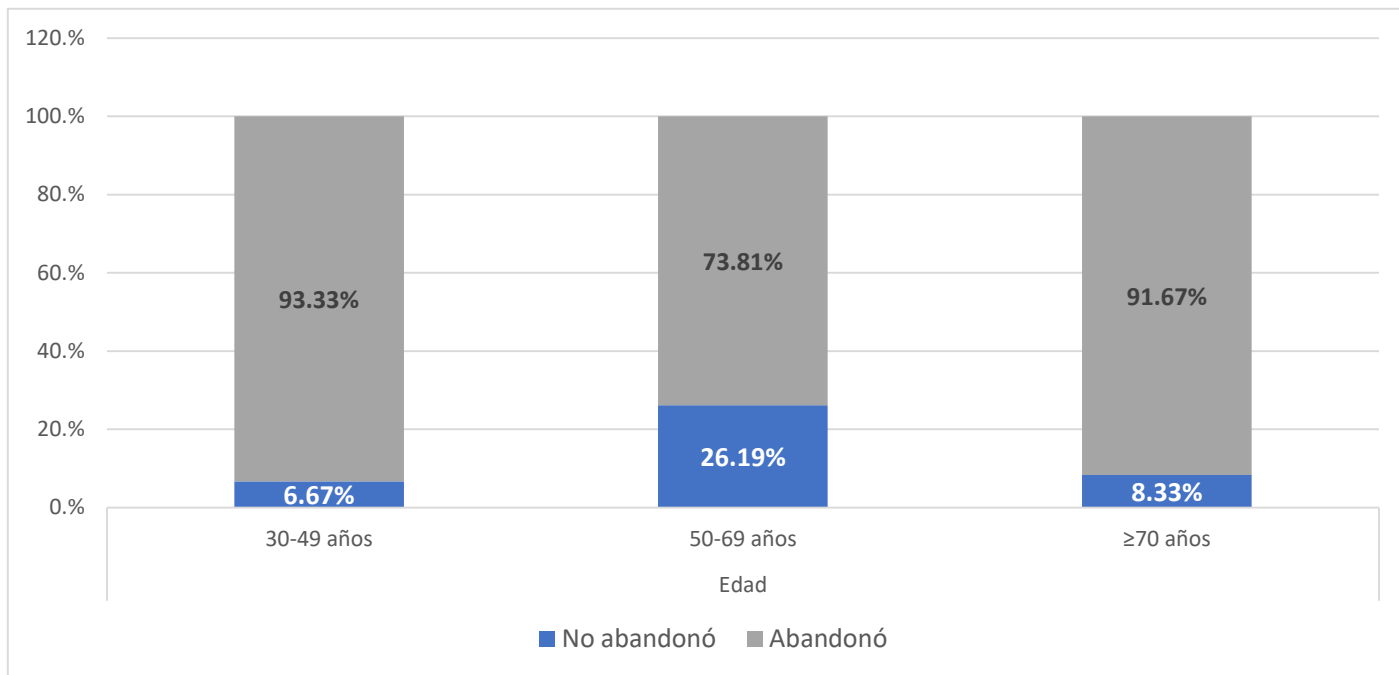
**Gráfico.1- Abandono a los chequeos periódicos según el sexo de los pacientes hipertensos.**



**Fuente:** Directa. Ver anexo, tabla.2

Valor de  $p= 0.848$

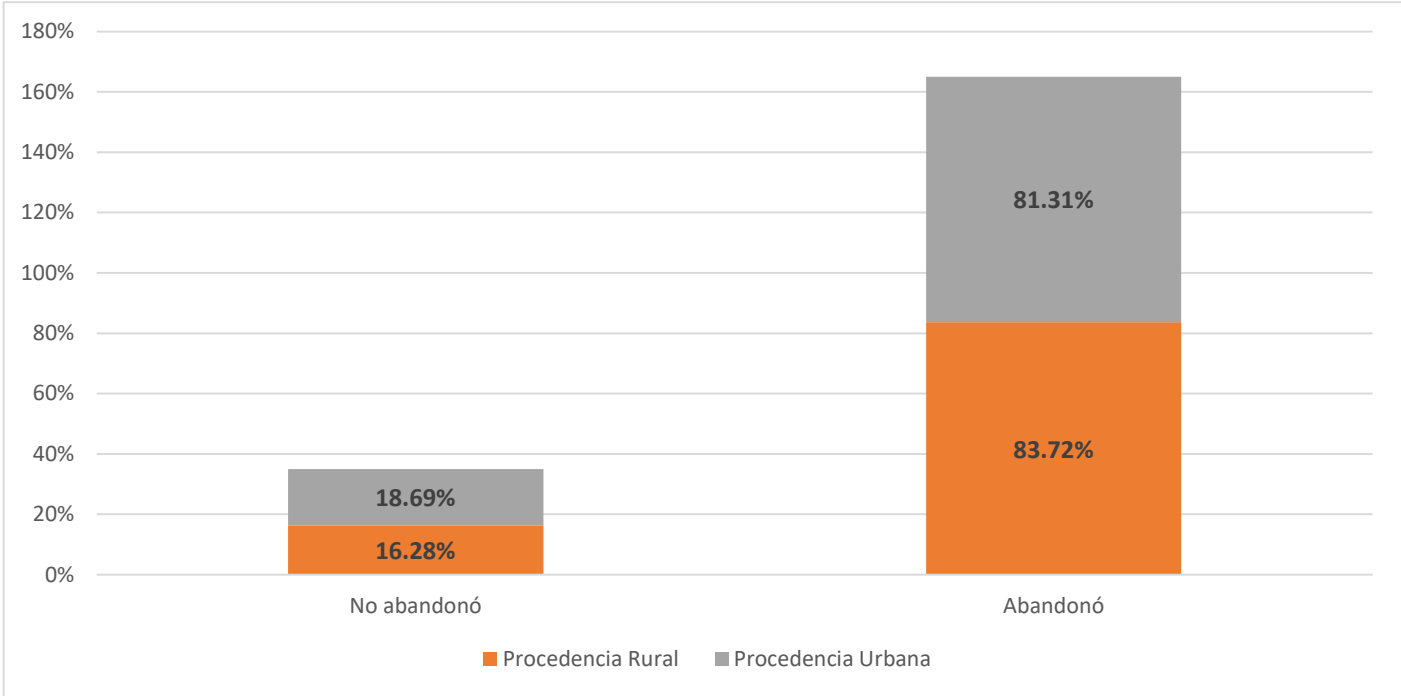
**Gráfico.2- Abandono a los chequeos periódicos según la edad en pacientes hipertensos.**



