



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

“EFECTO DE UN INSTRUMENTO EDUCATIVO E INFORMATIVO PARA MEJORAR
LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE
ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DEL DÍA – HOSPITAL DE
ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE QUITO, DESDE
AGOSTO A NOVIEMBRE 2019.”

AUTORES: MGS, MD. Gabriela Fernanda Calderón Suasnavas

MD. Daisy Patricia Tenelanda Quishpi

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Francisco Rodríguez

ASESOR METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN: Dr. Jorge Peñaherrera

QUITO – ECUADOR

2020

Agradecimiento

Agradecemos a Dios por darnos la fortaleza necesaria para cumplir esta meta tan anhelada y para la cual trabajamos arduamente.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por permitirnos evolucionar al abrir nuestras mentes a un mundo nuevo y sobre todo gratificante como lo es la Especialidad de Geriatría y Gerontología.

Al Dr. Francisco Rodríguez Lanfranco, nuestro Director de Tesis, maestro y sobre todo amigo, quien ha sabido orientarnos de una manera adecuada, cordial y humanitaria durante nuestra formación como especialistas, sin su apoyo incondicional, esta tesis no habría visto la luz.

Al Dr. Jorge Peñaherrera, nuestro tutor metodológico, quien pese a sus múltiples ocupaciones, siempre tuvo un espacio para atendernos y guiarnos en la realización de este proceso investigativo, a quien admiramos por su enorme paciencia, prolijidad y calma frente a situaciones adversas, mil gracias.

Al Dr. Diego Calderón por su gran vocación de docente, quien nos tendió la mano con el único afán de enseñar.

Dedicatoria

A mis padres y hermanas, quienes siempre han estado cuando los he necesitado, sobre todo en los malos momentos. A quienes me acompañaron en este camino, tan duro pero a la vez tan hermoso, mis compañeros quienes me enseñaron mucho de lealtad , mis tutores quienes con su ejemplo he aprendido que ante todo se debe ser primero un gran ser humano y en especial a la Dra. Susana Tito quien fue como un ángel, al cual agradeceré eternamente.

Le dedico ante todo, este trabajo de investigación, al motor de mi vida, ya que con tanto sacrificio y tantas pruebas que nos puso la vida, siempre mi luz serás tú, hija de mi alma y corazón. Giulianna te amo.

G. Calderón

Dedico el presente trabajo a una gran mujer, mi madre Carmen, de quien he recibido amor y apoyo incondicional, quien ha secado mis lágrimas y me ha brindado palabras de aliento cuando todo parecía imposible de resolver. Por levantarme en cada tropiezo o caída, por ser una segunda madre para mi hijo, mil gracias mamá. A mi padre que a pesar de los errores cometidos, siempre ha estado allí para mí.

A mi pareja sentimental, Alex, que junto a mi pequeño Sebastián alegran mi vida y me impulsan a ser mejor persona cada día.

A mis hermanos Santiago, Paola, Verónica, Alex y Johana, quienes me han demostrado que cuando la familia está unida, todo es posible.

D. Tenelanda

Tabla de contenido

Introducción.....	10
Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor.....	11
Justificación.....	13
Problematización.....	17
Objetivos.....	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.....	21
Marco Teórico.....	22
La población adulta mayor en el Mundo.....	22
Adulto mayor.....	23
Enfermedades cardiovasculares en el adulto mayor.....	24
El Síndrome de Fragilidad en pacientes con hipertensión arterial.....	25
Farmacocinética y Farmacodinamia en el paciente anciano.....	26
Comorbilidades.....	28
Polifarmacia.....	28
Adherencia farmacológica.....	29
Clasificación de los métodos para medir la adherencia.....	30
Cuestionario de Morisky-Green-Levine.....	31
La adherencia en relación a los adultos mayores.....	32
Determinantes de la no adherencia.....	33

Escalas de Valoración Geriátrica	35
Mini Examen Cognoscitivo de Lobo.....	35
Métodos	37
Diseño del estudio.	37
Población.....	37
Procedimientos de recolección de información.....	40
Plan de análisis de datos.....	41
Hipótesis.....	41
Aspectos Bioéticos.....	42
Resultados.....	43
Análisis Univariado.....	44
Análisis multivariado.	48
Discusión	54
Conclusiones.....	59
Recomendaciones	60
Bibliografía	61

