



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA DE BIOQUÍMICA Y FARMACIA

**“DISEÑO DE UN PLAN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CLUB DE
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD TIPO C
ESPOCH- LIZARZABURU”.**

TRABAJO DE TITULACIÓN:
TIPO: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar al grado académico de:

BIOQUÍMICA FARMACÉUTICA

AUTORA: NANCY XIMENA GUSÑAY RAMÍREZ
TUTORA: DRA. ADRIANA CAROLINA RINCÓN ALARCÓN, Ph.D

Riobamba-Ecuador

2019

©2019, Nancy Ximena Gusñay Ramírez

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA DE BIOQUÍMICA Y FARMACIA

El Tribunal de Trabajo de Titulación certifica que: El trabajo de investigación: “DISEÑO DE UN PLAN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CLUB DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD TIPO C ESPOCH- LIZARZABURU” es de responsabilidad de la señorita Nancy Ximena Gusñay Ramírez, ha sido prolijamente revisado por los Miembros del Tribunal de Trabajo de Titulación, quedando autorizada su presentación.

FIRMA

FECHA

Dra. Adriana Carolina Rincón

Alarcón Ph.D

**DIRECTOR(A) DEL TRABAJO
DE TITULACIÓN**

Dra. Verónica Mercedes Cando Brito

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Yo, NANCY XIMENA GUSÑAY RAMÍREZ, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del presente Trabajo de Titulación pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Nancy Ximena Gusñay Ramírez

DEDICATORIA

A mi madre María Ramírez por ser mi ejemplo a seguir y fomentar en mí valores de respeto, honestidad, responsabilidad y humildad. A mi hermano Lizardo Gusñay que fue la primera persona que me apoyo para que yo iniciara con mi formación profesional.

A mis hermanos Freddy, Verónica y Cristina, por estar presentes en cada momento de mi vida, aconsejándome, guiándome, protegiéndome.

Ximena Gusñay

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, por bendecir mi hogar y mi familia mediante la armonía y confianza, dándonos la sabiduría necesaria para enfrentar todos los retos que a lo largo de la vida se nos ha presentado.

A mi madre y hermanos, por su apoyo incondicional y desmedido para que pudiera culminar mi carrera y realizarme profesionalmente, pues por medio de sus consejos hicieron de mí una mujer perseverante y luchadora.

A mi madrina Fanny que por medio de su apoyo moral y económico han contribuido en cierta manera para que pueda culminar mi meta.

A la Dra. Adriana Rincón por su paciencia y a la vez ser mi guía en la realización de mi proyecto de titulación.

A mi amiga Sandy la que considero como una hermana por brindarme una amistad limpia y sincera y estar presente en todos los momentos difíciles en mi vida siendo mi confidente.

A Jorge por ser un claro ejemplo de perseverancia y enseñarme que cuando una persona quiere superarse no existe obstáculo alguno que lo impida, pues por más oscuro que se encuentre el camino siempre existirá la luz.

Ximena

TABLA DE CONTENIDO

	Paginas
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY	xiv
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I	18
1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	18
1.1 Métodos para medir la adherencia terapéutica.....	22
1.2 Factores que influyen en la adherencia terapéutica.....	25
1.3 Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica	28
1.4 Enfermedades crónicas no transmisibles.....	34
CAPÍTULO II	37
2. MARCO METODOLÓGICO	37
2.1 Metodología.....	37
2.1.1 <i>Caracterización sociodemográfica de los pacientes con enfermedades crónicas.</i>	38
2.1.2 <i>Determinación del grado de adherencia terapéutica y factores implicados.</i>	38
2.1.3 <i>Diseño de estrategias para incrementar la adherencia terapéutica.</i>	38
2.2 Análisis de resultados	39
CAPÍTULO III	40
3. MARCO DE RESULTADOS, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	40
3.1 Caracterización sociodemográficas de los pacientes con enfermedades crónicas.	40
3.2 Determinación del grado de adherencia terapéutica.....	44
3.3 Determinación de los factores implicados en la adherencia terapeutica.	45
3.4 Diseño de estrategias para incrementar la adherencia terapéutica.	53
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Clasificación de los tipos de la no adherencia.....	22
Tabla 2-1: Métodos subjetivos indirectos	24
Tabla 3-1: Teorías biológicas del envejecimiento.....	32
Tabla 4-1: Mecanismos de interacciones medicamentosas.....	33
Tabla 1-3: Caracterización de la población a través de las variables sociodemográficas.....	40
Tabla 2-3: Distribución de pacientes según número y tipo de ECNT.....	42
Tabla 3-3: Distribución de pacientes según influencia de factores socioeconómicos en la adherencia terapéutica.....	46
Tabla 4-3: Distribución de pacientes según influencia de factores relacionados con el equipo de salud en la adherencia terapéutica.....	48
Tabla 5-3: Distribución de pacientes según influencia de factores relacionados con la terapia en la adherencia terapéutica.	50
Tabla 6-3: Distribución según influencia de factores relacionados con el paciente en la adherencia terapéutica.	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-1: Componentes de la adherencia.....	21
Figura 2-1: factores influyentes en la adherencia terapéutica.....	25

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-3: Porcentaje de pacientes según adherencia terapéutica.	44
Gráfico 2-3: Causas inherentes a los factores socioeconómicos.....	47
Gráfico 3-3: Causas inherentes a los factores relacionados con el equipo de salud.	49
Gráfico 4-3: Causas inherentes a los factores relacionados con la terapia.....	51
Gráfico 5-3: Causas inherentes a los factores relacionados con factores relacionados con el paciente	52

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A: Solicitud de autorización para la realización de la investigación en el Centro de Salud Tipo C ESPOCH- Lizarzaburu.

ANEXO B: Consentimiento informado.

ANEXO C: Cuestionario de recolección de datos.

ANEXO D: Cartel informativo sobre la adherencia terapéutica

ANEXO E: Tríptico de adherencia terapéutica.

ANEXO F: Sistemas personalizados de dosificación (SPD)

ANEXO G: Sistemas de recuerdo de horario de la toma de medicamento (SRH).

ANEXO H: intervención de adherencia terapéutica

ANEXO I: Plan estratégico de adherencia terapéutica

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
NICE	Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica
ESPOCH	Escuela Superior Politécnica de Chimborazo
SPD	Sistemas Personalizados de Dosificación
PNT	Protocolos Normalizados de Trabajo
SRH	Sistemas de Recuerdo Horario
HTA	Hipertensión Arterial
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
DM	Diabetes Mellitus
AR	Artritis Reumatoide
ERC	Enfermedad Renal Crónica
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

RESUMEN

El objetivo fue diseñar un plan de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores del Centro de Salud tipo C ESPOCH- Lizarzaburu; la investigación se realizó por medio de un estudio descriptivo, de corte transversal en 25 personas, para lo cual se evaluó el nivel de adherencia terapéutica mediante la aplicación del test de Morisky-Green; también se utilizó el cuestionario validado por Bonilla y colaboradores para identificar los factores que influyeron en la misma. Los resultados obtenidos mostraron un promedio de edad de 70,2 años, con un predominio en pacientes femeninas (80%), además el 56% de los pacientes presentaron más de una enfermedad crónica y la hipertensión arterial (84%), la diabetes mellitus (40%) y el hipotiroidismo (28%) fueron las enfermedades que se reportaron con mayor frecuencia. El 64% de los casos estudiados refirieron tener falta de adherencia terapéutica y los de mayor repercusión fueron los factores socioeconómicos presentándose en el (100%) de los pacientes no adherentes, le siguieron en orden de frecuencia de aparición los factores relacionados con la terapia (87,5%) y con el equipo de salud (81,25%). Se recomienda la participación de las autoridades del centro de salud que implementen campañas que incluyan programas que facilite medir la adherencia terapéutica en los pacientes.

Palabras clave: <BIOQUÍMICA>, <ATENCIÓN FARMACÉUTICA>, <ADHERENCIA TERAPÉUTICA >, < ENFERMEDADES CRÓNICAS >, <PAUTA TERAPÉUTICA>, < SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN >, < FORMA FARMACÉUTICA>, <POLIMEDICADOS >.

SUMMARY

The objective was to design a plan of therapeutic adherence in patients with chronic diseases of the elderly club of the Type C Health Center ESPOCH-Lizarzaburu; the investigation was carried out by means of a descriptive, cross-sectional study in 25 people, for which the level of therapeutic adherence was evaluated by applying the Morisky-Green test; the questionnaire validated by Bonilla and collaborators was also used to identify the factors that influenced it. The results obtained showed an average age of 70.2 years, with a predominance in female patients (80%), in addition 56% of the patients had more than one chronic disease and high blood pressure (84%), diabetes mellitus (40%) and hypothyroidism (28%) were the diseases that were reported most frequently. 64% of the cases studied indicated a lack of therapeutic adherence and those with the greatest impact, were the socioeconomic factors occurring in (100%) of the non-adherent patients, were followed in order of frequency of appearance by factors related to the therapy (87.5%) and with the health team (81.25%). It is recommended that the health center authorities participate in campaigns that include programs that facilitate the measurement of therapeutic adherence in patients.

Key words: <BIOCHEMISTRY>, <PHARMACEUTICAL ATTENTION>, <THERAPEUTIC ADHERENCE>, <CHRONIC DISEASES>, <THERAPEUTICAL GUIDE>, <PERSONALIZED DOSAGE SYSTEMS>, <PHARMACEUTICAL FORM>, <POLYMEDICATED>.

INTRODUCCIÓN

El incumplimiento de la pauta terapéutica es un fenómeno común en los procesos crónicos; las razones que han generado esta conducta son complejas y se basan en el complicado proceso del comportamiento humano, siendo la causa del fracaso de muchos tratamientos que conlleva serios problemas en la calidad de vida, incrementan los costes para el sistema de salud y sobre todo contribuye a que no se consigan resultados clínicos positivos (Arias, 2001, pp.502-505).

Según el análisis realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004, p.2); en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas alcanzaba el 50 % y se presumía que esta deficiencia sería mayor en países en desarrollo; debido a que este problema tiende a aumentar en gran magnitud y a largo plazo el incumplimiento del tratamiento farmacológico en este tipo de patologías, por lo que existía mayor riesgo de sufrir recaídas y llegar a la muerte prematura.

Otros autores indican, que la falta de adherencia es uno de los principales factores para que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, especialmente en el caso de las enfermedades crónicas, pues una adherencia inadecuada implica un peor control de la enfermedad, incremento de hospitalizaciones, visitas a urgencias, pruebas complementarias y la utilización de otros fármacos aumentando la probabilidad de aparición de resistencia a los mismos (Varela et al., 2008; Rodríguez et al., 2008).

Por otra parte, desde el punto de vista teórico, el aumento del envejecimiento poblacional, las enfermedades crónicas y los pacientes polimedicados, son factores que inciden en la disminución de la adherencia a los tratamientos; de ahí la importancia de evaluar las causas que influyen en este tipo de pacientes desde el inicio del tratamiento y durante el tiempo necesario para lo cual deben ser incorporados métodos que sean aplicables, sencillos y que no requieran de gran esfuerzo ni tiempo, de modo que facilite medir la adherencia terapéutica y mejore el trabajo en el campo clínico (Avilés et al., 2012: p. 27)

De igual manera en Madrid, el Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (2013, p.1), estimó que la falta de adherencia en atención primaria alcanzaba el 57 %, y los pacientes polimedicados

eran los que menos cumplían el tratamiento debido a que lo abandonan, desconocían la gravedad de la enfermedad y carecían de síntomas entre otras complicaciones.

El mal cumplimiento está muy extendido, se calcula que aproximadamente el 50% de las medicaciones para enfermedades crónicas como hipertensión, dislipidemias, diabetes, etc; no se administran o lo hacen inadecuadamente. El alcance del problema es extraordinario si se tiene en cuenta que alrededor del 5% de la población padece de enfermedades crónicas que no generan síntomas de forma inmediata, sino a largo plazo (Conthe et al., 2014: pp. 336-344).

La Organización Panamericana de Salud (OPS) (2016, p.1), indica que apenas el 30%-50% de los adultos mayores no sigue correctamente la prescripción médica y más del 90% toman dosis inferiores de las prescritas por el médico.

Algunos estudios refieren que el mal uso de los medicamentos por parte del paciente es debido muchas veces al desconocimiento de los mismos, generalmente a causa de falta de información o de comprensión, mala interpretación u olvido de las instrucciones recibidas, por lo que al encontrarse solo no sabe cómo utilizarlos y se produce el abandono del tratamiento (Rojas et al., 2016: pp.26-32).

En la actualidad es necesario tener en cuenta en la práctica, que todos los servicios de salud cuenten con un programa específico, en el que se incluyan distintas actividades y acciones encaminadas a satisfacer las expectativas de los pacientes para desarrollar mejores resultados en su salud, mediante la continuidad del tratamiento y la optimización de los recursos disponibles. (Farmaindustria, 2016, p. 7).

Teniendo en cuenta estas necesidades, los programas utilizados para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico son, de forma conductual, educativos, de apoyo social, entre otras; permiten corregir la falta de adherencia terapéutica con el fin de obtener resultados positivos en la salud de los pacientes mediante una correcta toma de la medicación (Reyes et al., 2016: pp. 125-131).

Según Elsy Durán, directora de la unidad de Farmacia del Hospital Pediátrico Baca Ortiz perteneciente a la ciudad de Quito, manifestó que la adherencia es la parte esencial del éxito de la terapia, en el que interviene principalmente el bioquímico farmacéutico mediante la atención farmacéutica, fomentando hábitos y costumbres en el paciente explicando las condiciones, causas y formas de almacenamiento de los medicamentos, de tal manera que el paciente pueda cumplir con el tratamiento (Veletanga, 2016, p.1).

Por todo lo anterior, con el fin de aportar soluciones a la problemática de falla de adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas que se presenta en la actualidad en el club de adultos mayores del Centro de Salud Tipo C ESPOCH- LIZARZABURU; la presente investigación permitirá sugerir estrategias que se adopten a las necesidades de los pacientes para garantizar la efectividad del tratamiento.

OBJETIVOS

General

Diseñar un plan de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores del Centro de Salud Tipo C ESPOCH- LIZARZABURU.

Específicos

- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con enfermedades crónicas.
- Evaluar el grado de adherencia terapéutica a través de la aplicación de los test diseñado y validado para tal fin.
- Identificar factores que impiden la adherencia al tratamiento terapéutico de enfermedades crónicas.
- Diseñar estrategias que conformen el plan para contribuir en la adherencia farmacoterapéutica en los pacientes de estudio.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Según la OMS, la falta de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas se ha situado como un problema de salud pública de gran magnitud en todas las áreas de salud, a nivel mundial las enfermedades crónicas va en aumento con elevadas tasas de fracaso y baja adherencia al tratamiento y constituye una de las principales causas de invalidez y muerte prematura (Organización Panamericana de Salud, 2016: p.1).

La falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos en enfermedades crónicas es un problema a nivel mundial, que afecta a la efectividad de los medicamentos generando resultados negativos en la salud del paciente y un impacto negativo en el gasto sanitario (Ibarra y Murillo, 2017: p. 5).

Por otro lado, la toma no adecuada de la medicación hace referencia a distintos términos como adherencia, cumplimiento y persistencia. Se pueden considerar sinónimos al cumplimiento y la adherencia, debido a que los dos términos miden el porcentaje de dosis que toma el paciente mientras la persistencia se relaciona con la duración del tratamiento, desde el inicio hasta la última dosis, previa a la interrupción (Ibarra y Murillo, 2017: p. 5).

El incumplimiento farmacoterapéutico provoca desenlaces que puede afectar la salud de los pacientes lo que ocasiona el fracaso del tratamiento y contribuye a que no se consiga mejoría, por lo que este fenómeno es calificado como un tema prioritario de salud pública (Limaylla y Ramos, 2016:p.95-101).

El problema de adherencia terapéutica ha sido motivo de preocupación desde el siglo anterior; es por eso que el concepto de la adherencia al tratamiento adquiere un mayor interés empírico a partir de los años 70; en esa época surgen diversos estudios en el que se manifestó un sin número

de efectos negativos asociadas al incumplimiento de los tratamientos farmacológicos prescritos por el médico (Díaz, 2014, pp.73-84).

Nogués y colaboradores manifestaron que la adherencia abarcaba dos aspectos el primero era el cumplimiento en la toma de la medicación con respecto a la dosis y la forma farmacéutica; mientras que la segunda fue la persistencia durante el tiempo de la prescripción (López et al., 2016: pp. 117-137).