**Fuente:** Directa. Ver anexo, tabla. 3

Valor de  $p= 0.013$

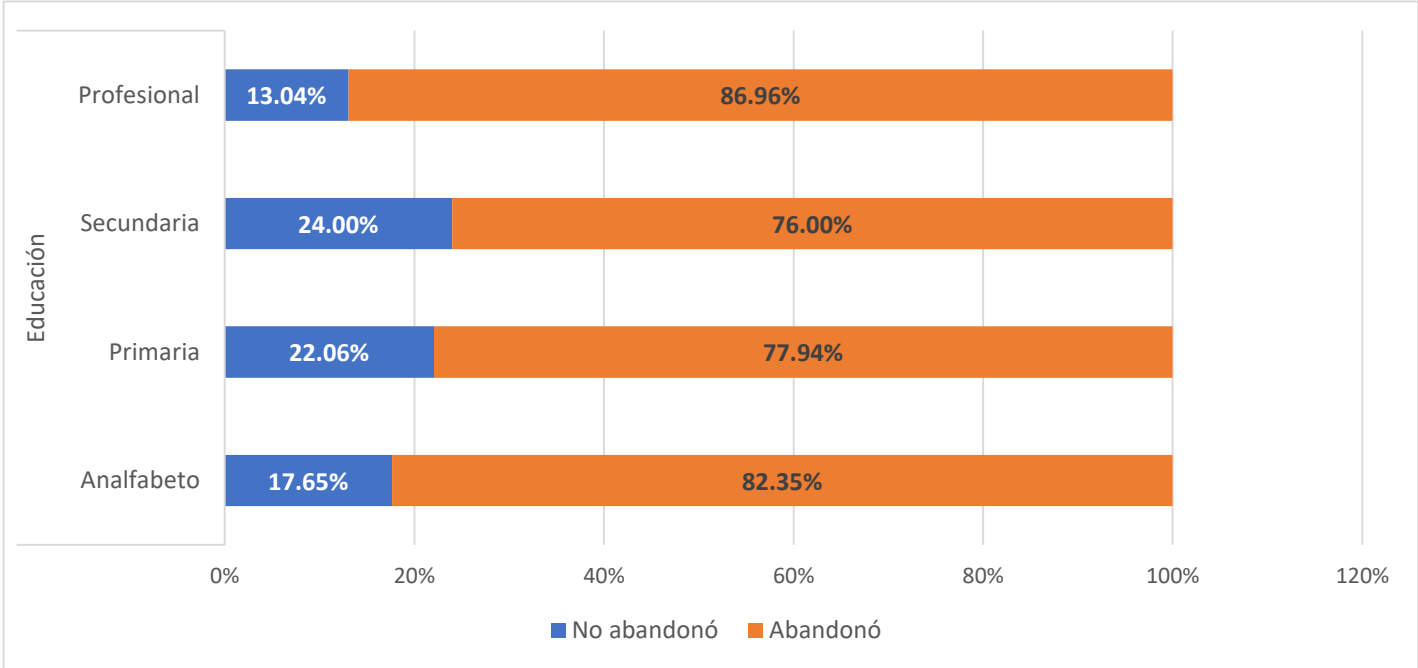
**Gráfico.3- Abandono a los chequeos periódicos según la procedencia de los pacientes hipertensos.**



Fuente: Directa. Ver anexo, tabla.4

Valor de p= 0.728

**Gráfico.4- Abandono a los chequeos periódicos según el nivel de educación en pacientes hipertensos.**

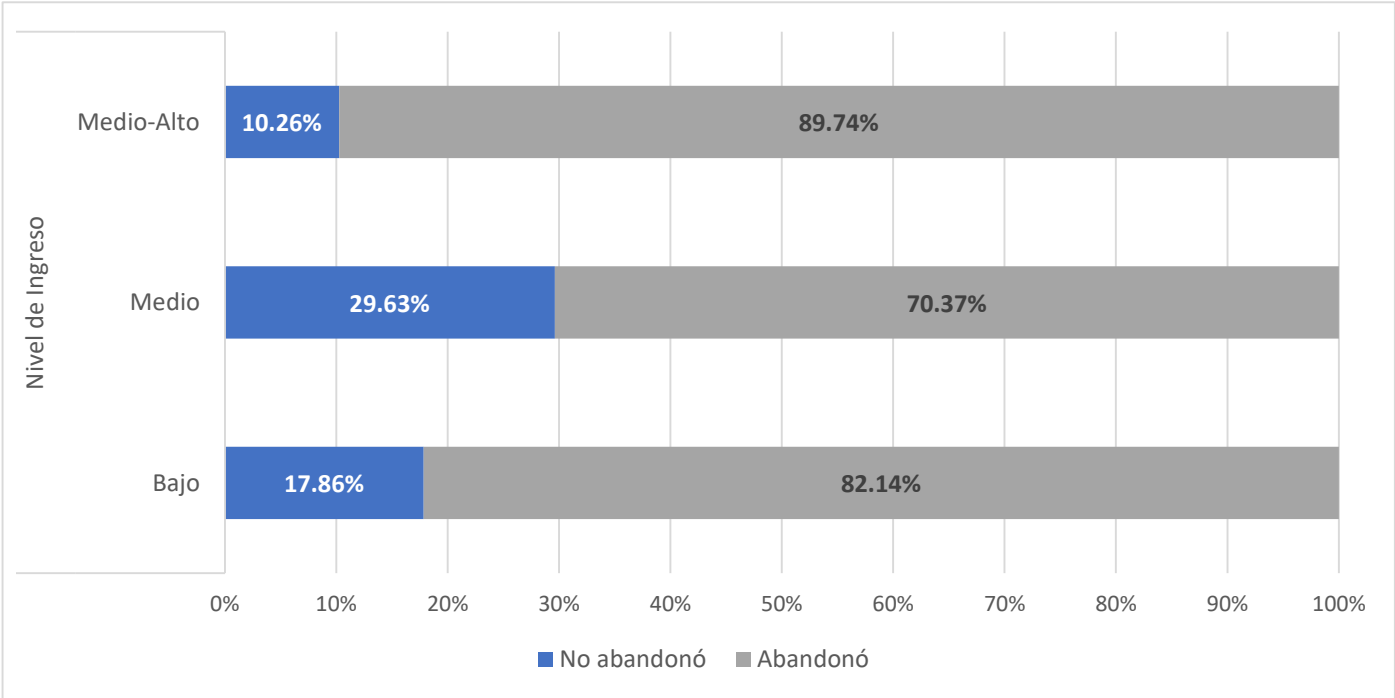


**Fuente:** Directa. Ver anexo, tabla.5

Valor de p= 0.360



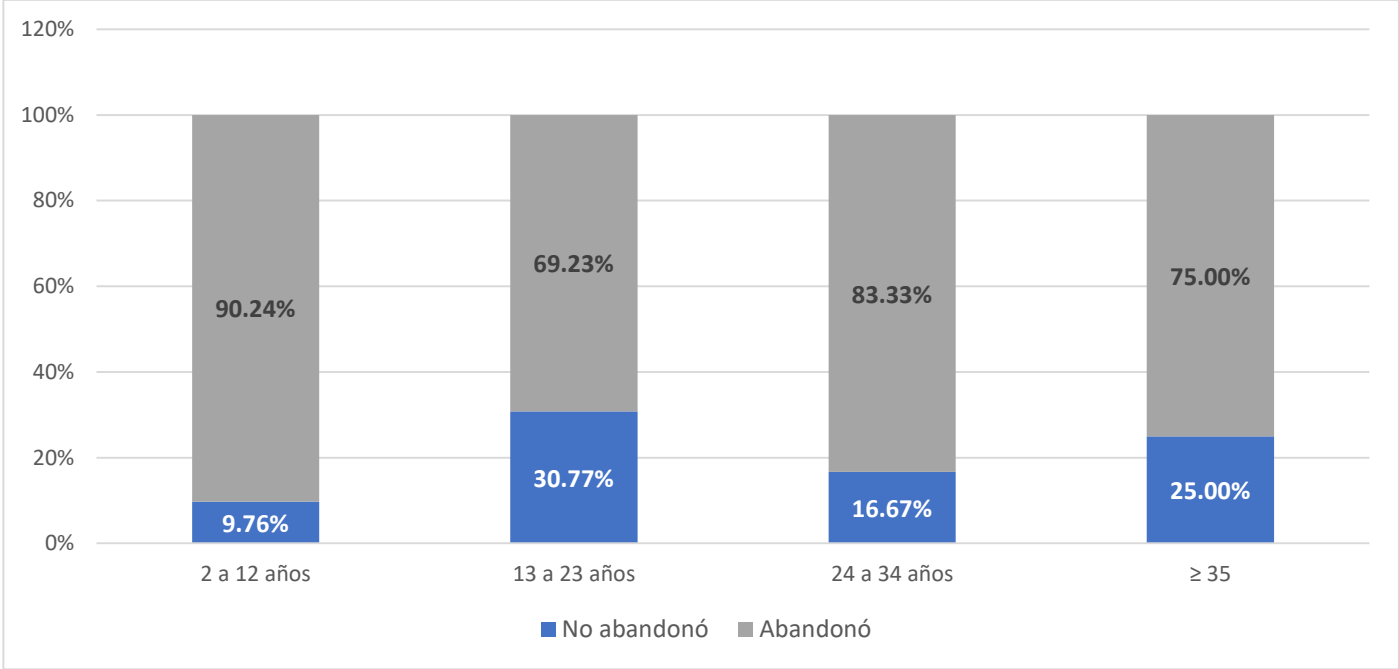
**Gráfico.5- Abandono a los chequeos periódicos según los ingresos en pacientes hipertensos.**