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios de Inclusión y Exclusión	38
Tabla 2. Secuencia de muestreo	39
Tabla 3. Variables Socio-demográficas de pacientes en los adultos mayores que acuden al Hospital del Día del Adulto Mayor durante el período comprendido entre agosto noviembre 2019.	44
Tabla 4. Variables de Estado de Salud de pacientes que en los adultos mayores que acuden al Hospital del Día del Adulto Mayor durante el período comprendido entre agosto – noviembre 2019.....	45
Tabla 5. Escalas Geriátricas Evaluadas en los adultos mayores que acuden al Hospital del Día del Adulto Mayor durante el período comprendido entre agosto – noviembre 2019.	47
Tabla 6. Asociación entre las variables sociodemográficas, de salud y escalas geriátricas con la variable adherencia previo a la aplicación del instrumento educativo en los adultos mayores que acuden al Hospital del Día del Adulto Mayor durante el período comprendido entre agosto – noviembre 2019.	49
Tabla 7. Asociación entre las variables sociodemográficas, de salud y escalas geriátricas con la variable adherencia posterior a la aplicación del instrumento educativo en los adultos mayores que acuden al Hospital del Día del Adulto Mayor durante el período comprendido entre agosto – noviembre 2019.	50
Tabla 8. Asociación entre la variable adherencia previa y posterior a la aplicación del instrumento educativo en los adultos mayores que acuden al Hospital del Día del Adulto Mayor durante el período comprendido entre agosto – noviembre 2019.....	52

Resumen

Hoy en día la adherencia a un tratamiento farmacológico es crucial en la recuperación de la enfermedad y la prevención de complicaciones, especialmente en las personas adultas mayores, por lo cual se realizó un estudio cuasi-experimental en la consulta externa del Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor, en la ciudad de Quito, durante los meses de agosto a noviembre del 2019.

El estudio contó con dos momentos para realizar las mediciones: pre y post test después de la intervención con el instrumento diseñado y adaptado por las autoras, se incluyó la totalidad de pacientes de la consulta externa del Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor, contando de esta manera con un universo de 140 adultos mayores. En el primer momento, se aplicó el test de Morisky Green para establecer la línea base pretest. En el segundo momento se aplicó una encuesta con variables específicas adaptadas por el equipo de investigación, donde se intervino con educación dirigida a todos los pacientes tanto verbal como práctica – explicativa. Se calculó proporciones para las variables categóricas y medidas de tendencia central para las variables numéricas. El efecto de la intervención se midió a través de la prueba estadística chi-cuadrado.

Durante la recolección de la información desertaron del estudio 6 pacientes del universo poblacional, por verificación de criterios de exclusión descritos en la Tabla 2, es así que la muestra poblacional del estudio la conformaron 134 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión y se mantuvieron presentes durante el desarrollo de la investigación.

Los resultados mediante el uso de la prueba Chi cuadrado reportaron que 73 (54,5%) personas tenían mala adherencia antes de la intervención y 39 (29,1%) personas después de la

misma. En cuanto a la adherencia antes de la intervención, 61 (45,5%) personas tenían buena adherencia frente a 95 (70,9%) personas que presentaron buena adherencia luego de la intervención. Los resultados presentaron una relación estadísticamente significativa con un $\text{Chi}^2 = 36,194$ ($p = \text{menor a } 0.000$) por cual el presente estudio es altamente sensible, específico y de validez para este grupo de edad.

Al realizar la intervención se comprobó la hipótesis, a través de la aplicación de un instrumento educativo e informativo dirigido a adultos mayores con baja adherencia farmacológica. El cual resultó efectivo, mejorando los niveles de adherencia farmacológica con una probabilidad de error de 0,00%.

Palabras claves: prescripción, anciano, medicamentos, educación, polifarmacia

Abstract

Objective: To establish the effect of an educational and informative instrument on the pharmacological adherence of the elderly who attend in the Hospital of the day - Hospital for the Integral Care of the Elderly, in the city of Quito, from August to November of 2019.