La adherencia terapéutica fue descrita originalmente por los autores Sackett y Haynes, quienes en 1975 enunciaron la clásica definición como:

El grado de coincidencia del comportamiento de un cliente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden”(Díaz, 2014, pp.73-84).

En el año 1976, un grupo de investigadores liderados por Haynes hacen los primeros reportes de los posibles factores, condiciones o situaciones que se relacionan negativamente con la adherencia a los esquemas de tratamiento en cualquier enfermedad (Salinas y Nava, 2000: pp.102-104).

Posteriormente, en el año 1986, Miklowithen planteó que el cumplimiento del esquema terapéutico debía ser evaluado mediante la confección y análisis de la historia clínica del paciente; teniendo en cuenta estos aspectos como base, propuso una escala de cinco criterios que pretendían identificar la conducta real en torno a la adherencia terapéutica, y surgió de esta forma los cinco criterios a utilizar: nunca dejó de tomar la medicación; raramente dejó de tomarla; a veces dejó de tomarla; a menudo dejó de tomarla y por último, abandonó la medicación. Es este el primer acercamiento a los cuestionarios actuales validados y utilizados para medir adherencia terapéutica (Etchevers et al., 2012: pp.225-232).

Por otra parte; en el año de 1990 Rodríguez, Martínez y Valcárcel manifestaron que la adherencia implicaba una gran diversidad de conductas que el paciente debía adoptar, como acudir a las citas médicas y realizar correctamente el régimen terapéutico para obtener buenos resultados en su salud (Díaz, 2014, pp.73-84).

Entre el año 1997 y el 2004 comenzó a tomar fuerza una tendencia conceptual, liderada por investigadores como Salicru y Tilson, quienes señalaban la importancia de incluir el cumplimiento de las indicaciones médicas como parte del amplio concepto de adherencia terapéutica. Estos autores exponen que desde el punto de vista gramatical y sintáctico ambos conceptos son muy similares; sin embargo, desde el punto de vista práctico el cumplimiento se refiere al grado de obediencia del paciente para seguir y cumplir prescripciones médicas, mientras que la adherencia incluye, entre otros aspectos, la satisfacción del paciente con el esquema terapéutico y con el equipo de salud (Arias, 2001, pp.502-505).

Las definiciones aportadas por Gil y colaboradores definían a la adherencia como “el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida” (López et al., 2016: pp. 117-137).

La OMS el año 2003 definió como adherencia terapéutica al cumplimiento en la cual el paciente sigue las instrucciones médicas, realiza cambios en su estilo de vida y modifica su dieta para llevar a cabo el tratamiento proporcionado por el médico (Salinas y Nava, 2012:pp.102-104).

Las definiciones de Gil se asemeja a los establecidos por la OMS, pues reconocen que la adherencia terapéutica no solamente implica la toma de los medicamentos según la prescripción; sino también el cumplimiento de las citas médicas, cambios en el estilo de vida del paciente en cuanto a la dieta y actividad física (López et al., 2016: pp. 117-137).

La palabra adherencia hace referencia a la manera en la que la persona cumple con la pauta terapéutica prescrita por el médico asumiendo el compromiso en el proceso del tratamiento y participando activamente en la gestión de su enfermedad; incrementando de esa manera la capacidad de autocuidado; para ello es necesario que el paciente conozca el tipo de enfermedad que padece y entienda la importancia de cumplir con su tratamiento farmacológico, además de existir una buena relación basada en el diálogo y la confianza con el equipo de salud (Farmaindustria, 2016, p.17).

La adherencia se encuentra dada por 3 componentes como son la iniciación, ejecución y discontinuación como se observa en la figura 1-1. Empieza el proceso con la iniciación del

tratamiento, es decir la primera dosis farmacológica prescrita por el médico, posteriormente se da la ejecución que comprende el grado en el que la pauta real de un paciente corresponde con la prescrita por el profesional sanitario, desde la primera hasta la última dosis y finalmente la discontinuación que señala la terminación de la terapia, sucede cuando antes de terminar el tratamiento farmacológico, se excluye la dosis que le sigue y no existe más dosis a partir de entonces. Se considera que la falta de adherencia puede surgir en cualquiera de estas fases, cuando el tratamiento no se inicia, o se inicia tarde y mediante la pronta interrupción del tratamiento (Farmaindustria, 2016, p.18).

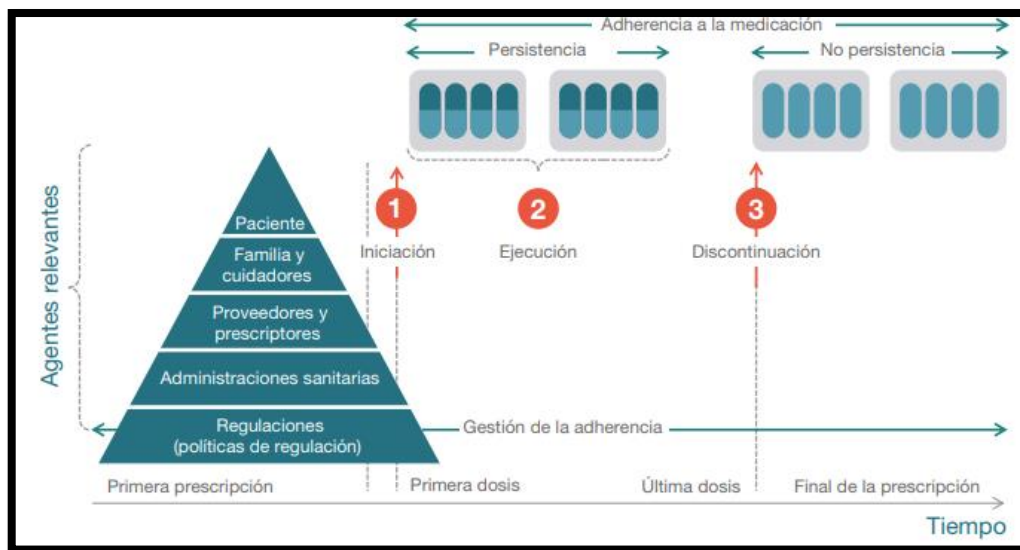


Figura 1-1: Componentes de la adherencia

Fuente: Farmaindustria, 2016.

El incumplimiento a la terapia farmacológica puede expresar ciertas diferencias que se observan entre la eficacia y la efectividad de los fármacos, que ocasionen la no adherencia al tratamiento.

Es importante destacar que la eficacia “tiene relación con el grado del buen funcionamiento de un tratamiento en ensayos clínicos o estudios de laboratorio” (Academia Europea de Pacientes, 2015, p.1). Mientras que la efectividad “hace alusión al grado de buen funcionamiento de un tratamiento en la práctica, una vez el fármaco que está disponible de forma generalizada” (Accesos profesionales, 2012, p.1).

- **Tipos de no adherencia**

La no adherencia se ha clasificado de diferentes maneras y se puede ver en la tabla 1-1.

Tabla 1-1: Clasificación de los tipos de la no adherencia

Tipos de no adherencia	Definición
Falta de adherencia intencionada	Existe una clara voluntad de no ingerir los medicamentos por parte del paciente
Falta de adherencia no intencionada	Se da por consecuencia de olvido involuntario, el esquema terapéutico del tratamiento es muy complejo y falta de conocimiento para crear rutinas y hábitos diarios entre otros.
Adherencia primaria	Ocurre cuando se le prescribe un nuevo tratamiento farmacológico a un paciente y el mismo no se acerca a la unidad de farmacia a recoger la medicación.
Adherencia secundaria	Surge cuando el paciente retira de la unidad de salud los medicamentos y los toma de manera inadecuada, es decir a horas incorrectas, dosis incorrecta, olvido de ingerir una o varias dosis y abandona su tratamiento antes de la fecha estipulada por el médico.
Según el período de seguimiento	
Incumplimiento parcial	Se da cuando el paciente en ocasiones se adhiere al tratamiento.
Incumplimiento esporádico	Es cuando el paciente incumple de manera ocasional por lo general se da en personas geriátricas que toman inadecuadamente la dosis de los medicamentos o en ocasiones lo olvidan.
Incumplimiento completo	Surge abandonan el tratamiento de manera indefinida, se presenta en los jóvenes.
Cumplimiento de bata blanca	El paciente se adhiere al tratamiento cuando la visita médica está cerca

Fuente: Ibarra y Murillo, 2017: pp. 6-8

Realizado: Ximena Gusñay, 2018

1.1 Métodos para medir la adherencia terapéutica.

Para saber si los pacientes se encuentran ingiriendo los medicamentos de forma correcta se debería medir la adherencia terapéutica, para lo cual es esencial conocer métodos que sean

sencillos y que no requieran de grandes esfuerzos ni tiempo; los cuales se detallan en el siguiente apartado (Ibarra y Murillo, 2017: pp. 13-18).

- **Métodos objetivos directos**

Se caracterizan en la determinación de la concentración del analíto en los fluidos biológicos como sangre y orina, lo que significa que el fármaco ha sido ingerido, por lo que se puede presumir estar frente un cumplidor de bata blanca, su utilización es limitado porque presenta un elevado costo y requiere de infraestructura (Peralta y Carbajal, 2008: pp. 84-88).

- **Métodos objetivos indirectos**

Se evalúa la no adherencia a partir de las situaciones que se relacionan con el grado de control de la patología, y los más usados se describen a continuación

- a. Citas médicas

Se considera un problema grave el incumplimiento a las citas médicas por parte del paciente, aunque no implica que los pacientes que acuden a las citas médicas sean cumplidores ni tampoco que los que no acuden sean incumplidores (Peralta y Carbajal, 2008: pp. 84-88).

- b. Recuento de comprimidos

El personal de salud puede realizar un registro de los medicamentos que el paciente consume en cada cita, o también puede acudir por sorpresa al domicilio del paciente para realizar el recuento de los medicamentos; en la actualidad se han diseñado envases que contienen un dispositivo electrónico o micro chip que realiza el conteo de los medicamentos por cada vez que el envase sea abierto, el inconveniente es que presenta su alto valor económico y puede arrojar falsos positivos cuando una persona menor juegue con el envase (Peralta y Carbajal, 2008: pp. 84-88).

- **Métodos subjetivos indirectos**

Los métodos subjetivos indirectos son los más comúnmente empleados se aplican por medio de cuestionarios debido a que son económicos, sencillos y fáciles de aplicar e interpretar. La tabla 2-1 describe las características de los cuestionarios que más se aplican en las enfermedades crónicas (Rojas et al., 2016: pp.26-32).

Tabla 2-1: Métodos subjetivos indirectos

Patología	Método	Definición	Validez
Enfermedades en general	test de Haynes-Sackett	Este método es uno de los más sencillos para utilizar en atención primaria. Es breve económico y con escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión.	Baja sensibilidad.
Enfermedades crónicas	Test de Morisky-Green:	Tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento farmacológico, además presenta la ventaja de proporcionar información sobre las causas del incumplimiento	Especificidad de 94% Fiabilidad 0.61%.
hipertensión arterial Dislipidemias.	Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)	Breve, comprensible, económico y muy fácil de aplicar.	Buena sensibilidad.
Cualquier enfermedad	Test de Hermes	Método muy sencillo, económico, breve y fácil de aplicar.	Bajo valor predictivo negativo.
Cualquier enfermedad	Test de Herrera Carranza	Método muy sencillo, económico, breve y fácil de aplicar.	No validado. Bajo valor predictivo negativo
Enfermedades de VIH trasplante renal	Test de adherencia SMAQ (Cuestionario simplificado de adherencia a la medicación)	Es un método validado para la población con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es muy sencillo, breve, económico y fácil de aplicar. Se puede usar como semicuantitativo, asignándose un porcentaje de cumplimiento	Alta sensibilidad (72 %) y especificidad (91 %). Alta consistencia interna e interobservador
Diabetes hipertensión	Brief Medication Questionnaire (BMQ) (Breve cuestionario de la medicación)	Es una herramienta para valorar el cumplimiento terapéutico, explora tanto los comportamientos como las barreras para la adherencia.	Sensibilidad del 80 % y especificidad del 100 % Buena relación con MEMS (sistema de

Fuente: (Ibarra et al.,2017; Limaylla et al., 2016).

Realizado por: Ximena Gusñay, 2018.

1.2 Factores que influyen en la adherencia terapéutica

La falta de adherencia se resume como un proceso muy complejo, está incluido por factores que dependerán de la enfermedad, tratamiento farmacológico, entorno sanitario y entorno personal del paciente. Según la OMS define la adherencia al tratamiento como un estado complejo por parte del paciente y está implicado por distintos factores o dimensiones como se puede ver en la figura 2-1 (Organización Mundial de la Salud, 2004, pp.27-35).



Figura 2-1: factores influyentes en la adherencia terapéutica.

Realizado por: Organización Mundial de la Salud, 2004, pp.27-35

A continuación se describen los factores que influyen negativamente en la adherencia terapéutica.

a. Factores socioeconómicos

En el paciente la falta de adherencia terapéutica genera pérdidas sensibles a la economía familiar cuando los fármacos no son consumidos e innecesariamente tienden almacenar los medicamentos, lo que puede acarrear serias consecuencias como intoxicaciones accidentales en los niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia. Además, de incrementar considerablemente el gasto en salud por parte del estado cuando aumenta el número de hospitalizaciones tanto emergencia como en cuidados intensivos (Jaramillo, 2017, p.21).

El alto costo de los fármacos es una de las causas con mayor importancia ante la falta de adherencia terapéutica; también incluye el bajo nivel educativo, la falta de apoyo familiar, el analfabetismo, la cultura, las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento entre otros (Jaramillo, 2017, p.21).

Para mejorar la adherencia al tratamiento se requiere del apoyo socioeconómico por parte del estado, la familia y la comunidad además que los precios de los medicamentos sean asequibles y los sistemas de distribución de los fármacos se realicen de manera confiable pues estas intervenciones sociales se consideran efectivas para mejorar la adherencia terapéutica (Jaramillo, 2017, p.21).

b. Factores relacionados con el tratamiento

La forma de la administración de los medicamentos, los efectos adversos, la cantidad fármacos y las tomas diaria, son factores que actúan de forma negativa afectando el estilo de vida y los hábitos del paciente, pues existe una relación directa entre la complejidad del tratamiento farmacológico y la no adherencia, se considera que la simplificación del tratamiento es una estrategia eficaz porque facilita el esquema terapéutico del paciente produciéndose mejoras significativas en la adherencia (Ibarra y Murillo, 2017: pp. 31-40).

Otra barrera que se presenta es el olvido de la toma de los fármacos, debido a errores personales como el cansancio, o el olvido del lugar que guardo los medicamentos, por consiguiente

incorporar la toma de los medicamentos con las actividades diarias que realiza el paciente sería de total éxito (Ibarra y Murillo, 2017: pp. 31-40).

La guía del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica. (NICE) sugiere tener en cuenta cuando el paciente desea minimizar la cantidad de fármacos que consumen, y poder conocer las inquietudes que tiene sobre la medicación que ingiere, e informar medidas para incorporar la toma de medicamentos con la rutina diaria o a su vez dar a conocer alternativas no farmacológicas que implican cambios en el estilo de vida como dieta y ejercicio para poder mejorar su adherencia (Ibarra y Murillo, 2017: pp. 31-40).

c. Factores relacionados con el paciente

Dentro de los factores relacionados con el paciente se encuentran los aspectos demográficos como el género, la edad, la falta de confianza en el tratamiento, los bajos recursos económicos, el bajo nivel educativo, el grado de conocimiento sobre la enfermedad, el temor de crear dependencia, el olvido, las creencias negativas de los tratamientos y las bajas expectativas del mismo, el coste elevado del transporte, el alto coste de los medicamentos influyen significativamente en el proceso de la adherencia terapéutica (Organización Mundial de la Salud, 2004, pp.27-35).

d. Factores relacionados con la enfermedad

Los factores que están relacionados con la enfermedad van a depender si la patología es asintomática o sintomática, la aceptación de la enfermedad y la motivación para tratar la misma. Se considera que las patologías crónicas generan mayores inconvenientes de adherencia a comparación de las agudas, además cuando el paciente no presenta síntomas produce elevadas tasas de incumplimiento; los pacientes pluripatológicos son un grupo de especial interés por presentar un alto nivel de polimedicación y un aumento del consumo de los recursos sanitarios (Ibarra y Murillo, 2017: pp. 45-50).