Fuente: Directa. Ver anexo, tabla.6

Valor de p= 0.131

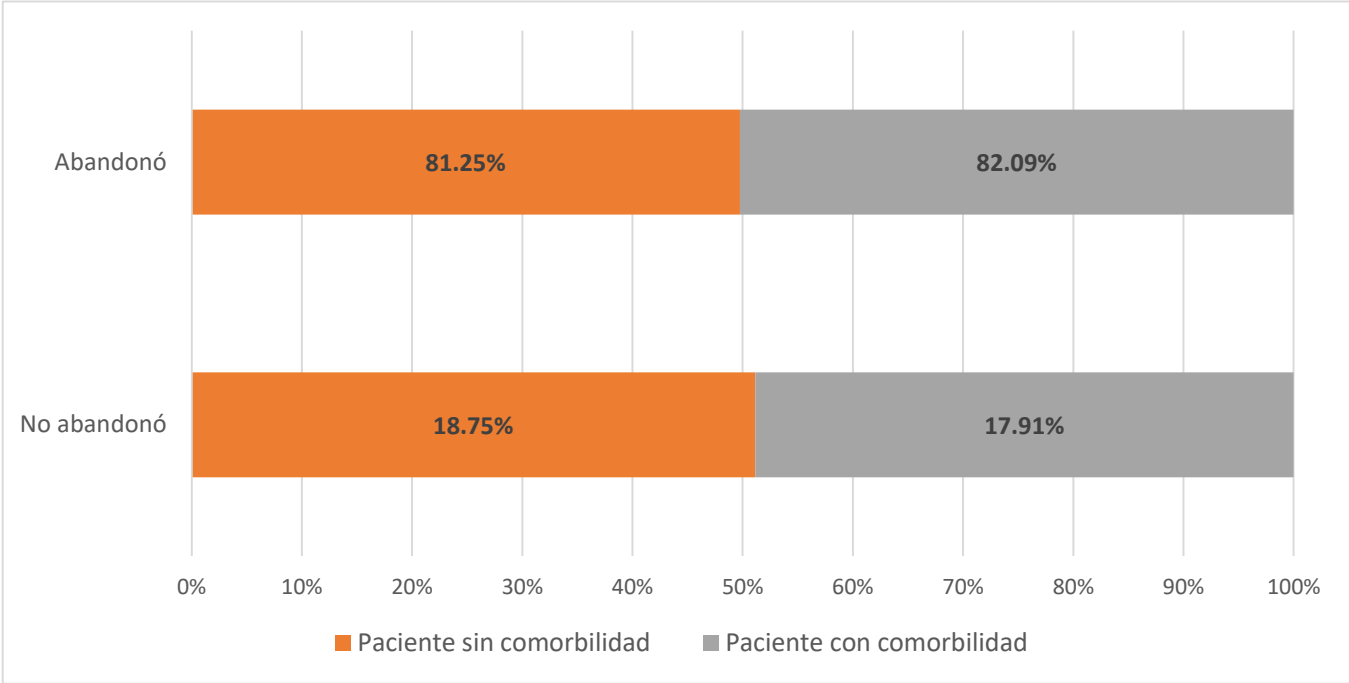
**Gráfico.6- Abandono a los chequeos periódicos según los años de diagnóstico de enfermedad en pacientes hipertensos.**



Fuente: Directa. Ver anexo, tabla.7

Valor de p= 0.022

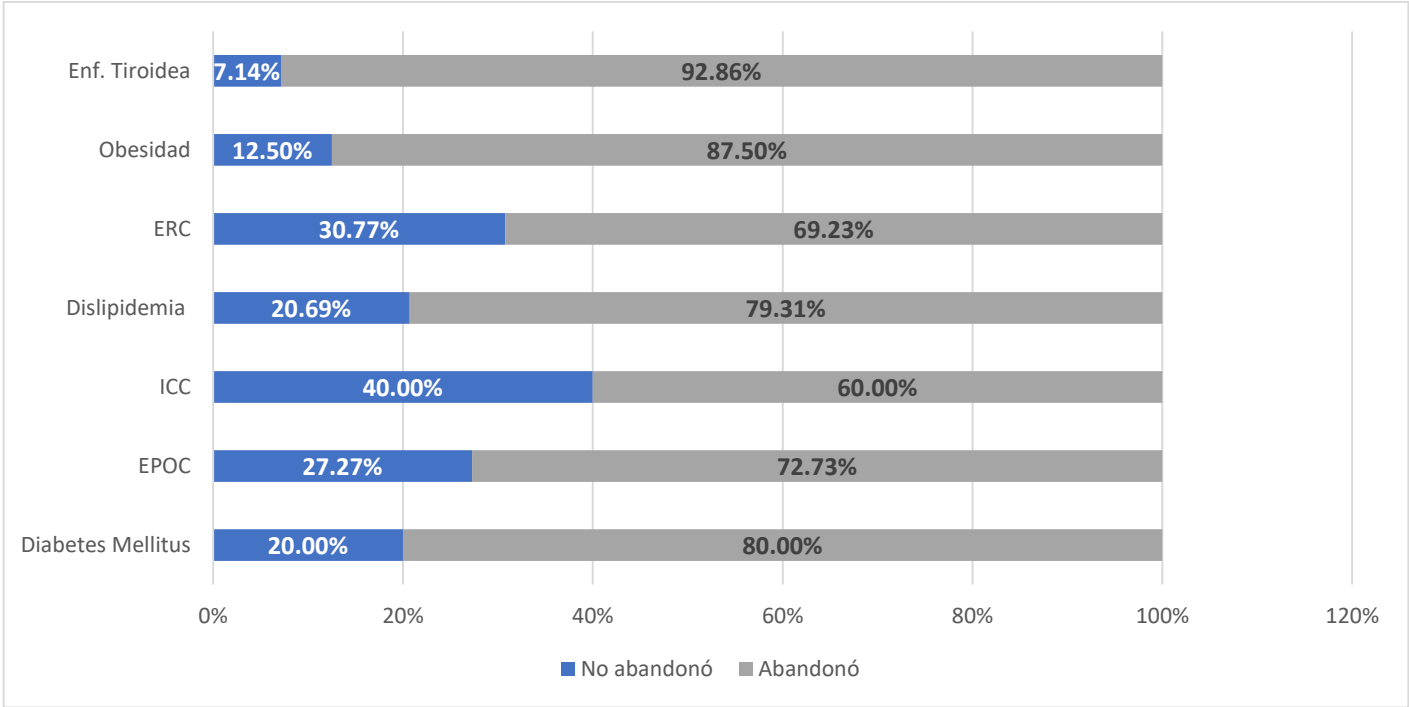
**Gráfico.7- Abandono a los chequeos periódicos según la presencia de comorbilidades en los pacientes hipertensos.**