Materials and methods: a quasi-experimental study was carried out with pre and post test measures that included all patients who attend in the Hospital of the day - Hospital for the Integral Care of the Elderly. Initially, the Morisky Green test was carried out to establish the pretest baseline, a survey with specific variables and, subsequently, the educational intervention was performed on all patients, both written and verbal. Proportions for categorical variables and central tendency measures for numerical variables were calculated. The effect of the intervention was measured with Chi2.

Results: The results through the use of Chi square reported that 73 (54.5%) people had poor adherence before the intervention and then low to 39 (29.1%). Regarding adherence before the intervention, 61 (45.5%) people had good adherence compared to 95 (70.9%) who presented good adherence after the intervention. The results showed a very significant relationship with a $\text{Chi}^2 = 36,194$ ($p = 0.000$)

Conclusions: The application of an educational and informative instrument in older adults with low pharmacological adherence who attend the outpatient consultation of the Hospital of the day - Hospital for the integral care of the elderly was effective, improving pharmacological adherence levels with a probability of error of 0.00%.

Keywords: prescriptions, aged, medication, education, polipharmacy

Capítulo I

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, una mejor adherencia al fármaco está determinada por el uso de un instrumento directo o indirecto pero con la acción recíproca de 5 factores relacionados, que lo constituyen: la enfermedad, el tratamiento, el paciente, condiciones socio económicas y con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2004) (DeWalt, y otros, 2011)

Uno de los problemas detectados con mayor frecuencia en los adultos mayores es la baja adherencia farmacológica, la cual se define (Organización Mundial de la Salud, 2002) como la “magnitud con la que el paciente cumple el manejo terapéutico dado por su prescriptor”. La falta de adherencia medicamentosa se considera en varios estudios como el origen de algunos síndromes geriátricos. Crespillo y colaboradores, en su trabajo sobre percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados, concluyó que en pacientes adultos mayores un 50% ha cometido algún error de dosis, un 25% tiene alguna alergia medicamentosa, 12% refiere algún tipo de intolerancia y el 13% presenta problemas con las recomendaciones médicas. (Crespillo-García, y otros, 2013)

A nivel internacional se han realizado intentos en desarrollar herramientas propias para mejorar la adherencia a fármacos y se ha logrado evaluar la integración de principios de administración de medicinas en la práctica. Los datos sugieren que los médicos que utilizan herramientas de

evaluación estructuradas para la revisión de medicamentos, logran identificar y corregir los problemas de manejo farmacológico e incluso no farmacológico, aunque un gran limitante es el tiempo, que impide la implementación correcta de estas herramientas. (De las Cuevas & Peñate, 2015)

La polimorbilidad, el tratamiento farmacológico mal administrado y la falta de mejoría clínica pueden llevar a un ciclo vicioso en el que lastimosamente, se puede llegar a la hospitalización e incluso la muerte, con gran impacto en el gasto en salud.

El presente estudio prioriza el manejo preventivo de la mala adherencia farmacológica del paciente adulto mayor al tratamiento; su objetivo fue determinar el efecto de un instrumento educativo e informativo para mejorar la adherencia farmacológica del adulto mayor que asiste a la consulta externa del Hospital del Día del Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor en la ciudad de Quito durante los meses de agosto a noviembre del 2019; se utilizaron técnicas de educación visuales de acuerdo con las prescripciones médicas.

Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor

Corresponde a un hospital especializado de cuarto nivel de atención, con una cartera de servicios que incluye: Consulta Externa, Unidad de Mediana Estancia, Unidad de Agudos, Unidad de Cuidados Paliativos, Emergencia y Hospital del Día. (Martínez Padilla, 2014)

El Hospital del Día Geriátrico es un nivel asistencial de salud para pacientes adultos mayores, con funcionamiento diurno, sin camas para hospitalización continua y con un enfoque de atención

integral médico-social, destinado a otorgar prestaciones específicas, por un equipo de salud multidisciplinario, con un modelo de cuidados preventivos, progresivos, continuos e integrales, para mantener el estado de salud clínico y funcional de los adultos mayores. (Ayara Gutiérrez & Silva Opazo, 2016) (Fontecha Gómez, 2005).

En virtud de lo cual, los pacientes que forman parte de esta casa de salud, son usuarios con diagnóstico establecido, estables y potencialmente recuperables. Usuario con soporte social y vital necesario que garantice su permanencia en el hogar.