La gravedad de los síntomas y enfermedad que presenta el paciente, la discapacidad, la disponibilidad de tratamientos efectivos son algunos determinantes fuertes que influyen en la adherencia terapéutica y su repercusión va a depender de cuánto influye en la percepción de riesgo

de los pacientes, la importancia de seguir el tratamiento y la prioridad que se le dé a la adherencia terapéutica (Ibarra y Murillo, 2017: pp. 45-50).

e. Factores relacionados con el sistema o equipo de asistencia sanitaria

La adherencia al tratamiento se ha considerado como un problema de salud pública; la OMS señala, que existen métodos o intervenciones para minimizar las barreras y estos deben transformarse en componentes centrales para mejorar la salud de los pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2004, pp.27-35).

Las barreras que se presentan son la falta de concienciación y conocimiento acerca de la adherencia terapéutica, la ausencia de herramientas clínicas que sirvan de apoyo en los profesionales sanitarios para evaluar los problemas de adherencia, la falta de herramientas comportamentales que intervengan en los pacientes desarrollando comportamientos adaptativos y la comunicación entre los pacientes y el personal de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2004, pp.27-35).

Hoy en día existe un instrumentos que permite evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, fue diseñado en el año 2006 por Bonilla y De Reales y conforme pasa el tiempo este instrumento ha sufrido una serie de modificaciones por varios investigadores quedando finalmente agrupados en cuatro dimensiones que evalúan los factores socioeconómicos, los factores relacionados con el proveedor y el sistema de salud, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente, el coeficiente de confiabilidad de este instrumento es de 0,60 (Jaramillo, 2017, p.26).

1.3 Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica

La adherencia a los tratamientos farmacológicos es importante para tener excelentes beneficios clínicos en la salud, los pacientes presentan complicaciones al utilizar correctamente los medicamentos, ocasionando de cierta manera el abandono del tratamiento lo que da lugar a la falta de adherencia para ello es importante identificar qué factores influyen y poder diseñar estrategias las cuales se detalla en el siguiente apartado (Ibarra y Murillo, 2017: pp. 50-57).

- **Estrategias técnicas**

Son un tipo de intervenciones encaminadas a simplificar los esquemas terapéuticos, mediante la disminución del régimen terapéutico realizándose modificaciones en la dosis o en la reducción de la frecuencia de la toma; autores consideran que cuando aumenta la complejidad del tratamiento los niveles de adherencia baja, por lo que esta intervención es considerada como una buena estrategia, se aplica a pacientes polimedicados con enfermedades crónicas porque mejora la adherencia consiste en revisar el tratamiento farmacológico y suspender la medicación que no es necesaria pues las personas tienen mejor adherencia en pautas de una vez al día en comparación con pautas cada dos o tres veces al día (Dilla et al., 2009: pp.342-348).

- **Estrategias educativas**

Este tipo de intervenciones fueron diseñadas para educar a los pacientes mediante el concepto de que las personas que comprenden su condición de salud y su tratamiento estarán al pendiente de su tratamiento y será una manera más fácil que ingiera correctamente la medicación. Se considera importante que el paciente conozca qué medicamentos tiene que tomar, cómo y cuándo, y en qué condiciones debe conservarlos, además de brindar información sobre la enfermedad y de las consecuencias que genera el incumplimiento, los principales efectos adversos del tratamiento, así como también los beneficios de seguir el tratamiento correctamente, estas deberán darse utilizando un lenguaje claro y fácil de entender (Rodríguez et al., 2014: pp.110-120).

La información se debe proporcionar de forma oral, escrita, además de proporcionar el número telefónico para que el paciente pueda consultar sus dudas que surjan posteriormente. Para proporcionar la información se debe hacer uso de carteles informativos, trípticos, entrevistas individuales, charlas educativas a poblaciones específicas, material audiovisual de diferentes patologías, información en medios de comunicación y mediante webs o aplicaciones, estas didácticas harán que el paciente adopte voluntariamente una actitud positiva frente a la medicación o la enfermedad (Rodríguez et al., 2014: pp.110-120).

- **Estrategias conductuales**

Modifican y fortalecen el comportamiento de los pacientes en su cuidado en este tipo de estrategia engloban intervenciones como adecuar el tratamiento a las rutinas diarias del paciente mediante

la utilización de pastilleros y entrevistas motivacionales. Se considera importante relacionar la toma de medicamentos con las actividades diarias para poder recordar la toma a la hora exacta de los medicamentos (Rodríguez et al., 2014: pp.110-120).

La entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa y tiene como objetivo provocar un cambio en el comportamiento del paciente ayudando a explorar y resolver sus problemas en su salud aumentando la motivación en el paciente para que surja un cambio motivación personal (Rodríguez et al., 2014: pp.110-120).

Los sistemas personalizados de dosificación (SPD) son dispositivos de control de post dispensación, tiene la función de facilitar la toma correcta de los medicamentos según la pauta prescrita y siguiendo los protocolos normalizados de trabajo (PNT). Además pueden servir para detectar el incumplimiento al momento de devolver el pastillero a la unidad de farmacia para que ese sea completado por una nueva medicación y de esa manera se puede observar las dosis no consumidas, además de evitar los olvidos las dosificaciones y la duplicidad posológica, está indicado para los pacientes polimedicados, personas con problemas cognitivos, individuos que olvidan las dosis o las ingieren de manera irregular (Rodríguez et al., 2014: pp.110-120).

Los sistemas de Recuerdo Horario (SRH) también forma parte de este tipo de estrategias; fueron elaboradas para ayudar al paciente a recordar la hora que debe tomar los medicamentos, el olvido se produce cuando al paciente le prescriben más medicamentos, también cuando aumentan la complejidad del régimen terapéutico y cuando el horario de la toma coincide con cualquier actividad que le imposibilita al paciente ingerir los medicamentos; por lo que se considera importante realizar una adecuación terapéutica adaptada a cada paciente. A estos sistemas se los puede clasificar en dos grupos como el recuerdo de horario de la toma de los medicamentos y en sistemas de recuerdo de la pauta e instrucciones básicas (Rodríguez et al., 2014: pp.110-120).

Dentro de los primeros se encuentran las alarmas de horario, llamadas telefónicas por sistemas automáticos, mensajes postales, electrónicos y de texto sobre el recuerdo de horario, la asociación de la toma de la medicación con las actividades cotidianas; en cambio en los segundos sistemas están la hoja de medicamentos, pictogramas de posología, anotación de posología en la caja y apps para tablets o móviles (Rodríguez et al., 2014: pp.110-120).

- **De apoyo social y familiar**

Se describe el apoyo social y familiar como uno de los pilares para lograr la adherencia terapéutica. Dentro de este grupo de técnicas tiene implicación no solo el equipo de salud con la prescripción de medicamentos de con mejor relación costo beneficio; sino también otros actores sociales como la comunidad y la familia, los cuales deben de unir esfuerzos para lograr que el paciente se comprometa con su esquema terapéutico. Los programas de ayuda domiciliaria, la concesión de ayudas y préstamos para el pago de la medicación y la implicación de amigos y familiares en el control activo de la enfermedad y de la toma de la medicación son algunas de las acciones que se pueden realizar en este sentido (Jaramillo, 2017, p.24).

- **Dirigidas al profesional sanitario**

Las estrategias dirigidas al personal sanitario buscan como objetivo fundamental de que el paciente se sienta comprometido con la enfermedad y con el tratamiento del paciente; es esta la única forma de que se transmita de forma directa a la persona enferma la importancia de la adherencia terapéutica como forma de control de su enfermedad. El auto preparación del personal de salud es un elemento fundamental ya que permite encontrar formas de acercamiento al paciente que generan confianza y seguridad en el mismo. La labor de prevención que se debe realizar en los distintos niveles de atención es otra forma de comunicar la importancia de adherirse a hábitos y estilos de vida saludables (Dilla et al., 2009: pp.342-348).

Por último, resulta importante señalar la forma de conducirse del equipo de salud hacia el paciente. Este elemento es capaz de generar una empatía en el proceso de salud enfermedad que propicia la aclaración de dudas e inquietudes que en ocasiones constituyen la razón fundamental por la que el paciente abandona el tratamiento médico. Se debe mantener una adecuada comunicación con el paciente caracterizado en todo momento por la ver y el respeta a su autodeterminación, reconociendo su derecho a ser un actor activo en el proceso de control de su enfermedad (Dilla et al., 2009: pp.342-348).

Adulto mayor

Se denomina adulto mayor a la edad cronológica que presenta un individuo, mayor de 65 años de edad, donde se produce una disminución de las funciones cognitivas (García y Guerrero, 2018: p.9).

En América Latina se utiliza la palabra adulto mayor para referirse a las personas ancianas y es un sinónimo de vejez y ancianidad; en esta etapa el cuerpo sufre cambios a nivel corporal, fisiológicos y metabólico y surge la aparición de muchas enfermedades como la artrosis, diabetes, hipertensión arterial (HTA), osteoporosis, alzheimer entre otros, dificultando así las condiciones de vida y su autoestima; también se produce la afectación de los órganos de los sentidos dificultando la percepción sensorial (Ministerio de inclusión económica y social, 2018, p.1).

Según investigaciones biológicas, hoy en día ha surgido la aparición de varias teorías que explican el envejecimiento humano, a este fenómeno se le conoce con los términos de vejez, tercera edad, longevidad y adulto mayor. A lo largo de la vida el cuerpo realiza cambios morfológicos que afecta a la estructura y funcionamiento de los órganos, además de desarrollar modificaciones a nivel fisiológico, biológico, cultural, social y psíquico (García y Guerrero, 2018: p.9).

La clasificación de las teorías biológicas del envejecimiento se puede ver en la tabla 3-1.

Tabla 3-1: Teorías biológicas del envejecimiento.

Teorías biológicas	Definición
Teorías basadas en factores externos o “Ambientalistas”	Influyen todos los factores medioambientales que actúan sobre el organismo y reducen la capacidad para sobrevivir a las agresiones. Ej. Cambios en el estilo de vida, en la nutrición, el consumo de drogas, contaminación atmosférica y en el agua.
Teorías basadas en factores internos	Tratan de explicar el envejecimiento por causas inmunológicas, celulares, endocrinológicas y genéticas.
Teoría Inmunológica	A medida que avanzan los años el sistema inmunológico disminuye su capacidad para defenderse de las enfermedades pues los agentes invasivos destruyen el funcionamiento biológico natural.

Teoría Celular	Es provocado por la pérdida genética de información sobre el metabolismo y reproducción celular, perdiendo la capacidad que las células se dividan envejeciéndose y perdiendo su función.
Teoría Endocrinológica	El envejecimiento es el resultado de los cambios que se producen en la liberación de hormonas del cuerpo humano, por ejemplo, la pérdida de estrógenos que se produce durante la menopausia en las mujeres.

Fuente: García y Guerrero, 2018.

Realizado: Ximena Gusñay, 2018.

Interacciones de medicamentos y su relación con el adulto mayor

Las personas geriátricas tienden a presentar múltiples patologías y por ende produce la autoadministración de varios medicamentos para suplir los efectos colaterales que estos presentan, proporcionando resultados desfavorables en la salud del paciente por ocasionar reacciones adversas e interactuar con otros medicamentos, bebidas y alimentos; generando complicaciones en la evolución clínica del paciente (Gac, 2012: pp. 31-35).

Las interacciones entre los medicamentos surgen cuando se añade un fármaco a una pauta terapéutica o cuando se retira uno que ya se estaba administrando; cabe recalcar que las interacciones medicamentosas se producen por tres mecanismos como son farmacéutico, farmacocinético y farmacodinámico los cuales se explican en la tabla 4-1 (Gac, 2012: pp. 31-35).

Tabla 4-1: Mecanismos de interacciones medicamentosas.

Mecanismos de interacciones medicamentosas	Definición
Farmacéutico	Se refieren a las incompatibilidades de tipo físico-químico, que impiden mezclar dos o más medicamentos en una misma solución. Los profesionales bioquímicos farmacéuticos son los responsables de dar a conocer sobre las normas de una correcta administración.
Farmacocinéticas	Son aquellas en las que los procesos de absorción, distribución, metabolismo y eliminación de un medicamento son modificados por la administración de otro u otros fármacos. Por tanto, un adecuado conocimiento de las características farmacocinéticas de los medicamentos evita el desarrollo de una reacción adversa.

Farmacodinámicas	Son aquéllas en las que un fármaco determinado causa una alteración en la relación concentración-efecto de otro fármaco cuando se administran conjuntamente. Se deben a modificaciones en la respuesta del órgano efector, dando origen a fenómenos de sinergia, antagonismo y potenciación
------------------	---

Fuente: Gac, 2012.

Realizado: Ximena Gusñay, 2018.

La capacidad de distribución de los medicamentos se ve afectada por los cambios fisiológicos que se produce en el envejecimiento como la disminución del agua y masa corporal que afecta directamente en el proceso de absorción de los fármacos debido al aumento del pH gástrico y disminuye la motilidad intestinal (Gac, 2012: pp. 31-35).

1.4 Enfermedades crónicas no transmisibles

Según la OMS “las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son patologías de larga duración y de progresión lenta; las principales causas de mortalidad en el mundo son la hipertensión, diabetes, cáncer y las enfermedades respiratorias; además el consumo del tabaco, la inactividad física, y las dietas inadecuadas aumentan el riesgo de muerte en los pacientes geriátricos (Ministerio de salud pública, 2017: p.1).

A continuación se menciona los tipos de enfermedades crónicas no transmisibles.

a) Diabetes mellitus (DM)

La DM, es un tipo de enfermedad crónica, se manifiesta cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza de forma eficaz, existen dos tipos de diabetes. La diabetes tipo 1, conocida como insulino dependiente o juvenil, se caracteriza por presentar la ausencia de síntesis de insulina; mientras que la diabetes tipo 2, denominada insulino dependiente o del adulto, surge por la incapacidad que el cuerpo tiene para utilizar con eficacia la insulina, debido al exceso de peso o inactividad física (Alonso et al., 2016: p. 2).

La educación terapéutica mejora el control metabólico en la DM, además regula el peso y los niveles de hemoglobina glicosilada; los resultados son benéficos cuando se mantiene el paciente dentro de un programa de seguimiento integral, en el que incluye estrategias conductuales y crea hábitos y costumbres en el control de la enfermedad (Alonso et al., 2016: p. 8).

b) Hipertensión arterial

La HTA es una patología caracterizada por la elevación de la presión arterial por encima de los niveles normales. La complejidad y duración del tratamiento son las causas principales de la no adherencia al esquema terapéutico utilizado y la falta de adherencia incrementa la morbilidad asociada a la enfermedad, debido a que es una afección casi asintomática los pacientes experimentan poca sintomatología, o en ocasiones se encuentran asintomáticos, asumiendo erróneamente que no deben continuar con la medicación, lo que genera nueva morbilidad (Osácar, 2016:p. 1-25)

c) Artritis Reumatoide

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, crónica y sistémica en la que se producen auto anticuerpos que dificultan el adecuado funcionamiento de los órganos internos, principalmente sistema músculo-esquelético y articular; la causa más frecuente es la osteoartritis, lo que ocasiona lesiones en el cartílago que puede llegar a romperse con el tiempo. Las zonas más afectadas son: cuello, espalda, caderas y rodillas (Olvera et al, 2014, p. 26)

d) Enfermedad renal crónica (ERC)

Es la pérdida progresiva de la función renal, en tiempo variable. Al inicio es asintomática y si se diagnostica puede ser tratada; en etapas más avanzadas puede incluso llegar a la diálisis o necesitar un trasplante renal (Olvera et al, 2014, p. 26). La ERC empeora progresivamente con el pasar del tiempo; en su etapa terminal hay un deterioro marcado de los riñones donde falla su funcionamiento. La Diabetes y la HTA son las causas más frecuentes en la mayoría de los casos, aunque existen otras enfermedades que pueden producir daño renal donde se incluye la

poliquistosis renal, dentro de las afecciones congénitas; el consumo de algunos analgésicos y otros fármacos, entre otras (Rojas et al., 2016: pp.26-32).

CAPÍTULO II

2. MARCO METODOLÓGICO

Se realizó una investigación de tipo descriptivo y transversal, con un enfoque mixto y cuyo objetivo fue evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores del Centro de Salud Tipo C ESPOCH- LIZARZABURU.