Fuente: Directa. Ver anexo, tabla.8

Valor de p= 0.934

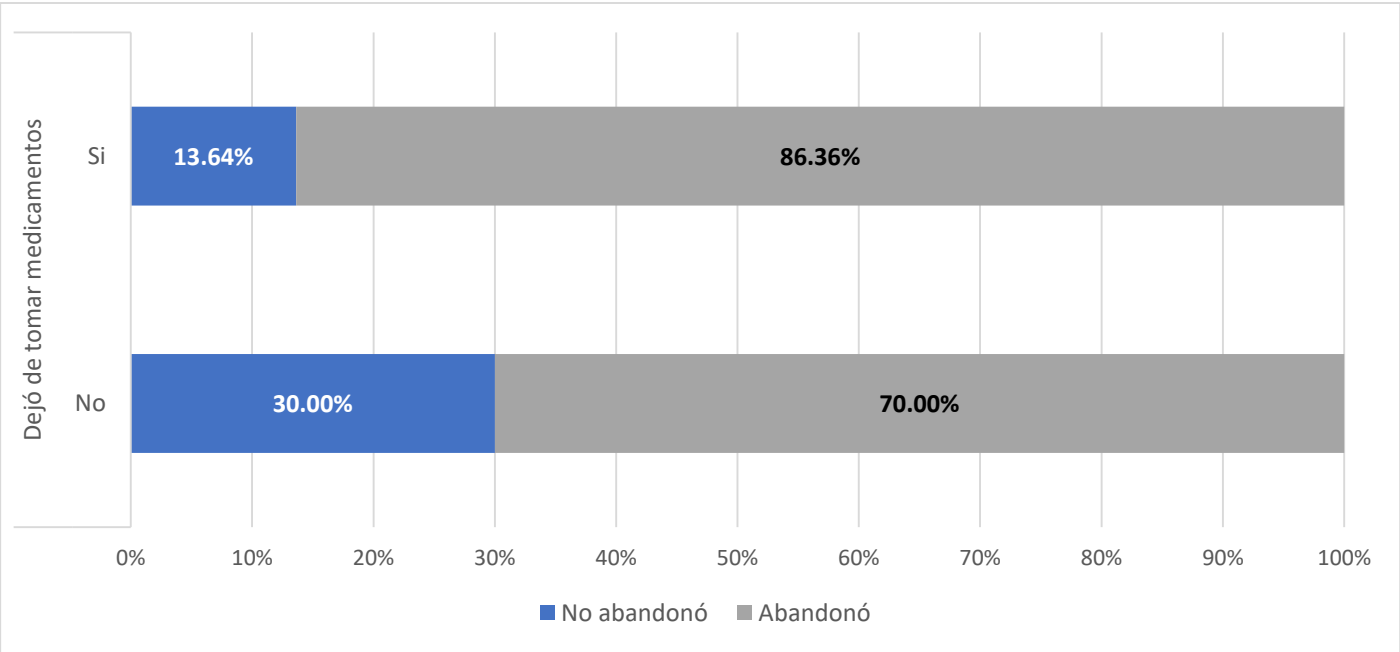
**Gráfico.8- Abandono a los chequeos periódicos según el tipo de comorbilidad de los pacientes hipertensos.**



Fuente: Directa. Ver anexo, tabla.9

Valor de p= 0.049

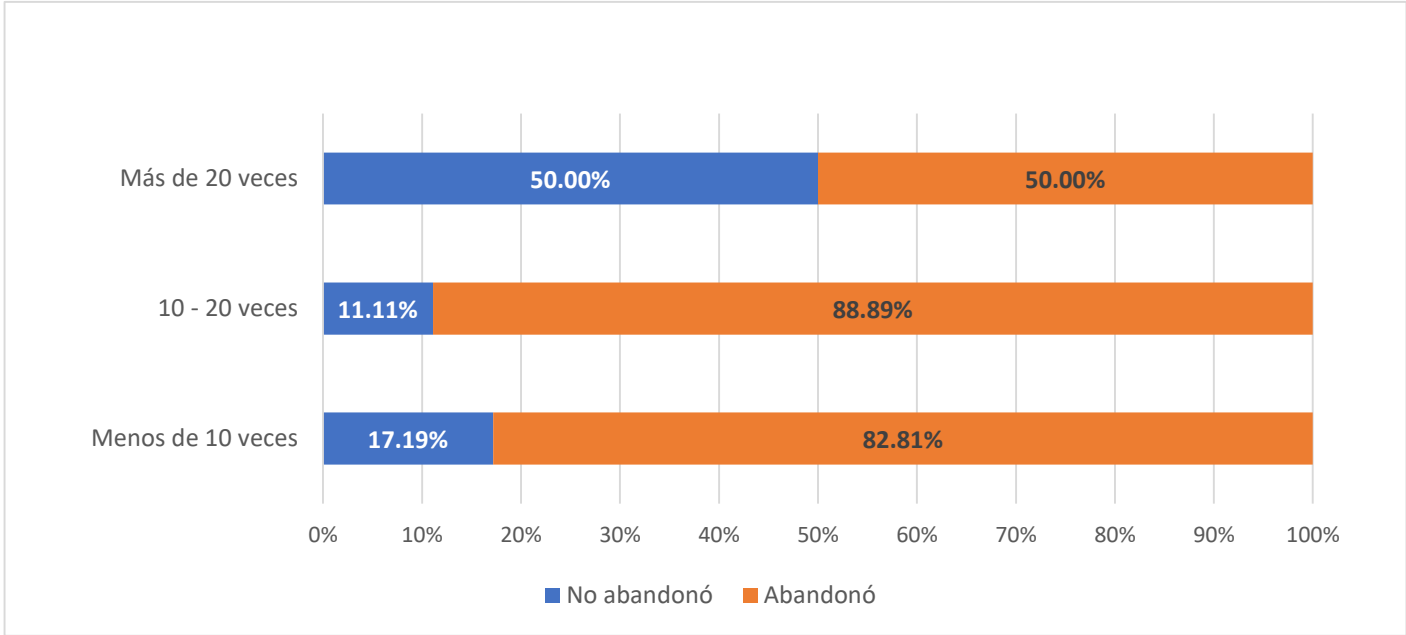
**Gráfico.9- Abandono a los chequeos periódicos según si “dejo de tomar medicación” en los pacientes hipertensos.**