Justificación

La falta de adherencia terapéutica-farmacológica en tratamientos crónicos de adultos mayores, es un problema de salud pública universal y real; misma que afecta de forma negativa, tanto a nivel salud, como en el deterioro de la recuperación, gasto asumido por el paciente y por ende en el gasto sanitario que representa para el sistema nacional de salud. (Ibarra Barrueta & Morillo Verdugo, 2017).

En Ecuador, la encuesta SABE II realizada en 2010, mostró una prevalencia de 44,4% de hipertensión arterial en personas de 60 años y más, a esto se suma la prevalencia de 12,3% de glucemia mayor a 126 mg/dl en el mismo grupo etario, (Freire, Brenes, Waters, Paula, & Mena, 2011) provocando un aumento en la carga de enfermedad, que da lugar a uno de los grandes síndromes geriátricos; la polifarmacia, la cual constituye la principal causa de baja adherencia farmacológica. (Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015), además del olvido, el miedo y la confusión, (Fundación Farmaindustria, Fundación Jordi Gol i Gurina-IDIAP, EY, 2016).

En España 88,9% de adultos mayores consumen algún medicamento y el 94% de las personas con múltiples comorbilidades están polimedicadas, es decir, han consumido de manera ininterrumpida en los últimos seis meses, más de seis principios activos. (Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015)

Varios estudios indican que entre un tercio y la mitad de ancianos que han recibido tratamiento médico, no recibieron correctamente la prescripción y más del 90% toman una dosis inferior a la indicada por el facultativo, teniendo como resultado, consecuencias negativas para la salud y un incremento de los costos generados por ingresos hospitalarios. (Palop Larrea & Martínez Mir, 2004)

La presente investigación surge de la necesidad de optimizar la adherencia farmacológica en los pacientes adultos mayores que acuden al Hospital del Día - Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor, factor transversal e indispensable para mejorar su calidad y esperanza de vida, al igual que su perfil de seguridad en los tratamientos recibidos y evolución de las enfermedades que padecen, (Ibarra Barrueta & Morillo Verdugo, 2017). Tomando en cuenta que la adherencia no depende solo del paciente, sino que también están implicados factores sociales, de salud, económicos, el nivel académico y la relación médico paciente (Organización Mundial de la Salud, 2004) (Marengoni, y otros, 2016), puntos clave que son parte principal del presente estudio.

La investigación busca identificar el grado de adherencia farmacológica que existe en la población objeto del estudio, mediante el uso de un método indirecto, la Escala de Morinsky Green, (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008) e intervenir en los casos que presentan media y baja adherencia, utilizando un instrumento informativo-educativo, con el fin de mejorarla, contribuyendo de esta forma con el bienestar del adulto mayor, su familia y el personal sanitario de esta casa de salud.

Existen algunas estrategias para promover el cumplimiento terapéutico, una de ellas es el uso de instrumentos educativos, que son aproximaciones didácticas orientadas a que el paciente adopte voluntariamente una actitud positiva frente a la toma de fármacos, a través del incremento de conocimientos sobre su enfermedad y el tratamiento. (Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán, 2009). Al no imponer costos económicos exuberantes, tener buena relación coste-efectividad y ser fáciles de ejecutar, (Rodríguez Chamorro, y otros, 2014) su uso es factible en la población adulta mayor. Con estos antecedentes se decidió realizar una intervención en pacientes que presentaron baja

adherencia al tratamiento farmacológico; utilizando un instrumento informativo-educativo basado en la evidencia científica de la Escala de Morinsky Green, el mismo que fue modificado y adaptado a la realidad local del grupo de estudio, por las autoras del presente trabajo de investigación.

Debido a que no existen suficientes estudios realizados sobre la adherencia farmacológica en el Hospital de Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor, esta investigación es trazadora y oportuna para tomar como referencia y punto de partida en el arduo camino de educar al paciente, la familia, cuidadores y población en general; haciendo énfasis en desarrollar destrezas y habilidades técnicas en el personal de salud acerca de la importancia de comunicar asertivamente las prescripciones médicas y su incidencia en la recuperación de la enfermedad y la prevención de complicaciones. Es importante informar al paciente y su entorno sobre cuáles son los beneficios de mantener una adecuada adherencia terapéutica en el tiempo, específicamente en enfermedades crónicas donde existe mayor índice de mal apego al tratamiento. (Martínez Domínguez, Martínez Sánchez, Lopera Valle, & Vargas Grisales, 2016)

Por otra parte, la investigación contribuye a ampliar la información sobre la adherencia farmacológica y correlacionarla con estudios de similares características, analizar las posibles variantes de acuerdo a la edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel de instrucción del adulto mayor. Además es viable, ya que se dispone de recursos necesarios para realizarla.