La población incluida en el estudio estuvo conformada por 35 pacientes que pertenecían al club de adultos mayores, por lo que no se consideró necesario la aplicación de técnicas o fórmulas de determinación del tamaño muestral. Finalmente la muestra quedó constituida por 25 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión definidos para la investigación.

Los métodos utilizados en el estudio fueron, inductivo-deductivo para analizar las causas que influyen en la aparición y permanencia de la falta de adherencia farmacológica; el método analítico para hacer una correcta identificación del problema de estudio y determinar las condicionantes que generan el bajo nivel de adherencia farmacológica en los pacientes con enfermedades crónicas. Cada una de estas causas o condiciones se estudiaron de forma independiente para tener una visión individualizada del problema y posteriormente se unieron dando una panorámica general de la investigación.

2.1 Metodología

Previa autorización de las autoridades del Centro de Salud Tipo C ESPOCH-LIZARZABURU (Anexo A) y del consentimiento expresado por los pacientes (Anexo B), se procedió a la obtención de los datos de esta investigación, para ello se empleó una encuesta (Anexo C) dividida en tres partes, la primera sección contenía los datos generales de los pacientes, el segundo componente recogía información para evaluar el grado de adherencia terapéutica para lo cual se incluyó a la encuesta el test de Morisky Green y finalmente en la tercera parte de la encuesta se adoptó un cuestionario acerca de los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, el cual fue diseñado y validado por Bonilla y Gutiérrez

(2010, pp. 73-87) en su cuarta versión. Todas estas características permitieron determinar cada uno de los parámetros en la investigación.

2.1.1 Caracterización sociodemográfica de los pacientes con enfermedades crónicas.

Los aspectos generales que fueron recogidas en la primera parte de la encuesta, permitieron determinar las características sociodemográficas, para ello se evaluaron los aspectos como la edad, genero, escolaridad, tiempo de evolución de la enfermedad, tipos de enfermedades crónicas y la cantidad de medicamentos que consumían los pacientes,

2.1.2 Determinación del grado de adherencia terapéutica y factores implicados.

Para la evaluación del grado de adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedades crónicas se tuvo en cuenta la segunda parte de la encuesta que incluía cuatro preguntas correspondientes al test de Morisky Green y debía ser respondidas por lo pacientes en forma negativa o positiva, lo que se traduce como una respuesta dicotómica; la escala de respuesta fue no/si/no/no y cualquier otra variante indica que el paciente es incumplidor en relación a la adherencia terapéutica (Jaramillo, 2017, p.26).

Para la identificación de los factores que inciden negativamente en la adherencia terapéutica se utilizó la tercera parte de la encuesta misma que estuvo dividida en cuatro factores según dimensiones como son; factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo de salud, factores relacionados con la terapia y los factores relacionados con el paciente.

2.1.3 Diseño de estrategias para incrementar la adherencia terapéutica.

Tomando en consideración los resultados obtenidos en esta investigación, se propuso diseñar un plan de adherencia terapéutica que incluía estrategias educativas y conductuales con la finalidad de aumentar los índices de adherencia terapéutica.

2.2 Análisis de resultados

Para el procesamiento de la información, y con los resultados obtenidos, se procedió a estructurar una base de datos en el programa Excel de Microsoft Windows; los datos fueron procesados de forma automatizada utilizando el paquete estadístico SPSS-PC 24.5 para Windows.

Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión. Los niveles de significancia fueron establecidos en el 0,05 % y los intervalos de confianza fueron fijados al 95 % como medida para completar la estimación puntual de dicho estadístico.

Después de haber realizado el procesamiento estadístico se procedió a resumir los resultados en tablas y gráficos estadísticos con la finalidad de facilitar su correcta interpretación.

CAPÍTULO III

3. MARCO DE RESULTADOS, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 Caracterización sociodemográficas de los pacientes con enfermedades crónicas.

Después de realizar el análisis de los datos obtenidos se identificaron los siguientes resultados, que se presentan en la tabla 1-3.

Tabla 1-3: Caracterización de la población a través de las variables sociodemográficas.

Características		n	Muestra Total 25 adultos mayores con ECNT	p<0,05
Grupos de edad (años)	65-70	13	(52,00 %)	
	71-75	9	(36,00 %)	
	Mayor de 75	3	(12,00 %)	
	Edad media (años)		70,2 ± 15,8	
Genero	Masculino	5	(20,00 %)	0,14
	Femenino	20	(80,00 %)	0,025
Escolaridad	Primaria	15	(60,00 %)	0,07
	Secundaria	7	(28,00 %)	0,11
	Superior	0	(0,00 %)	
	Ninguno	3	(12,00 %)	0,13
Convivencia	Solo	2	(8,00 %)	0,14
	Esposo/a	9	(36,00 %)	0,11
	Hijos	14	(56,00 %)	0,09

Tiempo de evolución de enfermedad	Menor de 1 año	2	(8,00 %)	0,2
	De 1 a 4 años	8	(32,00 %)	0,93
	De 5 a 10 años	9	(36,00 %)	0,88
	Mayor de 10 años	6	(24,00 %)	0,135
Cantidad de medicamentos	Uno	2	(8,00 %)	0,2
	De dos a tres	16	(64,00 %)	0,06
	Más de tres medicamentos	7	(28,00 %)	0,75

Fuente: Encuestas; 2018

p<0,05

Realizado: Ximena Gusñay, 2018

El análisis de las variables sociodemográficas (Tabla 5-3) muestra un promedio de edad de 70,2 ± 15,8 años, con un promedio de pacientes entre 65 y 70 años (52,0 %), seguido de los pacientes entre 71 y 75 años con 36,0 %, existió un predominio en pacientes de género femenino con 80,00%, dato estadísticamente significativo. Resulta importante destacar que esta investigación fue realizada en pacientes adultos mayores por lo que se justifica de cierta manera el promedio de edad y el predominio del grupo etario. Sin embargo, en relación al elevado número de mujeres en la investigación se considera importante señalar que las personas que conformaban en su gran mayoría el club fueron de género femenino.

En relación al grado de escolaridad, el 60,0 % de los adultos mayores refirió haber terminado la primaria, el 28,0 % haber culminado la secundaria y el 12,0 % no haber asistido a ningún centro educacional, estos últimos datos no mostraron significación estadística, sin embargo ciertos autores manifiestan que el bajo nivel de escolaridad influye de manera significativa en la adherencia terapéutica, pues los pacientes con menor instrucción académica no entienden perfectamente las indicaciones recomendadas por el médico y dificultan el cumplimiento de las dosis terapéuticas generando el abandono del tratamiento farmacológico (Agámez et al.,2018:p.5).

En relación a la convivencia de los pacientes se pudo identificar en el momento de realizar la investigación el 56,0% de los pacientes vivían con sus hijos, el 36,0 % de los adultos mayores vivían con su esposa(o) y solo 2 casos (8,0 %) vivían solos. Según bibliografía ciertos autores consideran que la convivencia es uno de los elementos a tener en cuenta, los pacientes que viven solos tienen mayor problema en el manejo de sus medicamentos y por ende existe mayor riesgo

en el abandono del tratamiento (Sánchez, 2013:pp.40-48). Por otra parte se considera que vivir con la familia puede significar un apoyo para que el paciente se sienta motivado por mantener una adecuada adherencia (Olvera, 2014:p.26).

El tiempo de evolución de la enfermedad predominante fue el comprendido entre 5 y 10 años (36,0 %), seguido del de 1 a 4 años con 32,0 % de incidencia. Estos aspectos son señalados por algunos autores de forma contradictoria debido a que plantean que puede ser un elemento que genere cierta inseguridad en relación a la permanencia de la administración de fármacos, mientras que otros reportan que puede constituir un incentivo teniendo en cuenta la evolución satisfactoria de la enfermedad (Dilla et al.,2009; Olvera et al., 2014).

El 64,0 % de los casos se administraban diariamente entre 2 y 3 medicamentos, mientras que el 28,0 % de los adultos mayores toman más de 3 medicamentos diarios. Ninguno de estos resultados fue estadísticamente significativo; sin embargo la polimedicación es un problema que aqueja a la tercera edad; según investigaciones realizadas establecen que para el uso de dos fármacos el riesgo de un evento adverso relacionado con la medicación es del 13% pero con cinco aumentaría al 58% y si se utilizan más de siete medicamentos la incidencia llega al 82%; provocando consecuencias graves, e interacciones entre fármacos (Gavilán et al., 2012: p. 162).

La distribución de pacientes según el número y tipo de ECNT determino que el 56,0% de los pacientes incluidos en la investigación reportaron presentar al menos dos ECNT. Dentro de estas la HTA fue la de mayor representatividad al estar presente en el 84,0% del total de adultos mayores, este último dato resultó ser estadísticamente significativo. La DM y el Hipotiroidismo estuvieron presentes en el 40,0% y 28,0% de los pacientes respectivamente. Las de menor incidencia fueron la AR y la Hipertrigliceridemia, las que se presentaron en el 8,0% y 4,0% respectivamente. Estos datos no arrojaron significación estadística (Tabla 2-3).

Tabla 2-3: Distribución de pacientes según número y tipo de ECNT

ECNT	Número	%	P
Una enfermedad	11	44,0	0,10
Más de una enfermedad	14	56,0	0,08
Hipertensión arterial	21	84,0	0,02
Diabetes mellitus	9	40,0	0,06
Hipotiroidismo	7	28,0	0,07

Artritis reumatoide	2	8,0	0,12
Hipertrigliceridemia	1	4,0	0,18

Fuente: Encuestas; 2018

p<0,05

Realizado: Ximena Gusñay, 2018

En relación al número de ECNT que presentan los adultos mayores destaca de manera significativa que el 56,0% de los pacientes presentaron más de una afección, lo que complica y deteriora considerablemente su estado de salud, influyendo esto de manera negativa en su capacidad funcional y en su percepción de calidad de vida (Calderón, 2016, pp. 114-119).

Se reporta que la mayoría de las ECNT aparecen por encima de los 60 años de edad. La DM, la HTA, el Hipotiroidismo y la AR son descritas como afecciones crónicas que se presentan con mayor frecuencia en pacientes femeninas mayores de 60 años y son varias las investigaciones que reportan predominios de aparición de estas enfermedades alrededor de la sexta década de vida (Rodríguez et al., 2017, pp. 162-165).

La HTA fue la ECNT reportada con mayor frecuencia por los adultos mayores incluidos en la investigación. De acuerdo con el documento publicado por la OMS acerca de la deficiente adherencia al tratamiento antihipertensivo, establece que aproximadamente 75% de los pacientes de la tercera edad con diagnóstico de hipertensión arterial en Estados Unidos no logran el control óptimo de la presión arterial e informan que en este tipo de pacientes se presenta una serie de condiciones que favorecen la aparición de esta temible enfermedad, además describe que la disminución de la elasticidad de las arterias, el aumento de la aterosclerosis son las condicionantes fundamentales que influyen positivamente en la etiopatogenia de la HTA (Contreras, 2010:p.2).

La DM, sobre todo el tipo 2 o no insulino dependiente, se encuentra influenciada por factores de riesgo como el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo; a los que se unen otros factores como es la imposibilidad por parte de las células de reconocer el complejo insulina-glucosa (Orozco et al., 2016, pp. 406-420). En el caso de la AR se describe que este tipo de patología requiere de un tratamiento farmacológico a largo plazo, con medicamentos que poseen múltiples efectos adversos y esquemas complejos de dosificación; todos estos factores pueden contribuir a disminuir los niveles de adherencia terapéutica y generar un mal manejo y control de la enfermedad (Ruiz et al., 2016: p. 1-13).

El hipotiroidismo presenta características distintivas en el área donde se desarrolla la investigación; se describe que el pico de incidencia del hipotiroidismo es a partir de los 50 años de edad, sin embargo, en la ciudad de Riobamba existe un marcado aumento de la incidencia de pacientes con esta afección en consultas y en edades más jóvenes (Sarabia et al, 2016, p. 21-32).

3.2 Determinación del grado de adherencia terapéutica.

Para la evaluación del grado de adherencia terapéutica se aplicó el test de Morisky Green con su escala de respuesta dicotómica (no/si/no/no), según las reglas que aplica este método en el gráfico 1-3 indica que el 64% de los adultos mayores incluidos en la investigación no son adherentes con el esquema terapéutico que sostiene para su enfermedad. Mientras que solo el 36% de ellos mantiene una adherencia adecuada al tratamiento de su ECNT. Estos datos fueron estadísticamente significativos.

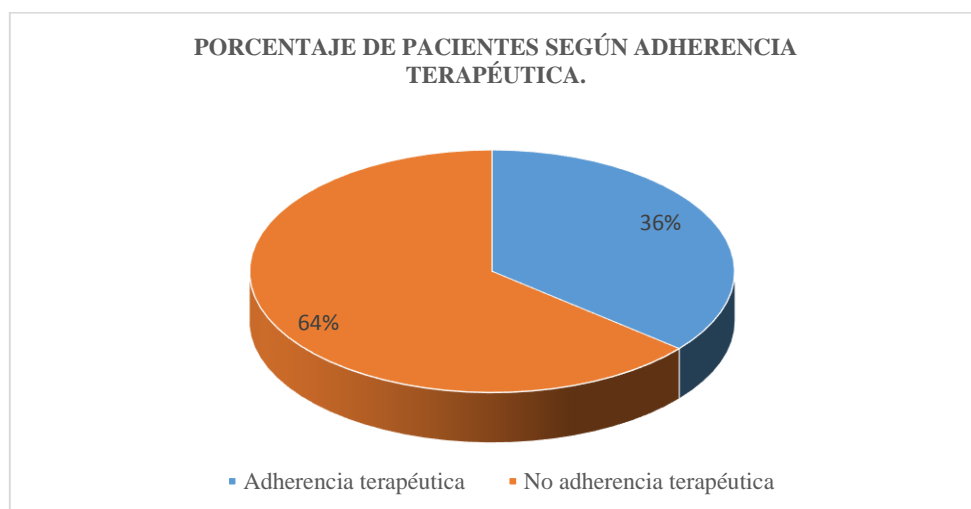


Gráfico 1-3: Porcentaje de pacientes según adherencia terapéutica.

Fuente: Encuestas; 2018

Realizado: Ximena Gusñay, 2018

Al analizar la adherencia terapéutica de los pacientes incluidos en la investigación se pudo observar un elevado porcentaje de pacientes que no son adherentes. Se describe la adherencia al tratamiento como el elemento más importante para lograr el control de las ECNT y disminuir de esta forma la aparición de complicaciones y la mortalidad causada por este concepto (Sánchez et al., 2013; Díaz et al., 2018).

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los descritos por otros autores que reportan niveles bajos de adherencia terapéutica en pacientes con ECNT. Autores como Terenchenko y col encuentran distintos grados de adherencia en los pacientes con DM, indica un 75% de cumplimiento del uso de hipoglucemiantes, un 52 % de los pacientes se adhiere a las indicaciones nutricionales y solo el 26 % cumple las indicaciones del equipo de salud en torno a la realización de actividad física (Sánchez et al., 2013; Díaz et al., 2018).

Se describe una estrecha relación entre la esfera psicológica y la adherencia farmacológica, el estado emocional del paciente influye de manera significativa en la decisión de cumplir o no con las indicaciones médicas; si el paciente se siente convencido y nota preocupación por parte del equipo de salud al recibir una adecuada explicación de la enfermedad y de la posible evolución, entonces su estado psíquico será favorable, lo que generará un adecuado ambiente que terminará en compromiso con el tratamiento médico y con la adherencia terapéutica (Ramos, 2015, pp.175-189).

La tendencia actual es hacia la disminución de la adherencia terapéutica en los pacientes con ECNT. Una investigación realizada en pacientes hipertensos y diabéticos en el año 2015 mostró como resultado que solo el 9,8 % de los pacientes pudieron ser considerados como adherentes terapéuticos (Rodríguez et al., 2015, pp. 192-199).

Otro estudio celebrado en Paraguay en el año 2017 concluyó que más de la mitad de los pacientes diabéticos e hipertensos no mostraban una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico impuesto por el personal médico (Ríos, 2018:pp.12-81).

3.3 Determinación de los factores implicados en la adherencia terapéutica.

La afectación socioeconómica como factor determinante para la no adherencia terapéutica estuvo presente en los 16 pacientes que no seguían las indicaciones médicas. Este dato mostró significación estadística (Tabla 3-3).