Fuente: Directa. Ver anexo, tabla.10

Valor de p= 0.021

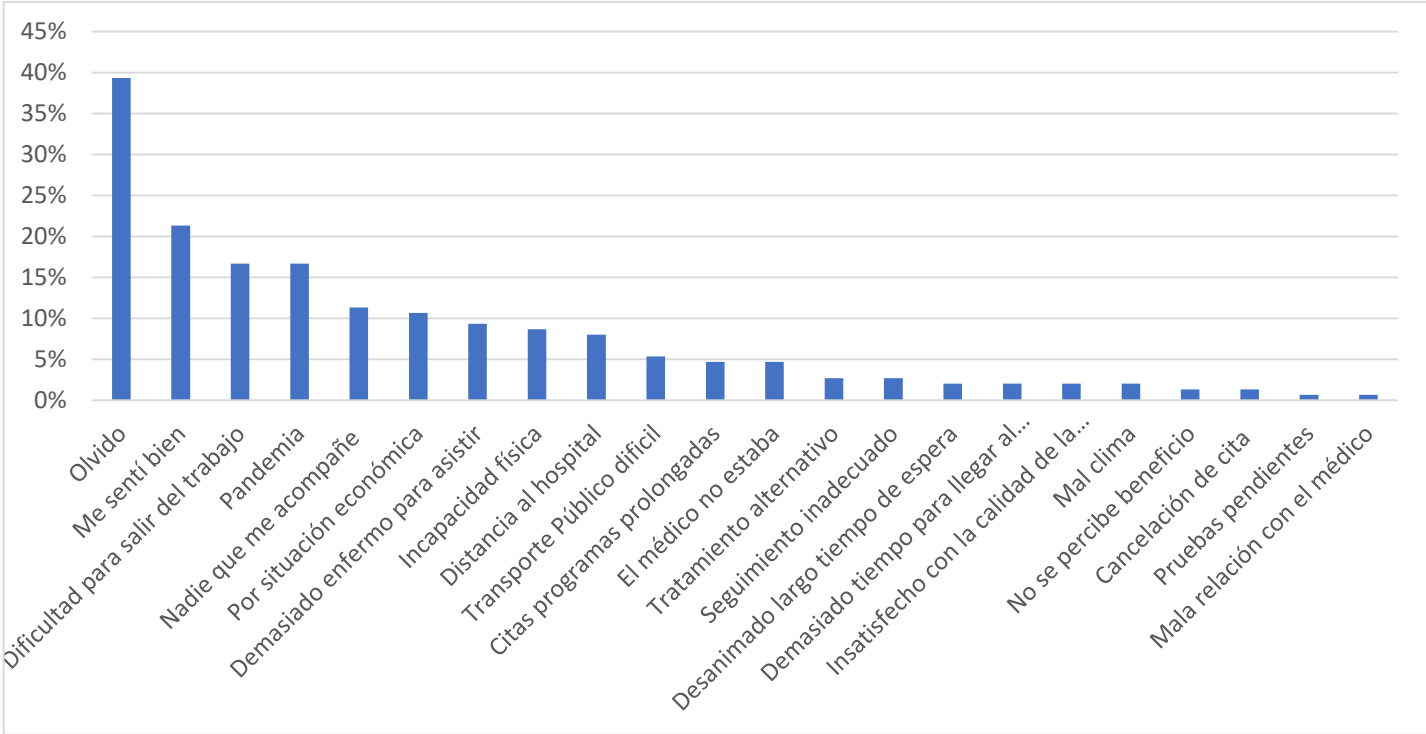
**Gráfico.10- Abandono a los chequeos periódicos según la frecuencia de “no tomar la medicación” en los pacientes hipertensos.**



**Fuente:** Directa. Ver anexo, tabla.11

Valor de  $p= 0.124$

**Gráfico.11- Principales motivos para el abandono de la consulta de seguimiento periódico en pacientes hipertensos.**



Fuente: Directa. Ver anexo, tabla.12

**CAPÍTULO 5**  
**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**



## 5.1 Discusión

El problema del abandono de la consulta de seguimiento periódico por parte de los pacientes crónicos, como son los hipertensos, se ha considerado durante mucho tiempo como un inconveniente que interrumpe el plan de atención de los proveedores, lo que también tiene repercusiones como un potencial compromiso del bienestar en salud del paciente.

La relación entre la edad (estratificada), como variable demográfica y el abandono en los pacientes hipertensos, puede observarse en el grafico no.2, donde se observa que el abandono es más frecuente en pacientes con edades entre 30-49 años (93.33%), y en aquellos mayores de 70 años (91.67%), donde se encontró significancia estadística ( $p= 0.013$ ). Esto parece sugerir que el abandono a la consulta médica periódica pudiera tener una relación cuadrática con la edad, esto a su vez, guarda similitud con lo encontrado en **Bidisha, et al. (2020)** (26), estos también encontraron que los pacientes por debajo de los 50 años (el grupo con menor edad) son los que más incurren en el abandono de la consulta periódica. Las razones para el comportamiento cuadrático pudieran deberse a que los pacientes con edad menor de 50 años suelen tener menos cantidad de comorbilidades o secuelas de la enfermedad, esto pudiera ser confirmado con el hecho de que la segunda respuesta principal para el abandono en el estudio fue “sentirse bien”. Por otro lado, los compromisos de tipo socio-laboral, pueden ser razones añadidas que pudieran facilitar el abandono a la consulta periódica. En el caso de aquellos con edad mayor a 70 años, la dependencia de tipo económica y colaborativa de un tercero, pudiera explicar porque este es el segundo grupo con mayor frecuencia de abandono. El deterioro de la memoria que viene con la edad, también puede ser motivo para el olvido de la cita.

El grafico no.6 muestra la relación entre los años de diagnóstico con la enfermedad de hipertensión arterial y el abandono de la consulta de seguimiento periódica. Se puede observar que aquellos pacientes pertenecientes al grupo con menor cantidad de años con el diagnóstico (2 a 12 años), tenían mayor frecuencia de abandono con un 90.2%, con significancia estadística ( $p= 0.022$ ), además, los resultados sugieren que la frecuencia de abandono parece disminuir a medida que avanza la edad. Este resultado pudiera explicarse por el hecho de que siendo la hipertensión arterial una enfermedad crónica, con los años suelen aparecer secuelas y complicaciones que agravan la enfermedad, circunstancias que pudieran hacer que aumentara el compromiso del paciente ante la asistencia sanitaria que pudiera ser provista en el chequeo periódico.

La relación de las comorbilidades presentadas por el paciente y el abandono al chequeo periódico se muestra en el gráfico no.7. La obesidad se encontró como la única comorbilidad relacionada con el abandono de los seguimientos periódicos, ya que los resultados obtuvieron un nivel de significancia de 0.049. **Rayson, et al. (2019)** (25), encuentran por igual una correlación positiva entre el abandono y la obesidad en pacientes con hipertensión. No existe una explicación clara en la literatura sobre esta asociación.

La relación entre el abandono de la consulta de seguimiento periódico y el olvido de los medicamentos se estudió observando el comportamiento en el uso de la medicación; se inquirió sobre si se ha olvidado alguna vez, como también la frecuencia del olvido. Los resultados encontrados señalan que dejar de tomar la medicación (86.36%), está relacionado significativamente ( $p=0.02$ ) con el abandono (ver gráfico no.9). Estos resultados tienen similitud con lo encontrado en **Nwabuo, et al. (2014)** (22), estos también encontraron relación positiva entre el olvido de la medicación y el abandono de los chequeos periódicos.

## **5.2 Conclusión**

El abandono de la consulta de seguimiento periódico es un fenómeno multifactorial. En el presente estudio se identificaron diferentes factores asociados con la ocurrencia de abandono, estos fueron: la edad, tiempo diagnóstico, obesidad y el olvido de la medicación. Por otro lado, se señala que pueden ser variadas las diferentes razones que se afirman como motivos individuales detrás del abandono, siendo la principal en este estudio el “olvido” de la cita.

**CAPÍTULO 6**  
**RECOMENDACIONES**

## **Recomendaciones**

### **Al Gobierno Dominicano:**

- Se recomienda un programa de educación dirigidas a la concientización de los pacientes crónicos principalmente a los pacientes hipertensos, esto con el propósito de que tengan mayor conocimiento sobre su enfermedad, como también de la importancia que juega la consulta de seguimiento en el cuidado de la misma.
- Se recomienda el fortalecimiento de manera adecuada de la atención primaria en salud, para poder brindar servicios de salud de calidad y secundario a esto, los centros de tercer nivel puedan descongestionar sus instalaciones, debido a que gran parte de los pacientes con enfermedades crónicas, pueden llevar su seguimiento en la unidad de atención primaria, siempre y cuando estas cumplan con las condiciones necesarias.

### **Al Hospital General Dr. Marcelino Vélez Santana:**

- Se sugiere la implementación o diseño de algún mecanismo que facilite el recordatorio de la cita a los pacientes, como pueden ser mensajes al correo electrónico y llamadas telefónicas del paciente o familiar cercano.

### **Al Departamento de Medicina familiar y atención primaria del Hospital Regional General Dr. Marcelino Vélez Santana:**

- Se recomienda enfatizar de forma exhaustiva y energética las orientaciones impartidas en la consulta de medicina familiar, a fin de motivar a los pacientes a crear consciencia en ellos mismos, de la importancia crucial que es el chequeo continuo de su enfermedad para evitar complicaciones futuras.

### **A los pacientes:**

- Implementar métodos para recordar las citas médicas como alarmas telefónicas y/o anotaciones en libretas, a fin de no olvidar las citas programadas.