Varios son los beneficiados, el equipo de salud al ver mejores resultados de sus prescripciones, (Honorato Pérez, 2015) los pacientes por un adecuado control de sus enfermedades y los familiares y/o cuidadores por su participación activa en el tratamiento de las mismas. Sumada esta efectividad a la satisfacción del entorno sanitario y familiar del paciente adulto mayor al evidenciar que su

paciente-familiar ha mejorado significativamente de su enfermedad y ha reducido el riesgo de complicaciones; sin necesidad de revaloraciones, resistencia al tratamiento, multi-drogodependencia, gasto de bolsillo y costes para la salud pública en el Estado. El hospital se ve beneficiado al optimizar los recursos a él asignados y mejorar la imagen institucional.

Para las autoras el realizar esta investigación constituyó una oportunidad de contribuir en el conocimiento, sobre las ventajas de la aplicación de un instrumento informativo-educativo sencillo, que podrá ser aplicado de manera rutinaria al momento de realizar la consulta al adulto mayor.

Problematización

La adherencia farmacológica en adultos mayores es baja. En nuestro país no se encontró literatura científica sobre el tema, una tesis de grado con respecto a la adherencia de adultos mayores reportó no adherencia al tratamiento en un 77,76%, con 88% en el sexo femenino. (Baquero Freire, 2017)

El paciente siempre debe estar bien informado sobre sus padecimientos y tener conocimiento claro de su manejo farmacológico y no farmacológico, esto se logrará si hay una buena relación del personal de salud con el paciente y su familiar y/o acompañante si no acude solo. (Pisano González & González Pisano, 2014)

En pacientes tan complejos como lo son los adultos mayores, con varios síndromes geriátricos, con enfermedades crónicas y degenerativas, existe poca adherencia a medida que aumenta el número de fármacos. Sackett y Haynes en 1979 estudiaron la adherencia a la terapéutica de pacientes crónicos y concluyeron en una regla denominada la «regla de los tercios» para la adherencia a la medicación crónica, en la que 1/3 de los pacientes toman regularmente la medicación, 1/3 algunas veces y 1/3 casi nunca. (Rodríguez Chamorro M. Á., García-Jiménez, Amariles, Rodríguez Chamorro, & Faus, 2008)

Una de las consecuencias del abandono de la toma de fármacos es el alto impacto en gastos de la salud, hay factores como el almacenamiento de fármacos no consumidos en los hogares de estas personas que muchas veces pueden ser causa de intoxicación o automedicación irresponsable.

Para hacer una aproximación a la situación en el Hospital del Día - Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor se realizó una entrevista no estructurada, con fecha 20 de marzo del 2019, dirigida

a los 6 profesionales especializados en Geriátría que laboran en esta casa de salud, la información se la recolectó mediante entrevista personal y en otros casos vía telefónica. Se realizaron 3 preguntas:

1.- ¿Piensa usted qué existe mala adherencia terapéutica en los adultos mayores?

Se entrevistaron 6 Especialistas en Geriátría, cabe recalcar que se entrevistó no solo al Médico Geriatra que forma parte del Hospital del Día, sino a médicos que dan consulta externa en Geriátría. Del grupo entrevistado solo un médico coincidentemente geriatra, argumentó no tener pacientes con baja adherencia.

2.- ¿Cuál es el promedio de pacientes que usted atiende al día?

El promedio de pacientes que atienden al día entre los 6 médicos geriatras llega 56, lo cual corresponde a 9 pacientes atendidos por médico al día.

3.- ¿De ellos, cuántos presentan mala adherencia terapéutica?

De 56 pacientes atendidos, 33 en promedio presentan baja adherencia farmacológica.