Tabla 3-3: Distribución de pacientes según influencia de factores socioeconómicos en la adherencia terapéutica

Factores socioeconómicos	Número	%	P
Sin afectación socioeconómica	0	0,0	----
Con afectación socioeconómica	16	100,0	0,001
Total	16	100	---

Fuente: Encuesta, 2018

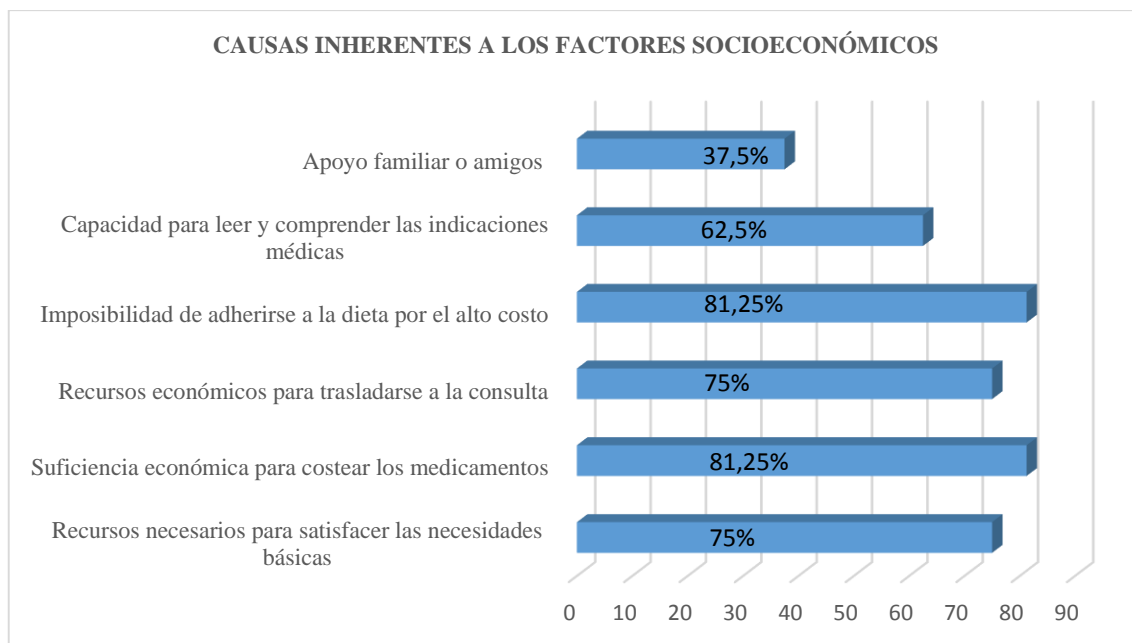
p<0,05

Realizado: Ximena Gusñay, 2018

Al realizar el análisis de los distintos factores que influyeron en la adherencia terapéutica de los adultos mayores incluidos en esta investigación se pudo comprobar que los factores socioeconómicos fueron los de mayor incidencia ya que estuvieron presentes en todos los pacientes que reportaron no cumplir las indicaciones médicas realizadas por el equipo de salud en torno a su ECNT. Otras investigaciones también reportan a este tipo de factores como los de mayor incidencia en el no cumplimiento de las indicaciones médicas (Corugedo et al., 2011, pp. 504-512).

El gráfico 2-3 muestra las causas de los factores socioeconómicos en los pacientes que no son adherentes terapéuticos, en este sentido se observa que el 81,25% de los encuestados refirieron dificultades con la suficiencia económica para costear los medicamentos y con el elevado costo de los alimentos que imposibilita adherirse al régimen dietético indicado por el personal de salud. La no disponibilidad de recursos para trasladarse al lugar de la consulta y para satisfacer las necesidades básicas estuvo presente en el 75% de los adultos mayores. Estos datos reportaron significancia estadística.

La incapacidad para leer y comprender las indicaciones médicas y el no apoyo familiar y social fueron reportados por el 62,5% y 37,5% de los adultos mayores respectivamente; datos que no representaron significación estadística.



p<0,05

Gráfico 2-3: Porcentaje de pacientes según adherencia terapéutica y factores socioeconómicos.

Fuente: Encuestas; 2018

Realizado: Ximena Gusñay, 2018

Dentro de las causas de los factores socioeconómicos los de mayor incidencia estuvieron relacionadas con dificultades económicas para adquirir los fármacos indicados o para cumplir las recomendaciones dietéticas debido al alto costo de algunos alimentos, es importante destacar que el personal de salud debe tener en cuenta estos aspectos. Los pacientes adultos mayores, en su mayoría no cuentan con los recursos económicos para poder hacer frente a grandes gastos en alimentos y fármacos, hay que recordar que estas personas en su gran mayoría no perciben ingresos mensuales y solo lo reciben aquellos que están jubilados. Los que no tienen los beneficios de la jubilación están a merced de la ayuda de los hijos u otros familiares o amigos para poder satisfacer sus necesidades básicas y muchas veces se priorizan otros aspectos antes que los medicamentos (Denegri et al., 2016, pp. 105-115).

En un estudio realizado detectaron que los adultos mayores tienen dificultades para entender las indicaciones prescritas; la causa principal es la letra ilegible de los médicos que el paciente no entiende, confunde y le provoca temor por lo que puede generar el mal uso de los medicamentos y dificultar el cumplimiento del tratamiento (Contreras, 2010:p.2). A pesar que el ministerio de salud pública MSP (2012, pp. 1-2) ha expedido instructivos para el llenado de la receta médica el cual se debe realizar con letra legible, en la actualidad

no todos los médicos lo adoptan al momento de la prescripción. Por otra parte autores reflejan la importancia que tiene el apoyo familiar y social como soporte para el paciente tanto en lo emocional como en lo económico, aspectos que facilitan una adecuada continuidad en el tratamiento y en las recomendaciones que debe seguir; por lo tanto, se constituye en un factor fundamental en el logro de las metas terapéuticas (Contreras, 2010:p.3).

Los factores relacionados con el equipo de salud estuvieron presentes en el 81,25% de los pacientes no adherentes farmacológicos. Este resultado fue estadísticamente significativo (Tabla 4-3).

Tabla 4-3: Distribución de pacientes según influencia de factores relacionados con el equipo de salud en la adherencia terapéutica.

Factores relacionados con el equipo de salud	Número	%	P
Sin afectación	3	18,75	0,5
Con afectación	13	81,25	0,03
Total	16	100	---

Fuente: Encuesta, 2018

p<0,05

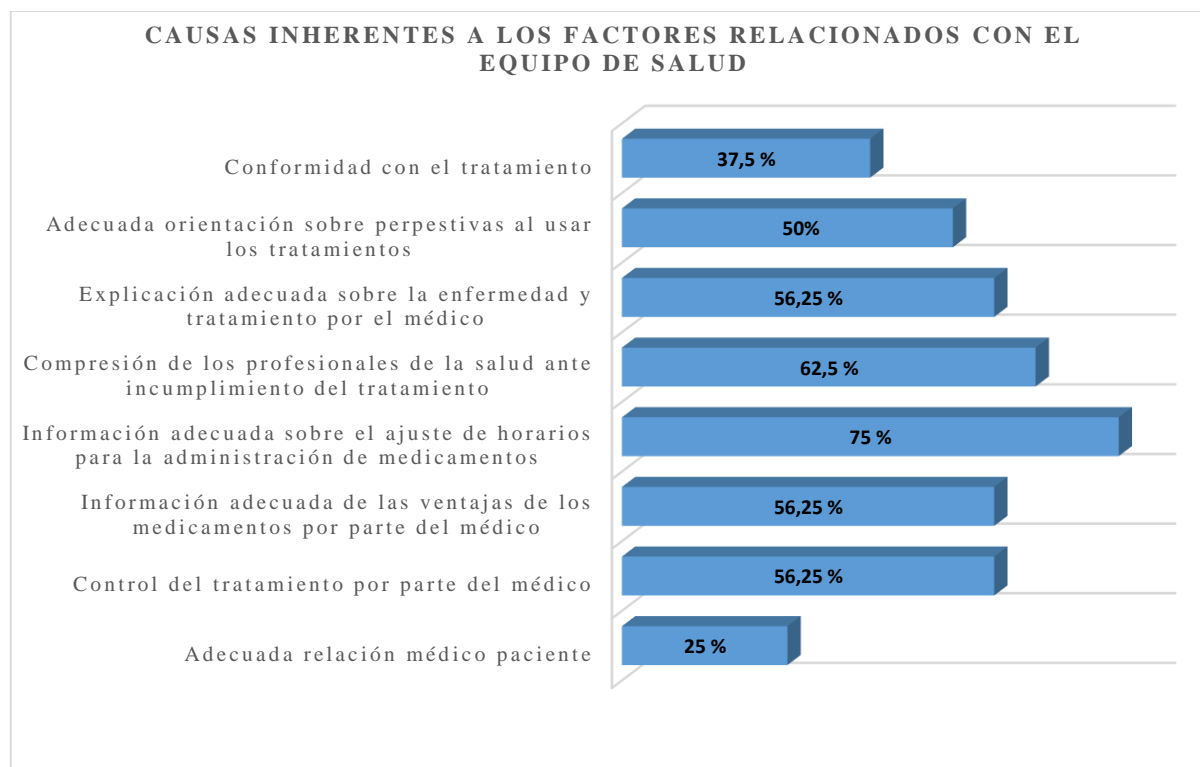
Realizado: Ximena Gusñay, 2018

Existen investigaciones que reportan, igualmente, elevados porcentajes de influencia del equipo de salud en la adherencia de pacientes con enfermedades tanto agudas como crónicas. Sin duda alguna, juega un papel fundamental en la decisión del paciente de cumplir o no las indicaciones médicas recomendadas (Arce et al., 2017:p. 1).

El gráfico 3-3 indica las causas de incidencia de los factores relacionados con el equipo de salud en la adherencia terapéutica; los pacientes reportaron como elemento de mayor incidencia una inadecuada información relacionada con el ajuste de horarios para administrar los medicamentos según las actividades diarias que realizan (75,0%); le sigue la incomprensión del médico en torno a la falla de administración del tratamiento (62,5%) y con un idéntico porcentaje de 56,25% se reportaron deficiencias relacionadas con la información brindada por el equipo de salud en torno al tratamiento, la enfermedad y al control de la misma. Estos datos arrojaron significación estadística.

Otros factores relacionados con el equipo de salud y que también fueron reportados como incidentes en la no adherencia terapéutica, aunque en menor medida son la inadecuada

información sobre las perspectivas al usar distintos esquemas terapéuticos (50,0%), la conformidad del paciente con el esquema terapéutico administrado (37,5%) y los problemas en la relación médico paciente que se presentaron en el 25,0% de los casos. Estos datos no resultaros ser estadísticamente significativos.



p < 0,05

Gráfico 3-3: Porcentaje de pacientes según adherencia terapéutica y el equipo de salud.

Fuente: Encuestas; 2018

Realizado: Ximena Gusñay, 2018

Una inadecuada información sobre los horarios, formas y vías de administración de los fármacos fue el factor que con mayor frecuencia se reportó. El personal de salud debe garantizar, mediante una correcta explicación, que el paciente comprenda todo lo relacionado con la administración de su esquema terapéutico. Existen reportes que señalan esta dificultad como el factor de mayor incidencia dentro de los relacionados con el equipo de salud en la adherencia terapéutica de los pacientes. Debe existir una correcta interrelación médico paciente para garantizar confianza y credibilidad hacia el esquema terapéutico utilizado para el control de su enfermedad (Sandoval et al., 2017, pp. 37-46).

La tabla 5-3, muestra la influencia ejercida por los factores relacionados con la terapia en la adherencia terapéutica de los adultos mayores estuvo presente en el 87,5% de los casos, lo cual fue estadísticamente significativa, solo dos pacientes refieren que estos factores no son motivos para ser no adherentes terapéuticos.

Tabla 5-3: Distribución de pacientes según influencia de factores relacionados con la terapia en la adherencia terapéutica.

Factores relacionados con la terapia	Número	Por ciento	P
Sin afectación	2	12,5	0,45
Con afectación	14	87,5	0,03
Total	16	100	---

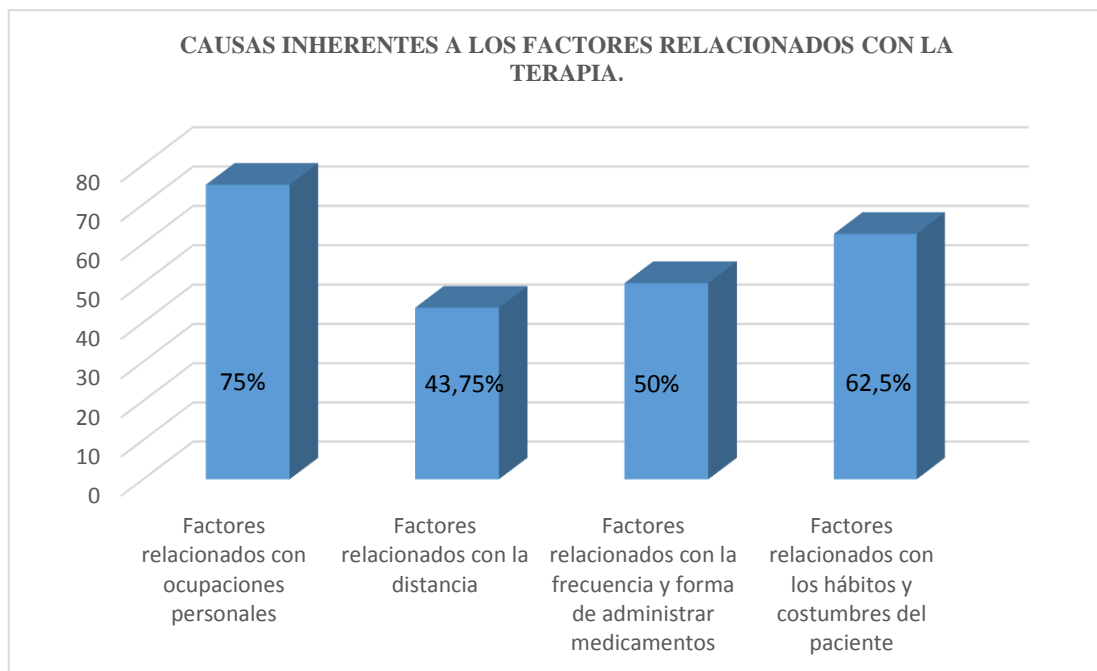
Fuente: Encuesta, 2018

p<0,05

Realizado: Ximena Gusñay, 2018

Estos factores son descritos como incisivos en la no adherencia de pacientes que se encuentran en régimen activo en relación a actividad laboral, sin embargo no han sido señalados con tanta importancia en adultos mayores (Rojas et al., 2016, pp. pp.328-339).

En el gráfico 4-3 se observa que dentro de los factores relacionados con la terapia que más influyeron en la adherencia terapéutica se encuentran las ocupaciones personales (75,0%) y con los hábitos y costumbres de los pacientes (62,5%), ambos resultados fueron estadísticamente significativos. También se encontró que la frecuencia y forma de administración de los fármacos (50,0%) y la distancia entre el domicilio y el centro de trabajo (43,75%) también fueron factores que influyeron negativamente en la adherencia terapéutica de estos pacientes.



p < 0,05

Gráfico 4-3: Porcentaje de pacientes según adherencia terapéutica y factores relacionados con la terapia.

Fuente: Encuesta, 2018

Realizado: Ximena Gusñay, 2018

Dentro de los factores relacionados con la terapia el que mayor significación aportó fue las ocupaciones personales de los pacientes. No se encontraron estudios en la literatura revisada que abordaran específicamente esta problemática; sin embargo, los factores relacionados con los hábitos y costumbres de los pacientes, son los segundos de mayor significación en esta investigación y han sido señalados como de gran influencia en la no adherencia terapéutica (Espinoza, 2016, pp. 236-238). En la ciudad de Riobamba existe una ascendencia elevada de población indígena autóctona de la zona, la cual tiene sus propias costumbres y creencias, sobre todo, relacionadas con la salud. Estos elementos hacen que en ocasiones se tenga una afinidad desmedida por la medicina tradicional y ancestral con tendencia a sustituir la medicina alopática indicada por los profesionales de la salud.