## Bibliografías

1. NIH. follow-up care. National Cancer Institute [Internet]. 2020 [Citado en febrero 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/follow-up-care>
2. Yach D, et al. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. JAMA 2004 [Citado en febrero 2022]; 291:2616-22.
3. Fudemberg SJ, et al. Contributing factors to nonadherence to follow-up appointments in a resident glaucoma clinic versus primary eye. Patient Prefer Adherence. 2016 Jan [Citado en febrero 2022]; 8; 10:19-25.
4. Nwabuo CC, et al. Factors associated with appointment Non-Adherence among African-Americans with Severe, poorly controlled Hypertension. PLoS ONE 2014 [Citado en febrero 2022]; 9(8): e103090.
5. Cienchanowski P, et al. Where is the patient? Psychosocial association of missed and factors primary care appointments in patients with diabetes. Gen Hosp Psychiatry 2006 [Citado en febrero 2022]; 28(1): 9-17.
6. Salameh E, Olsen S, Howard D. Non-attendance with clinic follow-up appointments: Diabetes as exemplar J Nurse pract. 2012 [Citado en febrero 2022];8(10): 797-803.
7. European Society of Hypertension Corona -virus Disease 19 Task Force. Pandemic 2019, the coronavirus disease compromised routine care for hypertension: a survey conducted among excellence centers of the European Society of Hypertension. J Hypertens. 2021[Revisado en Febrero 2022]; 39: 190-195.
8. Nuti LA, et al. Subsequent acute care utilization among diabetic patients, no-shows to primary care appointments. BMC Health Serv Res. 2012 [Citado en febrero 2022]; 12: 304.

9. Stubbs ND, Geraci SA, Stephenson PL, Jones DB, Sanders S. Methods to reduce outpatient non-attendance. *Am J Med Sci*. 2012 [Citado en febrero 2022]; 344:211–219.
10. World Health Organisation. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva. Chronic diseases and health promotion. WHO [Internet]. 2012 [Citado en febrero 2022]. Disponible en: [http://www.who.int/chp/chronic\\_diseases\\_report/part1/en/index](http://www.who.int/chp/chronic_diseases_report/part1/en/index) 14.
11. Rubio-Guerra AF. ¿Un salto en la dirección correcta? College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. *Med Int Méx*. 2018 mar [Citado en febrero 2022];34(2):299-303.
12. Ccatamayo F, Rina J. Factores que influyen en el abandono de tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. Universidad privada Norbert Wiener, Lima, Perú; [Internet]. 2017 [Tesis]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/784/TITULO%20%20Huamani%20C%20aquiamarca%2c%20Ruth%20Elizabeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Bailey JE, Wan JY, Tang J, Ghani MA, Cushman WC. Ambulatory visits, and risk of stroke and death, antihypertensive medication adherence,. *J Gen Intern Med* 2010 [Citado en febrero 2022]; 25:495-503.
14. Oparil S, et al. Hypertension. *Nat Rev Dis Primers*. 2018 [Citado en febrero 2022];4(1):18014.
15. Mühlbacher AC. Patient-centric HTA: different strokes for different folks. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2015 [Citado en febrero 2022];15(4):591-7.
16. WHO. Hypertension. World Health Organization [Internet]. 2021 [Citado en febrero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
17. MSP. Plan Nacional de prevención y Control de las enfermedades no transmisibles (2019-2024). 2019 [Citado en febrero 2022]. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/PLAN-NACIONAL->

18. Roger VL, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and a American Heart Association report *Circulation*. 2011[Citado en febrero 2022]; 123:e18-e209.
19. Park WB, et al. A predictor of clinical progress in HIV patients: One-year adherence to clinic visits after highly active antiretroviral therapy:. *J Intern Med* 2007[Citado en febrero 2022]; 261:268-75.
20. Capko J. The price you pay for missed appointments. *J Med Pract Manage*. 2007[Citado en febrero 2022]; 22:368.
21. Bailey JE, et al. Antihypertensive medication adherence, ambulatory visits, and risk of stroke and death. *J Gen Intern Med*. 2010[Citado en febrero 2022]; 25:495-503.
22. Akinniyi A. Missed medical appointment among hypertensive and diabetic outpatients in a tertiary healthcare facility in Ibadan, Nigeria. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*. June 2017 [Revisado en marzo 2022]; 16 (6): 1417-1424
23. Nwabuo CC, Dy SM, Weeks K, Young JH. Factors associated with appointment non-adherence among African-Americans with severe, poorly controlled hypertension. *PLoS One*. 2014 Aug [Revisado en marzo 2022];9(8):e103090.
24. Das B, et al. Factors affecting non-adherence to medical appointments among patients with hypertension at public health facilities in Punjab, India. *J Clin Hypertens*. 2021 [Revisado en marzo 2022]; 23: 713– 719.
25. Villalva CM, et al. Variables familiares asociadas al incumplimiento de las citas programadas en pacientes con hipertensión arterial. *Aten Primaria*. 2003 [Revisado en marzo 2022]; 31:209-10.



26. Park C, et al. Factors associated with avoiding healthcare among adults with hypertension: an analysis of the 2015 Medicare current beneficiary survey. *VALUE IN HEALTH*. May 2019 [Revisado en marzo 2022]; 135
27. Lee RRS, Samsudin MI, Thirumoorthy T, Low LL, Kwan YH. Factors affecting follow-up non-attendance in patients with Type 2 diabetes mellitus and hypertension: a systematic review. *Singapore Med J*. 2019 May [Revisado en marzo 2022];60(5):216-223.
28. Rivera Romero V, et al. Factors related to non-attendance to an arterial hypertension program. *Universidad del Zulia. Rev Cien Soc*. 2021 [Revisado en marzo 2022]; 27, (3):139-150.
29. Rodríguez Torres A, Jarillo Soto EC, Casas Patiño D. Medical consultation, time and duration. *Medwave*. 2018 Sep 26;18
30. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, et al. PCNA guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2018 Nov [Revisado en marzo 2022]; 8.
31. Diwakar G. Appointment scheduling in health care: Challenges and opportunities, *IIE Transactions*. 2008 [Revisado en marzo 2022]; 40(9): 800-819.
32. Surbakti EF. A Systematic Review: The Relationship Between Consultation Length and Patient Satisfaction:.. The 2nd ICHA. 2018 [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: <https://knepublishing.com/index.php/KnE-Life/article/view/3556/7446>
33. Chobanian AV, et al; Comité Nacional Conjunto para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. El Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta: el informe JNC 7. *JAMA*. Mayo 2003 [Revisado en marzo 2022]; 289 (19): 2560-72.

34. Benjamin EJ, et al. Estadísticas de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares: actualización de 2017: un informe de la Asociación Estadounidense del Corazón. *Circulación*. 2017 marzo [Revisado en marzo 2022];135 (10): e146-e603
35. SOCIAL, M. D. Plan Nacional de prevención y Control de las enfermedades no transmisibles (2019-2024). Plan Nacional de prevención y Control de las enfermedades no transmisibles (2019-2024), Meta Nacional 6: Hipertensión Arterial, pág 23.
36. WHO. High blood pressure and the role of primary health care. World Health Organization [Internet]. 2012 [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: [emro.who.int/media/world-health-day/phc-factsheet2013.html#:~:text=Primary%20health%20care%20facilities%20can,over%2040%20years%20of%20age](http://emro.who.int/media/world-health-day/phc-factsheet2013.html#:~:text=Primary%20health%20care%20facilities%20can,over%2040%20years%20of%20age).
37. Huang N, Duggan K. Lifestyle management of hypertension. *Aust Prescr*. 2008 [Revisado en marzo 2022]; 31:150-3.
38. Mancia G, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *JHypertens*. 2007 [Revisado en marzo 2022]; 25: 1105-1187.
39. Pescatello L. Exercise for the Prevention and Treatment of Hypertension - Implications and Application. American College of Sports Medicine (ACSM). 2019 [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: <https://www.acsm.org/blog-detail/acsm-certified-blog/2019/02/27/exercise-hypertension-prevention-treatment>
40. Khan NA, et al. The 2007 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 2 – therapy. *Can J Cardiol* . 2007 [Revisado en marzo 2022]; 23:539-50
41. Ritchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 [Revisado en marzo 2022]:CD003041.

42. National Heart Foundation of Australia. Guide to management of hypertension 2016. Assessing and managing raised blood pressure in adults. NHF. 2016 [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: [https://www.heartfoundation.org.au/getmedia/c83511ab-835a-4fcf-96f5-88d770582ddc/PRO-167\\_Hypertension-guideline-2016\\_WEB.pdf](https://www.heartfoundation.org.au/getmedia/c83511ab-835a-4fcf-96f5-88d770582ddc/PRO-167_Hypertension-guideline-2016_WEB.pdf)
43. Khan NA, et al. The 2007 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 2 – therapy. Can J Cardiol. 2007 [Revisado en marzo 2022]; 23:539-50.
44. Ofei-Dodoo S, et al. Why Patients Miss Scheduled Outpatient Appointments at Urban Academic Residency Clinics: A Qualitative Evaluation. Kans J Med. 2019 Aug [Revisado en 2022];12(3):57-61.
45. SNS. Sobre nosotros, nuestra historia [Internet]. Servicio Nacional de Salud. 2022 [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: <https://sns.gob.do/sobre-nosotros/historia/>
46. MSP. Resultados de estudio sobre prevalencia sobrepeso, hipertensión y diabetes [Internet]. Ministerio Salud Publica Republica Dominicana. 2021[Revisado en marzo 2022]. Disponible en: <https://www.msp.gob.do/web/?p=12216>.
47. ASDO. Historia Santo Domingo Oeste. Ayuntamiento Municipal Santo Domingo Oeste [Internet]. 2020 [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: <https://ayuntamientosdo.gob.do/historia/>
48. MVS. Historia. Hospital Dr.-Marcelino Vélez Santana [Internet]. [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: <https://www.hospitalmarcelinovelez.gob.do/index.php/sobre->
49. ASDO. Historia Santo Domingo Oeste. Ayuntamiento Municipal Santo Domingo Oeste [Internet]. 2020 [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: <https://ayuntamientosdo.gob.do/historia/>

## Apéndices

### Anexo 1: Instrumento de Recolección de datos

#### Universidad Iberoamericana (UNIBE)



#### FACTORES RELACIONADOS AL ABANDONO DE LOS CHEQUEOS PERIÓDICOS EN PACIENTES HIPERTENSOS, EN TIEMPOS DE COVID 19, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL HOSPITAL REGIONAL DR. MARCELINO VELEZ SANTANA

COLOCAR UN COTEJO EN CADA ACÁPITE

Fecha: \_\_\_\_\_

- ¿Estás diagnosticado con Hipertensión Arterial?  
Sí\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

#### I- Aspectos Sociodemográficos y económico

1-Edad: \_\_\_\_\_ 2- Sexo: \_\_\_\_\_

3- Procedencia:

Zona Urbana\_\_\_\_ Zona Rural\_\_\_\_

4-Nivel de educación alcanzado:

Analfabeto\_\_\_\_ Primario\_\_\_\_ Secundario\_\_\_\_ Técnico\_\_\_\_ Universitario\_\_\_\_  
Profesional\_\_\_\_

5-Cantidad de ingreso económico mensual:

Ninguno\_\_\_\_ Menos de 10 mil\_\_\_\_ 10-20 mil\_\_\_\_ Mas de 20 mil\_\_\_\_

#### II-Sobre el estado de salud.

1- Cantidad en años de ser diagnosticado de hipertensión: \_\_\_\_\_

2- Comorbilidades presentadas por el paciente:

Diabetes\_\_\_\_ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica\_\_\_\_ Insuficiencia Cardíaca\_\_\_\_ Dislipidemia\_\_\_\_  
Enfermedad Renal Crónica\_\_\_\_ Obesidad\_\_\_\_ Enfermedad Tiroidea\_\_\_\_ Asma bronquial\_\_\_\_  
Ninguna\_\_\_\_  
Otras\_\_\_\_\_

### III- Cumplimiento de citas:

1- ¿Cada cuánto tiempo usted asistía a su cita médica?

Mensual\_\_\_\_ Cada 3 meses\_\_\_\_ Cada 6 meses\_\_\_\_ Anual\_\_\_\_

2- ¿En los últimos dos años ha faltado a su cita médica?

Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

3- De responder afirmativo la pregunta anterior, especifique cuantas veces faltó: \_\_\_\_

### IV- Razones de incumplimiento:

Razones de falta al chequeo periódico	Marque con una X
1- Olvidé la cita	
2- Por situación económica	
3- Transporte público difícil	
4- Distancia desde el hospital/vivir lejos	
5- Dificultad para salir del trabajo	
6- Me sentí bien/Ninguna queja nueva/satisfecho con sus medicamentos	
7- Desanimado por el largo tiempo de espera	
8- Demasiado enfermo para asistir	
9- Demasiado tiempo para llegar al centro de salud	
10- Formas alternativas de tratamiento utilizadas	
11- Mala relación con el médico	
12- Seguimiento inadecuado/diferente médico visto en cada visita	
13- El médico no estaba	
14- Insatisfecho con la calidad de la asistencia sanitaria prestada/ Falta de comunicación	
15- No se percibe beneficio del tratamiento	

16- Nadie que me acompañe al hospital	
17- Percepción de falta de respeto/actitud negativa del proveedor de atención médica	
18- Acciones de huelga/días festivos	
19- Mal clima	
20- Pruebas de laboratorios y/o imágenes pendientes	
21- Incapacidad física	
22- Cancelación de cita	
23- Citas programas prolongadas	
24- Otra:	

**V- Olvido de medicamento:**

1- ¿Usted en algún momento ha dejado de tomarse sus medicamentos diarios?

Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

2- ¿Con cuanta frecuencia lo ha dejado de tomar?

Menos de 10 veces\_\_\_\_ 10 – 20 veces\_\_\_\_ Más de 20 veces\_\_\_\_

Indeterminado\_\_\_\_

**Anexo 2: Cronograma de Actividades.**

<b>Actividades</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>
<b>Creación de anteproyecto</b>					
<b>Aprobación del anteproyecto por el Comité de Ética</b>					
<b>Recolección de datos</b>					
<b>Procesamiento y tabulación de datos</b>					
<b>Análisis de resultados</b>					
<b>Informe final</b>					
<b>Presentación de informe final</b>					

**Anexo 3: Presupuesto de Proyecto de Investigación.**

<b>Cantidad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Precio</b>	<b>Total</b>
Varios	Uso de internet	2000	2000
3	Resma de papel blanco	200	600
1	Cartucho de tinta	1500	1500
Varios	Fotocopias	500	500
Varios	Transporte	2000	2000
3	Empastado	500	1500
Varios	Otros gastos	2500	2000
<b>Total General</b>			<b>10,600</b>



## Anexo 4: Consentimiento Informado.

### UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA - UNIBE



Por medio del presente documento que tiene en sus manos, se le informa sobre detalles relevantes, pertenecientes al trabajo de tesis. Se trata de proyecto de investigación que sirve como requisito para optar por el título de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la **Dra. Estherbania Díaz Espinal y el Dr. Frankeli Reinoso Reinoso**, por lo cual, deseo participar y les autorizo a los doctores de utilizar la información suministrada en su proyecto de investigación.