En la tabla 6-3 indica que los factores relacionados con el paciente solo incidieron negativamente en la adherencia terapéutica de 4 de los adultos mayores, mientras que los restantes 12 pacientes que no cumplen su adherencia terapéutica no reportaron incidencia de estos factores, lo cual fue estadísticamente significativo.

Tabla 6-3: Distribución según influencia de factores relacionados con el paciente en la adherencia terapéutica.

Factores relacionados con el paciente	Número	%	p
Sin afectación	12	75,0	0,02
Con afectación	4	25,0	0,24
Total	16	100	---

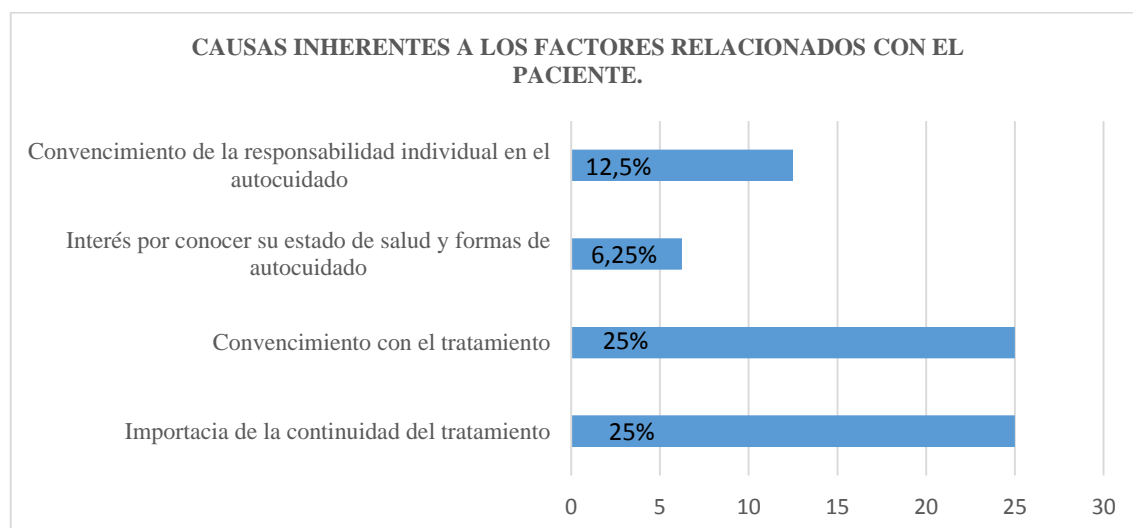
Fuente: Encuesta, 2018

$p < 0,05$

Realizado: Ximena Gusñay, 2018

Los factores relacionados con el paciente, al igual que otros reportes internacionales, fueron los que con menor frecuencia se presentaron. A pesar de su baja frecuencia de presentación continúan siendo importantes ya que afectan la adherencia terapéutica de estos pacientes, los cuales, al presentar una ECNT, se encuentran predispuestos a padecer un sin número de complicaciones que pueden poner en peligro su vida (Chacón et al., 2015, pp.18-27).

El gráfico 5-3 muestra que solo el 25,0 % de los casos reportó como problemas relacionados con el paciente y que influyen en la adherencia terapéutica factores relacionados con interpretación de la importancia de la continuidad del tratamiento y con el propio tratamiento. Otros factores como el convencimiento de la responsabilidad individual con el autocuidado (12,5 %) y el interés por conocer su estado de salud y enfermedad (6,25%) también estuvieron presentes en esta investigación.



$p < 0,05$

Gráfico 5-3: Porcentaje de pacientes según adherencia terapéutica y factores relacionados con la terapia.

Fuente: Encuesta, 2018

Realizado: Ximena Gusñay, 2018

Dentro de este grupo los factores reportados como más frecuentes fueron los relacionados con el convencimiento que muestran los pacientes con el tratamiento y la importancia que le confieren a la continuidad del mismo. Uno de los problemas de salud más inminentes al que se enfrentan las autoridades sanitarias del país es concientizar a la población en torno a la importancia de mantener un sistema de salud basado en la promoción y prevención de salud; dentro de este esquema ocupa un lugar privilegiado cumplir con la continuidad de los servicios de salud para lograr mayores índices de percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes (Rojas et al., 2016, pp. pp.328-339).

La no adherencia farmacológica constituye una barrera franqueable para el control de las ECNT; es necesario contar con métodos, estrategias y acciones encaminadas a modificar la conducta y perspectiva de los pacientes en este sentido. De ahí que resulte vital diseñar un plan estratégico de adherencia terapéutica en pacientes con ECNT del club de adultos mayores de este centro de salud.

3.4 Diseño de estrategias para incrementar la adherencia terapéutica.

La intervención tuvo una duración de una semana; y fue realizada mediante la aplicación de estrategias educativas; para ello se diseñó un tríptico (Anexo E) que contenía información básica y fundamental sobre la adherencia terapéutica, sus consecuencias y estrategias; posteriormente fue distribuido el tríptico a todos los pacientes que decidieron participar en el estudio. De igual manera se elaboró un cartel informativo (Anexo D) que se exhibió en la cartelera del centro de salud Lizarzaburu con el fin que los pacientes conocieran acerca de la adherencia terapéutica.

Otra estrategia que fue utilizada es la conductual; para ayudar a facilitar la toma correcta de los medicamentos se entregó al paciente un sistema personalizado de dosificación (Anexo F), consistía en un pastillero de material polímero resistente formado por veinte y un celdas dividida en siete columnas, según el número de días de la semana por tres filas correspondientes a la mañana, tarde y noche; lo que permitió reacondicionar todos los fármacos de forma farmacéutica sólida que el paciente consumía.

Junto con el pastillero se entregó una hoja de control de medicamentos (Anexo G), consistía en escribir manualmente toda la información de los fármacos prescritos por el médico, como el nombre comercial, genérico, concentración y dosis ordenados de manera cronológica según la hora de administración, con el fin de constituir un recordatorio facilitando el cumplimiento y aumentando la adherencia terapéutica.

Teniendo en consideración los resultados obtenidos en la etapa anterior del estudio, se propuso diseñar un plan de adherencia terapéutica dirigida a los pacientes del club de adultos mayores del Centro de Salud Tipo C ESPOCH- LIZARZABURU, el cual se presenta en el (Anexo I) en él, se describieron las metas, estrategias y actividades a utilizar según los diferentes problemas que presentaron el club, con el propósito de modificar la conducta y perspectiva de los pacientes que permita en futuro la implementación en la institución para aumentar los niveles de adherencia terapéutica.

CONCLUSIONES

Se concluye que existió un predominio en pacientes de género femenino con un 80,00%; la HTA fue la ECNT reportada con mayor frecuencia (84,0%), además en el 64,00% de los casos se administraban diariamente entre 2 y 3 medicamentos.

En club de adultos mayores se reportó que el 64 % de los pacientes con enfermedades crónicas, no presentaron adherencia con respecto a los esquemas terapéuticos que sostenían para su patología.

El factor socioeconómicos fue el de mayor incidencia en los pacientes que reportaron falta de adherencia terapéutica, y la causa de mayor relevancia fue el problemas económicos para costear los medicamentos y las dietas de elevado costo.

Se diseñaron y proporcionaron estrategias educativas y conductuales para los pacientes con enfermedades crónicas que presentaron falta de adherencia terapéutica y constituye un modelo para su posterior implementación.

RECOMENDACIONES

Es importante la adherencia terapéutica en todos los pacientes, especialmente en las personas de la tercera edad, por lo que se recomienda que el ministerio de salud implemente campañas que fomenten medidas de autocuidado, en el que se encuentren involucrados el personal de salud, el paciente y su entorno familiar.

Se recomienda que exista una interrelación más proactiva entre el médico como prescriptor y el farmacéutico para optimizar dosis, frecuencias, horarios y tipos de medicamentos de manera que se pueda realizar una prescripción personalizada con el fin de aumentar los niveles de adherencia terapéutica en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Academia Europea de Pacientes. *Academia Europea de Pacientes* [blog].2015. [Consulta: 16 diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.eupati.eu/es/seguridad-de-los-farmacos/eficacia-y-seguridad-de-los-farmacos/>

ACCESOS PROFESIONALES. *La eficacia de los fármacos* [blog].2012. [Consulta: 16 diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.adamedtv.com/trastornos-mentales/la-eficacia-de-los-farmacos/>

Agamez et al. “Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo”. *AMC* [en línea], 2008, Cuba vol 12, p.5. [Consulta: 15 septiembre 2018]. ISSN 1025-0255. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000500009&Ing=es&nrm=iso

Alonso, M., et al. *Guías Clínicas Diabetes mellitus.* [en línea].España: Boehringer Ingelheim, 2016. [Consulta: 17 diciembre 2018] Disponible en:
http://2016.jornadasdiabetes.com/docs/Guia_Diabetes_Semergen.pdf

Arce R.,et al. “Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con enfermedad de Chagas del Estado de Morelos”. *Revista biomédica*, [en línea], 2017, 28(1), pp.1 Disponible en:
<http://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/561>

Arias, G. “Adherencia Terapeutica”. *Rev Cuba Med Gen Integr* [en línea]. 2001, vol 17(5), pp. 502-505. [consulta: 2018-10-20]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n5/mgi16501.pdf>

Aviles et al. “Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana” 2012. España Generalitat Valenciana. *Conselleria de Sanitat*; 2012, p.27.

Benet et al. “Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas”. *Revista Finlay* [en línea], 2010, Cuba vol.7, pp. 162-165. [Consulta: 15 septiembre 2018]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/503>

Calderón, T. “Epidemiología de las enfermedades crónicas”. *Colombia Médica*, [en línea]. 2016, 22(3), pp.114-119. [Consulta: 3 noviembre 2018]. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/2564>

Conthe et al. “Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica”. *Estado de la situación y perspectiva de futuro. Rev Clin Esp* [en línea]. 2014;vol. 214(6), pp. 336-344 [Consulta: 15 noviembre 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008>

Corugedo M., et al. “Therapeutical support in patients presenting with high blood pressure from the Manuel Fajardo University Polyclinic in the Cruces municipality”. *Rev Cubana Med Gen Integr* [en línea]. 2011, vol.27, n.4 [Consulta: 10 octubre 2018], pp.504-512. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400009&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-212

Chacon, J., et al. “Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales”. *Rev Chil Cardiol* [en línea]. 2015, vol.34, n.1 [Consulta: 10 octubre 2018], pp.18-27. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602015000100002&lng=es&nrm=iso <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602015000100002>

Denegri MC., et al. “Bienestar subjetivo y patrones de alimentación en adultos chilenos: un estudio cualitativo”. *Rev. Mex. de trastor. aliment* [en línea]. 2016, vol.7, n.2 [Consulta: 2 noviembre 2018], pp.105-115. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-

Días, M. “La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación Implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot* [en línea]. 2014. 7(1), pp. 73-84 [Consulta:

15 noviembre 2018]. ISSN 1949-4742 Disponible en:
<https://dire.upr.edu/bitstream/handle/11721/1061/Vol.7-No.1-2014-p.73-84%20Griot.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Díaz E., et al. “Hipotiroidismo congénito primario y neurodesarrollo: un enfoque terapéutico integral”. *Acta Pediátrica de México*, 2018. 39(4), 299-315.

Dilla, T., et al. “Adherencia y persistencia terapéutica” *Causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria*. 2009;41(6):342–8.

EL GLOBAL. *El Observatorio de la Adherencia al Tratamiento y Sacyl colaboran para mejorar la adherencia en la comunidad.* [en línea]. Madrid [Consulta: 18 noviembre 2018]. Disponible en: http://www.elglobal.net/hemeroteca/el-observatorio-de-la-adherencia-al-tratamiento-y-sacyl-colaboran-para-mejorar-la-adherencia-en-la-comunidad-ABEG_752460

Espinosa, A. “La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas no transmisibles”. *Rev. Finlay* [en línea]. 2016, vol.6, n.3 [Consulta 15 octubre 2018], pp.236-238. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000300006&lng=es&nrm=iso

Etchevers M. et al. “Principales Desarrollos Y Enfoques Major Developments and Approaches on Alliance”. *Anu Investig.* 2012;19, pp. 225–232.

FARMAINDUSTRIA. *Plan de adherencia al tratamiento uso responsable del medicamento.* [en línea]. 2016;1, p. 7. [Consulta 20 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.farmaindustria.es/adherencia/>

Gac, O. “Polifarmacia y Morbilidad en adultos mayores”. *Rev. Med. Clin. Condes.* [en línea], 2012; 23(1), pp.31-35 [Consulta: 17 diciembre 2018]. Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_23_1/Polifarmacia.pdf

García A., Guerrero M. *estudio de los instrumentos de evaluación del deterioro cognitivo del proyecto “promoción y prevención de la salud mental y evaluación psicosocial en adultos mayores* (tesis). Universidad de Guayaquil. Ecuador. 2018.

Gavilan E., et al. “Ancianos frágiles polimedicados”. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* [en línea], 2012; España 47(4), pp.162–167 [Consulta: 16 noviembre 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X12000601>

González O., et al. (2015). “Caracterización clínico–epidemiológica de pacientes con artritis reumatoide”. *Revista Finlay*, [en línea]. 2015; 5(4), pp264-274. [Consulta: 10 noviembre 2018]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/382>

Guerra et al. “La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica”. *Rev Cuba Enfermer* [en línea]. 2010;26(2),p. 52–62. [Consulta: 22 noviembre 2018]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

Ibarra O., Murillo R. *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento.* [en línea].Barcelona-España: Boehringer Ingelheim, 2017. [Consulta: 23 noviembre 2018] Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf

Ministerio de Inclusión Económica y Social. *Ecuador lidera investigaciones sobre adultos mayores.* [Consulta: 29 noviembre 2018]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/ecuador-lidera-investigaciones-sobre-adultos-mayores/>

Ministerio de Salud Pública. *Conferencia Mundial sobre las Enfermedades No Transmisibles.* [en línea]. 2017, p.1. [Consulta: 29 noviembre 2018]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/ministra-de-salud-participa-en-conferencia-mundial-sobre-las-enfermedades-no-transmisibles-en-uruguay/>

Limaylla M., Ramos N. “Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico Indirecto”. *Rev Mex Neuroci* [en línea]. 2016;7(71), pp. 95-101. [Consulta: 2 noviembre 2018]. ISSN 1609-9044. Disponible en: <file:///C:/Users/mundo-pc/Downloads/13635-47089-1->

PB%20(2).pdf

López et al. “Adherencia al tratamiento”. *Redalyc*, [en línea]. 2016;21(1), pp. 117-137. [Consulta: 18 noviembre 2018]. ISSN 2462-8425. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3091/309146733010/>

Ministerio de Salud. Acuerdo Ministerial 1124. INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA RECETA MEDICA. Quito-Ecuador: MSP, 2012, pp.1-2.

Olvera A., et al. “Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial” *Biblioteca Lascasas*, [en línea]. 2014; 10(2), p 26 [Consulta: 11 noviembre 2018]. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0771.php>

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2004. ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES. [En línea] 2004. [Consulta: 15 noviembre 2018]. Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=4F8B6C817926F0924F6C04D6765DEAFB?sequence=1.](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=4F8B6C817926F0924F6C04D6765DEAFB?sequence=1)

Organización Panamericana de Salud. 2016. “*Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas*” [en línea] 2016. [Consulta: 15 noviembre 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_kunena&view=topic&catid=21&id=290&Itemid=123&lang=en

Orozco D., et al. “Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2”. *Aten Primaria* [en línea], 2016, España 48(6), pp. 406-420. [Consulta: 16 octubre 2018]. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S021265671500270X/1-s2.0-S021265671500270X-main.pdf?_tid=c0a09c39-4a11-45be-a08c-19ccef96d22&acdnat=1542762823_48579030b8d5844b61935a90d69ffaa8

Osácar Andrea. *Hipertensión Arterial: Adherencia al tratamiento* (tesis). Universidad Pública [en línea] Universidad de Navarra. 2016. pp.1-25. [Consulta: 17 diciembre 2018]. Disponible en:

<http://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/23387/TFG%20OSACAR.A..pdf?sequence=1>

Pantoja C., Delgado D. y Rubilar C. “Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2”. *Rev Costarr Salud Pública*, [en línea], 2013; 22, pp. 9-13.

Peralta M., Carbajal P. “Adherencia al tratamiento”. *Rev Cent Dermatol Pascua* [en línea]. Mexico 2008;17(3), pp. 84-88. [Consulta: 9 noviembre 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>

Ramos M. “La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas”. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* [en línea]. 2015, vol.16, n.2, pp.175-189. [Consulta: 11 noviembre 2018].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es&nrm=iso. ISSN 1682-0037

Reyes, A., et al. “Adherencia terapeutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias”. *Rev Med Hondur*, 2016; 84(3), pp125-131. [Consulta: 12 noviembre 2018].Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>

Ríos C. “Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos y diabéticos de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay”. *Rev Cubana de salud Pública*, [en línea], 2018; 44(3), pp12-81.

Rodríguez et al. “Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica”. *Aten Primaria* [en línea], 2008, 40(8), pp. 413-417. [Consulta: 15 septiembre 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13125407>

Rodríguez et al. “Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria”. *Pharm Care Espana* [en línea], 2009;11(4). pp. 183-191. [Consulta: 18 noviembre 2018] Disponible en:

Rodríguez et al. “Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico”. *Pharm Care España* [en línea], 2014;16(3):p. 110-120. [Consulta: 20 noviembre 2018]. Disponible en: <http://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/176>

Rodríguez M., et al. “Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas”. *Revista Finlay* [en línea], 2017; 7(1), pp162-165. [Consulta: 16 noviembre 2018]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/503>

Rodríguez, M., et al. “Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad”. *Rev Cubana de salud Pública*, 2015; 33(2), pp192-199.

Romero, A. “Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores”. *Med Int Mex*, 2011; 27(5), pp.455-462.

Rojas et al. “Adherencia terapéutica en pacientes con ECNT del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión- Hauncayo”. 2016, pp. 26-32.

Rojas J., Flores M. “Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio”. *Aquichán* [en línea]. 2016, vol.16, n.3, pp.328-339. [Consulta 14 octubre 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000300005&lng=en&nrm=iso <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.5>

Ruiz C., et al. “Adherencia al tratamiento en artritis reumatoide: condición indispensable para el control de la enfermedad”. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [en línea], 2016, Colombia 32(3), pp.1-13. [Consulta: 18 noviembre 2018]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n3/mgi12316.pdf>

Salinas E., Nava G. “Adherencia terapéutica”. *Enf Neurol* [en línea]. 2012;11(2):p. 102-104. [Consulta: 13 noviembre 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Sánchez, O. “Estrategias para mejorar la adherencia terapeutica en patologías crónicas”. *Inf Ter del Sist Nac Salud Estrategias* [en línea]. 2013;29(2):pp. 40-48. [Consulta: 6 noviembre 2018]. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf

Sandoval D., et al. “Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo”. *Resultados de una cohorte del Programa de Salud*. 2017; pp37-46.

Sarabia, B., et al. Identificación de Factores de Riesgo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en Adultos de 30 a 60 Años de edad en la Comunidad de Isla Aguada, Municipio de Ciudad del Carmen, Campeche. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* [Internet]. 2016, 11(3), p. 21-32. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=498153966027>

Silvana Jaramillo. *Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos* (tesis). Universidad Nacional de Loja. Ecuador. 2017. p.26.


Varela et al. “Adherencia al tratamiento de la infección por VIH/SIDA”. *Acta Colomb Psicol.* [en línea], 2008; vol.11(2), pp. 101-113. [Consulta: 15 noviembre 2018]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79811210>

Veletanga O. *Atención farmacéutica debe enfocarse en la adherencia al tratamiento.* [en línea]. Quito, 2016 [Consulta: 16 Diciembre 2018]. Disponible en:
<https://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/atenci-n-farmac-utica-debe-enfocarse-en-la-adherencia-al-tratamiento-89117>

ANEXOS

ANEXO A: Solicitud de autorización para la realización de la investigación en el Centro de Salud Tipo C ESPOCH- Lizarzaburu.

Año 3



ESPOCH
ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

Riobamba 09 de Abril del 2018

Doctor
Héctor Pulgar
DIRECTOR DISTRITAL 06D01 CHAMBO- RIOBAMBA- **SALUD**
Su Despacho. -

Autentico

DIRECCION DISTRITAL 06D01 CHAMBO- RIOBAMBA- SALUD	
Registro N°	0181
Fecha	09-04-18
Hora	10:15
Secretaria Distrital Firma	<i>[Firma]</i>

Estimado Doctor:

Reciba saludos cordiales, me dirijo a Usted muy respetuosamente en mi condición de docente de la carrera de Bioquímica y Farmacia de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, con el fin de solicitarle muy comedidamente que autorice a la Srta. NANCY XIMENA GUSÑAY RAMIREZ, portadora de cédula de identidad 060503104-6 y estudiante de la Escuela de Bioquímica y Farmacia, para que pueda desarrollar su trabajo de titulación denominado: "DISEÑO DE UN PLAN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, DEL CLUB DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD TIPO C ESPOCH- LIZARZABURU".

Es importante, hacer de su conocimiento que esta investigación será dirigida por mi persona y tendrá como objetivo contribuir en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, a través de una intervención farmacéutica que permita la adherencia farmacoterapéutica, especialmente en aquellos pacientes con tratamientos para patologías crónicas. El tiempo estimado para desarrollar este trabajo es de tres meses contados a partir del 23 de abril de 2018.

Por último, cabe resaltar que la ejecución de esta investigación no conllevará gastos económicos para su institución y que se tomarán las precauciones necesarias para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades propias del centro. De igual manera, se entregará a los pacientes, un consentimiento informado, donde voluntariamente manifestarán su deseo o no, de participar en el proyecto.

Conociendo su alto espíritu de colaboración con la academia y desarrollo de la investigación en salud y esperando la favorable atención que se digne a dar a la presente, anticipo mis más sinceros agradecimientos

[Firma]
Dra. Adriana Rincón Alarcón
DOCENTE DE BIOQUÍMICA Y FARMACIA

Dirección: panamericana sur Km 1 1/2, teléfono 593(03)2 998200ext. 168

[Firma]

Autentico
06-04-2018
Dra. Inclinares

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Teléfono(s): 3814400

Documento No. : MSP-C23-DDS06D01-2018-0181-EX
Fecha : 2018-04-09 14:51:21 GMT -05
Recibido por : Paulo Patricio Villa Uvieda
Para verificar el estado de su documento Ingrese a
<https://www.gestiondocumental.gob.ec>
con el usuario: "1756769806"

ANEXO B: Consentimiento informado.

"CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACION DE ADHERENCIA TERAPEUTICA"

CENTRO DE SALUD ESPOCH-LIZARZABURU.

NUMERO DE CEDULA DEL PACIENTE: _____

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: _____

FECHA: _____ HORA: _____

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realiza la Srta. estudiante en etapa de trabajo de titulación de la Escuela de Bioquímica y Farmacia de la ESPOCH; consiste en diseñar un plan de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores del Centro de Salud Tipo C ESPOCH - LIZARZABURU, mismo que se realizará evaluando el grado de adherencia terapéutica a través de la aplicación de test diseñados y validados para tal fin, e identificando los factores que impiden la adherencia al tratamiento terapéutico y diseñando estrategias que conformen el plan para contribuir en la adherencia farmacoterapéutica. El tiempo de duración será de tres meses periodo en el cual me comprometo a que la señorita estudiante me pueda realizar llamadas telefónicas, visitas y entrevistas para que de esa manera pueda aportar con dicho estudio, cabe mencionar además que esta investigación no presenta riesgo alguno que pueda perjudicar con mi salud, por lo que se me ha informado sobre las ventajas y beneficios que le proporcionará a mi salud contribuir a mejorar la adherencia terapéutica.

Firma del paciente

ANEXO C: Cuestionario de recolección de datos.

ENCUESTA PARA LA EVALUACIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CLUB DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD TIPO C ESPOCH- LIZARZABURU.

Estimado paciente:

La finalidad de la encuesta es conocer la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. A continuación encuentra usted una serie de preguntas que permite determinar si usted cumple o no con su tratamiento recomendado lo que contribuirá a que sea más eficiente. La información que usted aporte es confidencial y se usara solo para fines del estudio. Muchas gracias por su participación.

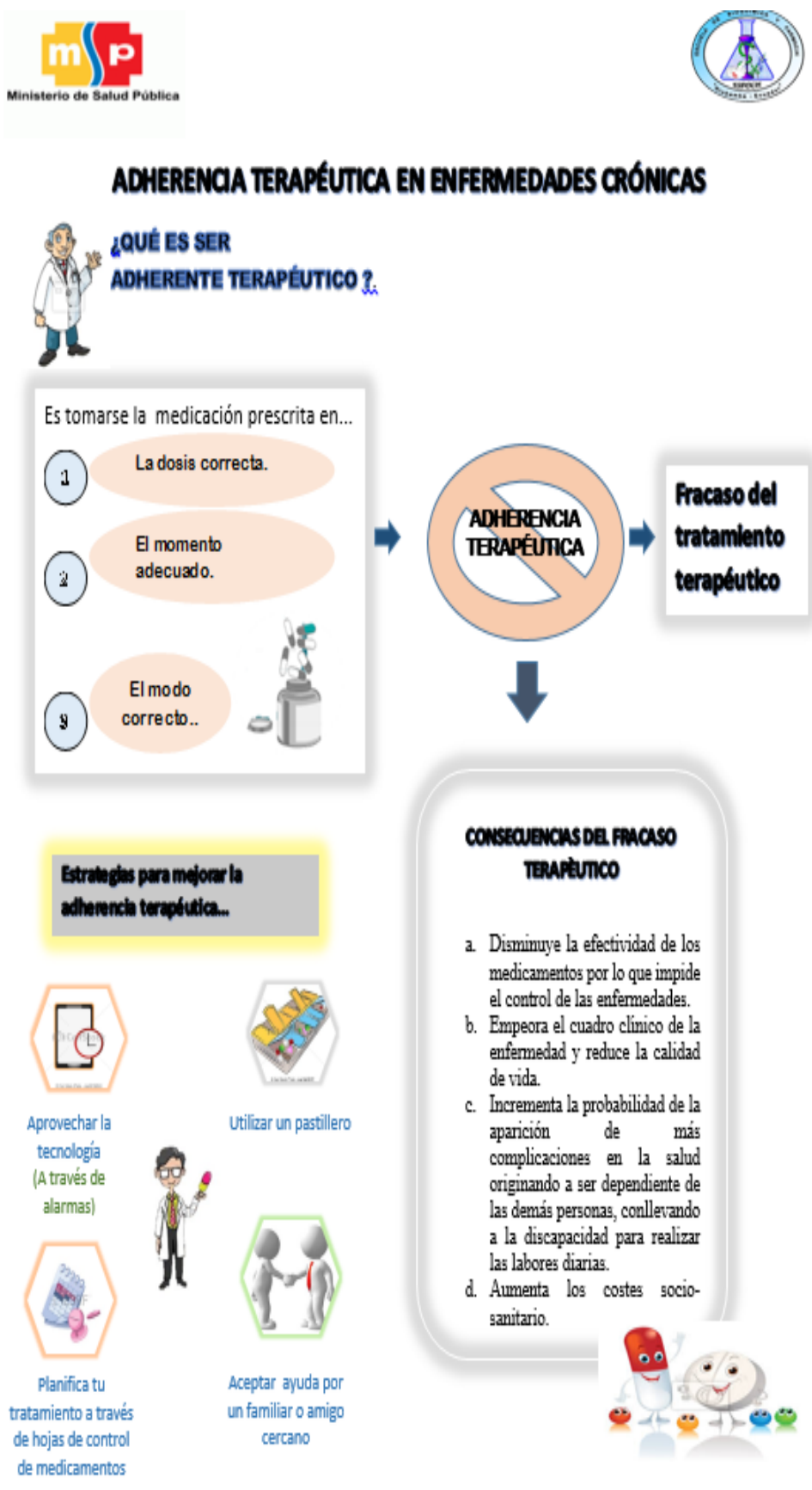
IDENTIFICACIÓN	Nº de historia clínica _____ Edad: _____ Genero: _____ Ocupación: _____
-----------------------	---

Por favor puede marcar con una (X) la opción que considere correcta.

I. INFORMACION GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> • EL nivel de estudios que usted posee es: <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Ninguno • Usted vive con : <input type="radio"/> Esposo /a <input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Nietos <input type="radio"/> Solo • El tipo de enfermedad usted padece es: (puede indicar más de una opción) <input type="radio"/> Hipertensión arterial <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Hipotiroidismo <input type="radio"/> Hipertiroidismo <input type="radio"/> Hipertrigliceridemia <input type="radio"/> Artritis reumatoide • Podría indicar hace cuánto tiempo aproximadamente le diagnosticaron su enfermedad: <input type="radio"/> Menos de 1 año <input type="radio"/> Entre 1- 4 años <input type="radio"/> Entre 5-10 años <input type="radio"/> Hace más de 10 años • Podría indicar el o los medicamentos que usted toma: <input type="radio"/> Losartán <input type="radio"/> Enalapril <input type="radio"/> Clortalidona <input type="radio"/> Genfibrozilo <input type="radio"/> Alopurinol <input type="radio"/> Ácido acetilsalicílico <input type="radio"/> Metformina <input type="radio"/> Amlodipino <input type="radio"/> Insulina NPH <input type="radio"/> Levotiroxina <input type="radio"/> Metotrexato <input type="radio"/> Prednisona <input type="radio"/> Calcio <input type="radio"/> Ácido fólico <input type="radio"/> Otros _____ • Podría indicar cuantos medicamentos usted toma a diario <input type="radio"/> Uno <input type="radio"/> Dos <input type="radio"/> Tres <input type="radio"/> Cuatro o mas
II GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No • ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No • ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted deja de tomar la medicación? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No • ¿Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomar el medicamento? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

III FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS	
I Dimensión Factores socioeconómicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Su familia tiene los recursos para atender las necesidades básicas, como alimentación, salud, vivienda y educación. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • Usted puede costearse los medicamentos. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • Usted cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta médica. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • *El alto costo de los alimentos recomendados por el médico le dificulta realizar el cambio en su dieta. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • Usted se siente en la capacidad total para poder leer y comprender las indicaciones escritas por el médico sobre el manejo de su enfermedad <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • Para cumplir con su tratamiento, usted cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre
II Dimensión Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> • El personal de salud que a usted lo atiende responde a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • Usted se puede dar cuenta si el médico controla su tratamiento por las preguntas que le hace. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • Recibe información sobre las ventajas que tiene los medicamentos ordenados por su médico para su enfermedad. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • Recibe información sobre la forma de ajustar los horarios para la toma de los medicamentos, de acuerdo con sus actividades diarias. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • En el caso que usted fallara a su tratamiento, su médico y bioquímico farmacéutico entenderían sus motivos. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • El médico le explica su enfermedad y tratamiento con palabras claras que usted o su familia puedan entender. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • Le han explicado los resultados que va a tener en su salud con el tratamiento que se le está aplicando. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • Coincide usted con su médico en la esperanza de mejoría, con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre
III Dimensión Factores relacionados con la familia	<ul style="list-style-type: none"> • *Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • *Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios, le dificultan el cumplimiento de sus citas. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • *Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • *Cree que hay costumbres difíciles de cambiar con respecto a la alimentación y ejercicios. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre
IV Dimensión Factores relacionados con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • Esta convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • Se interesa por conocer sobre su estado de salud y la forma de cuidarse. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre • Cree usted que es el responsable de seguir el cuidado de su salud. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Siempre

ANEXO D: Cartel informativo sobre la adherencia terapéutica



ANEXO E: Tríptico de adherencia terapéutica.

RECUERDA.....
SOLO
DEPENDE DE TU...

**ADHERENCIA
TERAPÉUTICA**

PARA
MEJORAR
TU SALUD

COLABORAN

Ministerio de Salud Pública

ESPOCH
Riobamba - Ecuador

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
Fundada en 1975
Riobamba - Ecuador

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

**¿QUÉ ES SER
ADHERENTE TERAPÉUTICO ?**

Es tomarse la medicación prescrita en...

- 1 La dosis correcta..
- 2 El momento adecuado.
- 3 El modo correcto..

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

- a. Disminuye la efectividad de los medicamentos por lo que impide el control de las enfermedades.
- b. Empeora el cuadro clínico de la enfermedad y reduce la calidad de vida.
- c. Incrementa la probabilidad de la aparición de más complicaciones en la salud originando a ser dependiente de las demás personas, conllevando a la discapacidad para realizar las labores diarias.
- d. Aumenta los costes socio-sanitario.