El estudio tendrá como objetivo: **Identificar los factores relacionados con el abandono de los chequeos periódicos en pacientes hipertensos, en tiempos de Covid 19, que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.**

El papel del participante en el estudio es facilitar información durante la entrevista realizada, información que será relevante para poder conseguir el cumplimiento de los objetivos del estudio. Los datos que le serán solicitados, se tratan de variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de educación, cantidad de ingresos) e información relacionada al cumplimiento de las citas (ej. Razones de incumplimiento).

Los datos e información del participante obtenidos por el estudio serán protegidos frente a cualquier interés público o privado que escape a los objetivos de la presente investigación. Lo mismo será llevado a cabo protegiendo y respetando el derecho que tiene el participante de permanecer en el anonimato. Toda información registrada en el instrumento de recolección (formulario), será codificada con numeración y cotejo, ya que no se registrará ningún dato como nombres o cédula, que revele la identidad del participante. A su vez los datos obtenidos

serán depositados en instrumento de almacenamiento (memoria USB) exclusivo de la investigación, el cual solo será manipulado por los sustentantes.

No se promete ningún beneficio de tipo económico ni recompensa al participante. Como tampoco se le penará o castigará por rehusarse a participar en el estudio. El participante incluso luego de haber dado su permiso para formar parte del estudio, puede en el momento que desee, decidir interrumpir su participación, no corriendo así ningún tipo de peligro.

Ante la presencia del participante de caer en algún tipo de riesgo por su enfermedad de base o por sus comorbilidades, por ejemplo: aumento de la presión arterial, hiperglicemia o hipoglicemia, desmayos, dolor de cabeza intensa, etc., que ocurra en el momento de su participación, este será atendido por el personal intrahospitalario de dicho hospital y manejado multidisciplinariamente con los diferentes médicos especialistas de acuerdo a su condición, hasta que se estabilice.

Después de haber entendido de que trata este documento, como también la investigación relacionada, decido formar parte de la misma al firmar el presente consentimiento.

Hecho y firmado en el municipio de Santo Domingo Oeste de la provincia de Santo Domingo, a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

---

Firma del Participante

Anexo 5: Tablas adicionales.

Tabla. 2- Abandono de la consulta de seguimiento periódico según la edad, en pacientes hipertensos.

Variable		Abandono				Total	P-valor
		No abandonó		Abandonó			
		Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento		
Edad	30-49 años	2	6.67%	28	93.33%	30	0.013
	50-69 años	22	26.19%	62	73.81%	84	
	≥70 años	3	8.33%	33	91.67%	36	

Fuente: Directa.

Tabla. 3- Abandono de la consulta de seguimiento periódico según el sexo, en pacientes hipertensos.

Variable		Abandono				Total	P-valor
		No abandonó		Abandonó			
		Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento		
Sexo	Femenino	17	18.48%	75	81.52%	92	0.848
	Masculino	10	17.24%	48	82.76%	58	

Fuente: Directa.

Tabla. 4- Abandono de la consulta de seguimiento periódico según la procedencia, en pacientes hipertensos.

Variable		Abandono				Total	P-valor
		No abandonó		Abandonó			
		Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento		
Procedencia	Rural	7	16.28%	36	83.72%	43	0.728
	Urbana	20	18.69%	87	81.31%	107	

Fuente: Directa.

**Tabla. 5- Abandono de la consulta de seguimiento periódico según la educación, en pacientes hipertensos.**

Variable		Abandono				Total	P-valor
		No abandonó		Abandonó			
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Educación	Analfabeto	3	17.65%	14	82.35%	17	0.360
	Primaria	15	22.06%	53	77.94%	68	
	Secundaria	6	24.00%	19	76.00%	25	
	Técnico	0	0.00%	6	100.00%	6	
	Universitario	0	0.00%	11	100.00%	11	
	Profesional	3	13.04%	20	86.96%	23	

Fuente: Directa.

**Tabla. 6- Abandono de la consulta de seguimiento periódico según el nivel de ingresos, en pacientes.**

Variable		Abandono				Total	P-valor
		No		Si			
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Nivel de Ingreso	Bajo	15	17.86%	69	82.14%	84	0.131
	Medio	8	29.63%	19	70.37%	27	
	Medio-Alto	4	10.26%	35	89.74%	39	

Fuente: Directa.

**Tabla. 7- Abandono de la consulta de seguimiento periódico según tiempo de diagnóstico, en pacientes hipertensos.**

Variable		Abandono				Total	P-valor
		No		Si			
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Tiempo con el diagnóstico de HTA	2 a 12 años	8	9.76%	74	90.24%	82	0.022
	13 a 23 años	16	30.77%	36	69.23%	52	
	24 a 34 años	2	16.67%	10	83.33%	12	
	≥ 35	1	25.00%	3	75.00%	4	

Fuente: Directa.

Tabla. 8- Abandono de la consulta de seguimiento periódico según la presencia de comorbilidad, en pacientes hipertensos.

Variable		Abandono				Total	P-valor
		No abandonó		Abandonó			
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Comorbilidad	Si	25	18.8%	108	81.2%	133	0.739
	No	2	11.8%	15	88.2%		

Fuente: Directa.

Tabla. 9- Abandono de la consulta de seguimiento periódico según el tipo de comorbilidad, en pacientes hipertensos.

Variable		Abandono				Total	P-valor
		No		Si			
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Tipo de Comorbilidad	Diabetes Mellitus	11	20.00%	44	80.00%	55	0.628
	EPOC	3	27.27%	8	72.73%	11	0.406
	ICC	4	40.00%	6	60.00%	10	0.061
	Dislipidemia	6	20.69%	23	79.31%	29	0.675
	ERC	4	30.77%	9	69.23%	13	0.210
	Obesidad	3	12.50%	21	87.50%	24	0.049
	Enfermedad Tiroidea	1	7.14%	13	92.86%	14	0.267
	Asma	0	0.00%	2	100.00%	2	0.505

Fuente: Directa.

**Tabla. 10- Abandono de la consulta de seguimiento periódico olvido de medicamentos, en pacientes hipertensos.**

Variable		Abandono				Total	P-valor
		No		Si			
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Dejó de tomar medicación	No	12	30.00%	28	70.00%	40	0.021
	Si	15	13.64%	95	86.36%	110	

Fuente: Directa.

**Tabla. 11- Abandono de la consulta de seguimiento periódico olvido de medicamentos, en pacientes hipertensos.**

Variable		Abandono				Total	P-valor
		No		Si			
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Frecuencia de no tomar la medicación	Menos de 10 veces	11	17.19%	53	82.81%	64	0.124
	10 - 20 veces	3	11.11%	24	88.89%	27	
	Más de 20 veces	1	50.00%	1	50.00%	2	
	Indeterminado	0	0.00%	17	100.00%	17	

Fuente: Directa.

**Tabla. 12- Principales motivos para el abandono de la consulta de seguimiento periódico en pacientes hipertensos.**

<b>Motivos de abandono</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Por ciento</b>
Olvido	59	39.33%
Me sentí bien	32	21.33%
Dificultad para salir del trabajo	25	16.67%
Pandemia	25	16.67%
Nadie que me acompañe	17	11.33%
Por situación económica	16	10.67%
Demasiado enfermo para asistir	14	9.33%
Incapacidad física	13	8.67%
Distancia al hospital	12	8.00%
Transporte Público difícil	8	5.33%
Citas programas prolongadas	7	4.67%
El médico no estaba	7	4.67%
Tratamiento alternativo	4	2.67%
Seguimiento inadecuado	4	2.67%
Desanimado largo tiempo de espera	3	2.00%
Demasiado tiempo para llegar al centro de salud	3	2.00%
Insatisfecho con la calidad de la asistencia sanitaria prestada/ Falta de comunicación	3	2.00%
Mal clima	3	2.00%
No se percibe beneficio	2	1.33%
Cancelación de cita	2	1.33%
Pruebas pendientes	1	0.67%
Mala relación con el médico	1	0.67%

**Fuente:** Directa.