Mejorar la adherencia terapéutica será la mejor inversión, además de contribuir a reducir los costes sanitarios

Para que las personas puedan mejorar la adherencia terapéutica se debe tomar en cuenta dos aspectos.

- 1 Las indicaciones de la receta deben ser de total comprensión.
- 2 El paciente debe seguir las indicaciones del médico al pie de letra

RECUERDA...
La buena adherencia evita las visitas innecesarias al médico y las hospitalizaciones.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Aprovechar la tecnología
(A través de alarmas)

Utilizar un pastillero

Administrar la medicación a la misma hora

Planifica tu tratamiento a través de hojas de control de medicamentos

Aceptar ayuda por un familiar o amigo cercano

Conservar siempre la medicación en lugares secos y frescos

ANEXO F: Sistemas personalizados de dosificación (SPD)



ANEXO G: Sistemas de recuerdo de horario de la toma de medicamento (SRH).

Ministerio de Salud Pública

HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS
CENTRO DE SALUD TIPO C ESPOCH-LIZARZABURU

Nombre del paciente: *Hilda Carmita Cepillo Mena* Historia Clínica: *351* Edad: _____
 Tipo de enfermedad: *Hipertensión arterial - Hipertensión*
 Médico tratante: *Dra. Silvia Sánchez Gavilánez*

MEDICAMENTOS:				DESAYUNO		ALMUERZO		MERIENDA		ALACOSTARSE	DURACION/OBSERVACIONES
NOMBRE COMERCIAL	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	DOSIS/FRECUENCIA	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES		
<i>Eutirox</i>	<i>levothyrona</i>	<i>100 mcg</i>	<i>1</i>								
<i>Losartan</i>	<i>Losartan</i>	<i>100 mg</i>	<i>1</i>		<i>7:00</i>						
<i>Amiodopa</i>	<i>Amiodopa</i>	<i>5 mg</i>	<i>1</i>				<i>16:00</i>				
<i>Zelina</i>	<i>Simbastatina</i>	<i>20mg</i>	<i>1</i>		<i>9:00</i>						
<i>Calcivit</i>	<i>Carbonato de Calcio</i>	<i>500mg</i>	<i>1</i>	<i>8:00</i>							

Recomendaciones Generales:
No tomar bebidas Alcohólicas.

FECHA DE EJECUCION DE LA ACTIVIDAD: _____

ELABORADO POR:	NOMBRE	CARGO	FIRMA
	<i>Nancy Ximena Guisay Ramirez</i>	<i>Terapeuta</i>	

ANEXO H: Intervención de adherencia terapéutica.



ANEXO I: Plan estratégico de adherencia terapéutica.



RIOBAMBA – ECUADOR 2018

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION.....	1
2. objetivos	2
2.1 Objetivo general.....	2
2.2 Objetivos específicos	2
2.3 Financiación.....	2
2.4 Beneficiarios	2
3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL CENTRO DE SALUD ESPOCH – LIZARZABURU	3
4. ANÁLISIS ESTRATÉGICO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL CENTRO DE SALUD ESPOCH- LIZARZABURU.....	4
5. ESTRATEGIAS GENERALES DE ADHERENCIA TERAPEUTICA DEACUERDO A LAS DEBILIDADES Y AMENAZAS ENCONTRADAS.....	4
6. BIBLIOGRAFÍA.....	7

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS las enfermedades crónicas son un problema que va en aumento, y es una de las principales causas de muerte prematura, con elevados índices de fracaso y baja adherencia terapéutica, se asume que en los países en vía de desarrollo la adherencia a los tratamientos a largo plazo es inferior al 50% debido a la escasez de recursos sanitarios y la falta de equidad en el acceso a la atención de salud (Organización Panamericana de Salud, 2016: p.1).

De acuerdo a las cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el Ecuador en el año 2010 la tasa de mortalidad en adultos mayores de 65 años de edad fue de 35,6 por 1.000 habitantes de ese grupo etario el 50,9% correspondieron al género masculino y las principales causas de muerte fueron las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas se encuentran la diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y otros tipos de cáncer (Organización Panamericana de la Salud, 2012, pp.278-281).

En un estudio realizado el barrio Inmaculada del cantón Guano perteneciente a la provincia de Chimborazo en el año 2016 residían 1.327 habitantes con diagnóstico de hipertensión arterial y fueron identificados como no adherentes terapéuticos el 82.5 % donde el 65% de pacientes no tenían conocimiento sobre los factores que influyen negativamente en la adherencia terapéutica (Zuñiga, 2016, p. 95).

Por tanto, para que un paciente se adhiera al tratamiento debe tener un papel activo en el proceso de gestión de su enfermedad, aumentar su autonomía e incrementar su capacidad de autocuidado, además es necesario que conozca y entienda la enfermedad y los factores que influyen en la adherencia, así como el tratamiento prescrito y la importancia de cumplirlo; para ello, es clave que exista una buena relación con los profesionales sanitarios basada en la confianza y el diálogo (Boehringer Ingelheim, 2016, p.5).

Es por ello, que teniendo en cuenta la tendencia creciente hacia el envejecimiento de la población, el aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas en pacientes adultos mayores, el bajo porcentaje de adherencia terapéutica de estos pacientes y las posibles complicaciones que puede atraer para la salud humana esta conducta errónea, se diseñó un plan de adherencia

terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas pertenecientes al club de adultos mayores del Centro de Salud Tipo C ESPOCH-LIZARZABURU.

2. OBJETIVOS

General

Diseñar con estrategias un plan de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores del Centro de Salud Tipo C ESPOCH- LIZARZABURU.

Específicos

- Definir las estrategias a implementar dependiendo de los principales problemas que presentan el paciente y el equipo de salud.
- Identificar estrategias para favorecer la adherencia terapéutica según el tipo de paciente crónico.

Financiación

Los costos de esta propuesta son mínimos y serán asumidos por el equipo de investigación. De necesitarse mayores recursos económicos se cuenta con el apoyo de las autoridades del centro de salud.

Beneficiarios

- Beneficiarios directos

Los beneficiarios directos de esta propuesta son los pacientes con enfermedades crónicas pertenecientes al club de adultos mayores del Centro de salud Tipo C ESPOCH-LIZARZABURU.

- Beneficiarios indirectos

Los beneficiarios indirectos incluyen a los familiares de los pacientes, equipo de investigación y las autoridades de salud del Centro de Salud Tipo C ESPOCH- LIZARZABURU.

Misión

El plan de adherencia terapéutica se encuentra diseñado para ser aplicado en los adultos mayores con enfermedades crónicas con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Visión

Aumentar la adherencia terapéutica, mejorando la efectividad de los tratamientos farmacológicos, considerando la importancia de los hábitos de vida y garantizando el uso seguro de los

medicamentos en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas trabajando en conjunto con los profesionales sanitarios.

3. Situación actual de adherencia terapéutica en el club de adultos mayores del centro de Salud ESPOCH- Lizarzaburu.

Según los datos del estudio realizado en el centro de salud ESPOCH- LIZARZABURU, en un grupo de personas mayores de 65 años, con un predominio del 80% en pacientes de género femenino, se reportó que el 60% poseía un nivel de escolaridad bajo; el 64% de los casos se administraban diariamente de 2 a 3 medicamentos diarios; además se determinó que el 56 % presentaron al menos dos tipos de enfermedades crónicas y se destacó con mayor prevalencia la hipertensión arterial el 84 %, seguido de diabetes mellitus el 40% y el hipotiroidismo con el 28%.

Además se obtuvo que el 64 % de los pacientes adultos mayores tenían falla de adherencia terapéutica, con una afectación del 100% en los factores socioeconómicos; donde el 81, 25% tenían dificultades económicas para costearse su tratamiento farmacológico y su alimentación lo que impedía adherirse al régimen dietético indicado por los profesionales de la salud. Le siguen los factores relacionados con la terapia, con afectación en el 87,5% de los casos, en el cual el 75% afirmaron que las ocupaciones personales les dificultaban seguir el tratamiento y el 62,5% influyeron en las costumbres y hábitos de las personas difíciles de cambiar.

Los factores relacionados con el equipo de salud tuvieron afectación en el 81,25 % de los pacientes no adherentes farmacológicos y reportaron una incidencia del 75,0 % a la inadecuada información relacionada con el ajuste de horarios para la toma de los medicamentos según la rutina diaria que realizan; le sigue la incomprensión del médico en torno a la falla de administración del tratamiento 62,5 % y con un idéntico porcentaje de 56,25 % se reportaron deficiencias relacionadas con la información brindada por el equipo de salud en torno al tratamiento, enfermedad y al control de la misma. En menor frecuencia afectaron los factores relacionados con el paciente con el 25%, y presentaron problemas relacionados con el convencimiento y la importancia de la continuidad del tratamiento.

4. ANÁLISIS ESTRATÉGICO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL CLUB DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD ESPOCH-LIZARZABURU.

La tabla 1 explica el análisis estratégico para identificar los puntos en los que se deberá actuar de acuerdo a los problemas de adherencia que presentan los pacientes del club de adultos mayores.

Tabla 5: Análisis FODA de adherencia terapéutica.

Análisis interno	Debilidades	Fortalezas
	Nivel de escolaridad bajo	El paciente está convencido sobre los beneficios de su tratamiento farmacológico.
Pacientes que consumen más de tres medicamentos.	El paciente considera que es importante la continuidad del tratamiento.	
Ocupaciones por parte del paciente.		
Hábitos y costumbres del paciente.		
Deficiente información sobre el ajuste de horario, Frecuencia y forma de administrar los medicamentos.		
Pacientes con más de una enfermedad crónica.		
Análisis externo	Amenazas	Oportunidades
	La no disponibilidad de medicamentos de bajo costo acorde a las demanda de los pacientes con enfermedades crónicas.	Apoyo familiar con respecto al tratamiento fármacoterapéutico
	Alto costo de las dietas sugeridas por los médicos.	

Fuente: Datos estadísticos de la encuesta; 2018.

Realizado: Ximena Gusñay, 2018.

5. ESTRATEGIAS GENERALES DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEACUERDO A LAS DEBILIDADES Y AMENAZAS ENCONTRADAS.

Mediante el análisis FODA se identificó las estrategias que se deberán implementar posteriormente para contrarrestar los principales problemas que presentan los pacientes y el equipo de salud del centro de salud tipo C ESPOCH – LIZARZABURU (Tabla 2).

Tabla 6: Estrategias generales de adherencia terapéutica.

Objetivo		Responsable	Descripción	
Definir las estrategias a implementar dependiendo de los principales problemas que presentan el paciente y el equipo de salud.		Médicos a cargo del club. Bioquímico farmacéutico	Permite identificar las estrategias y las actividades que se implementaran para contrarrestar las amenazas y debilidades que presentan los pacientes del club de adultos mayores.	
Meta	Estrategia	Actividad	finalidad	Responsable
Aumentar el nivel de conocimientos de la enfermedad en los pacientes y familiares	Apoyo social	Programas de ayuda domiciliaria.	Consiste en una intervención por parte del profesional de salud, útil para fomentar el autocuidado del paciente, mediante terapia y consejos familiares en su domicilio.	Bioquímico farmacéutico
















Reducir el régimen de complejidad del tratamiento	Técnica	Simplificación del tratamiento	Consiste en revisar los medicamentos y suspender aquellos que el paciente no lo necesita, para asegurar que toda la medicación sea adecuada y que su forma de administración se realice lo más simple posible.	Médicos a cargo del club.
Crear buenos hábitos y costumbres en los pacientes	Educativa	Dar charlas educativas a los pacientes mediante carteles informativos y trípticos para su mejor comprensión.	Consiste en educar a los pacientes y que conozcan sobre el tratamiento, enfermedad y los problemas que originan el incumplimiento, así como también los beneficios y las condiciones de conservación de los medicamentos; se considera que las personas que entienden su condición y tratamiento toman bien la medicación y por ende presentan mejor adherencia.	Bioquímico farmacéutico
Informar al paciente sobre el ajuste de los horarios, frecuencia y forma de administración de los medicamentos	Conductual	Utilización de pastilleros.	Sirven para reacondicionar toda la medicación sólida que toma el paciente según la pauta prescrita; facilita la toma correcta de los medicamentos evitando los olvidos y permite detectar la falta de adherencia debido a que se observan las dosis no consumidas.	Bioquímico farmacéutico
		Elaboración de una hoja de control de medicamentos.	Tiene la finalidad que el paciente pueda informarse de la dosis, frecuencia y hora de la administración de los medicamentos y evite confusiones.	
Gestionar con las autoridades pertinentes para que la unidad de salud tenga un stock de medicamentos específico para el club de adultos mayores	Servicios de salud y administración	Monitoreo periódico del paciente por parte del personal sanitario.	Son medidas para mejorar la gestión de abastecimiento de medicamentos en la unidad de salud y que la farmacia disponga en su momento los medicamentos que el paciente lo requiera y de esa manera pueda cumplir con su tratamiento.	Bioquímico farmacéutico
Coordinar regímenes alimenticios y saludables alternativos que permitan estar al	conductual	Diseñar listas de menús preparados con alimentos naturales y de fácil adquisición	Sirven para determinar nuevas medidas que cambien los regímenes alimentarios por otros más saludables y que estén al alcance de los pacientes, para	Nutricionista

alcance del paciente.			promover y mantener la buena salud a lo largo de toda la vida.	
-----------------------	--	--	--	--

Realizado: Ximena Gusñay, 2018

En la tabla 3 explica las diferentes estrategias que se han de utilizar para favorecer la adherencia terapéutica según los tipos de pacientes con enfermedades crónicas.

Tabla 7: Estrategias para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes crónicos.

Objetivo	Responsable					Descripción
Identificar estrategias para favorecer la adherencia terapéutica según el tipo de paciente crónico.	Bioquímico farmacéutico. Médicos a cargo del club.					Permite conocer el tipo de paciente crónico y las posibles estrategias que se utilizarán para contrarrestar el problema.
Fuente de información	Estrategias					
Los indicadores y la clasificación de los tipos de incumplidores de pacientes crónicos fueron fijados en un trabajo realizado por Farmaindustria.	Técnicas	Conductuales	Educativas	Apoyo social	Sistema sanitario y administración pública	
						
	Condición		Significado		Indicador	
	Pacientes crónicos Incumplidores dependientes		Son incumplidores, inconstantes, que realizan cambios en el esquema terapéutico a su conveniencia sin tener en cuenta las recomendaciones de los profesionales; por lo general son personas que viven solas, pluripatológicos y polimedcados.		   	
	Pacientes crónicos Incumplidores críticos		Se considera que son personas exigentes e insatisfechas consigo mismo, con los médicos y sus indicaciones; tienen hábitos y costumbres propias, es decir les gusta gestionar su propio proceso de salud.		 	
	Pacientes crónicos Incumplidores absolutos		Son pacientes agobiados, desconfiados y desorientados ante tantos medicamentos y cambios. Son considerados como personas no cumplidoras por confusión de los medicamentos.		 	
Pacientes crónicos Cumplidores clásicos		Son pacientes pasivos, que poseen confianza en su equipo de salud, son conformistas y obedientes, suelen mostrar poco interés por instruirse sobre su enfermedad.		 		

Realizado: Ximena Gusñay, 2018.

6. BIBLIOGRAFÍA

BOEHRINGER INGELHEIM. *Contigo en la adherencia terapéutica.* [en línea] 2016. [Consulta: 04 diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.contigoentufarmacia.com/adherencia-farmacia-Libro>

CARMEN ZUÑIGA. *Diseño de estrategia de intervención educativa sobre adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Barrio la immaculada, guano,* (tesis). Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Ecuador. 2016. p.95. [Consulta: 2 diciembre 2018]. Disponible en: <http://dspace.espech.edu.ec/bitstream/123456789/6024/1/10T00179.pdf>

FARMAINDUSTRIA. *Plan de adherencia al tratamiento uso responsable del medicamento.* [en línea]. 2016;1, p. 7. [Consulta 20 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.farmaindustria.es/adherencia/>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud en las Américas.* [en línea] 2012; volumen de países, pp.278-281. [Consulta: 04 diciembre 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-capitulos-pais-23&alias=202-ecuador-202&Itemid=231&lang=en

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas* [en línea] 2016. [Consulta: 15 noviembre 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_kunena&view=topic&catid=21&id=290&Itemid=123&lang=en