De la misma manera se aplicó el test de Morisky a 10 pacientes de los cuales, 3 tuvieron una buena adherencia farmacológica, independientemente de que tipo de fármacos tomaban, los 7 pacientes restantes no sabían para que servía las medicinas que tomaban. De estos 7 pacientes, una era analfabeta y reconocía la medicación según los colores. Pese a que los nombres de los fármacos estuvieron rotulados con marcador en las cajas de envoltura del medicamento, de los 6 pacientes restantes, 4 tenían cuidadores, y ningún cuidador sabía manejar la medicación de los pacientes adultos mayores, de quienes eran responsables.

Formulación del problema.

Durante la presente investigación se enfocó los esfuerzos en dar una solución a un problema reincidente y que trae graves secuelas tanto para el paciente y entorno, como para el Estado, y es la baja adherencia farmacológica de los pacientes adultos mayores del Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. Este problema se identificó con mayor frecuencia al momento de cumplir con la prescripción médica.

El Hospital del Día que forma parte del Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor fue el lugar preciso para realizar la presente investigación; ya que se cuenta con la población objeto de estudio y brindó las facilidades para identificar el problema. Primero con una entrevista no estructurada, dirigida a 6 médicos geriatras que laboran en esta casa de salud. Segundo la aplicación del test modificado de la Escala de Morinsky Green aplicada a un total de 140 pacientes que asisten al Hospital del Día del Hospital de Atención Integral al Adulto mayor.

El Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor fue el lugar con las mejores condiciones para realizar el presente trabajo de investigación, aplicándose la prueba piloto con el test de Morisky (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018) (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008) a 10 pacientes de los cuales: 3 tuvieron una buena adherencia farmacológica, independientemente de que tipo de fármacos tomaban; los 7 pacientes restantes no conocían el motivo de tomar las medicinas indicadas.

Problema identificado: Baja adherencia farmacológica en adultos mayores que asisten a la consulta externa del Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor en la ciudad de Quito desde agosto a noviembre, 2019.

¿Cuál es la eficacia de la aplicación de un instrumento educativo e informativo en adultos mayores con baja adherencia farmacológica que asisten a la consulta externa en el Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor, en la ciudad de Quito desde agosto a noviembre, 2019?

Objetivos

Objetivo general.

Determinar el efecto de un instrumento educativo e informativo para mejorar la adherencia farmacológica del adulto mayor que asiste a la consulta externa del Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor en la ciudad de Quito durante los meses de agosto a noviembre, 2019.

Objetivos específicos.

1. Caracterizar a la población de estudio que asiste a la consulta externa del Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor en la ciudad de Quito durante los meses de agosto a noviembre, 2019.
2. Identificar los factores relacionados con la adherencia terapéutica farmacológica de la población de adultos mayores de esta investigación.

Capítulo II

Marco Teórico

La población adulta mayor en el Mundo.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, entre 2015 y 2050, el porcentaje de habitantes mayores de 60 años en el planeta casi se duplicará, pasando del 12 al 22%. Para el 2020, el número de personas de 60 años será superior al de niños menores de 5 años y en el 2050 el 80% de este grupo etario vivirá en países de ingresos medios y bajos. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

El Ecuador representa el 0,2% de la población mundial y el 2% de América Latina. En el 2010 se evidenció que el 6.5% de la población en general lo constituyen los adultos mayores. (Villacís & Carrillo, 2012) La distribución por género 53% mujeres y 47% hombres. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2012_2013)

Según proyecciones realizadas por el INEC, en el 2030 el Ecuador empezará a tener una población que envejece, ya que la tasa de natalidad disminuirá, las mujeres tendrán menos de dos hijos, a esto se suma la esperanza de vida que en 2010 fue de 75 años, se proyecta que la misma subirá en el 2050 a 80,5 años en el país. Ante el creciente envejecimiento poblacional, se debe tomar medidas, tales como planificación de proyectos en Salud Pública que contribuyan a un envejecimiento activo. (Cancino, Rehbein Felmer, & Ortiz, 2018)

Envejecimiento.

Al definir envejecimiento se crea un conflicto ético, ya que no se dispone de un solo concepto que abarque todo lo que esta palabra conlleva. A continuación se menciona una de las definiciones más completas que se la pone a consideración. Según Alvarado y Salazar se define al envejecimiento como: “proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. Asimismo, es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital y están permeados por la cultura y las relaciones sociales, de tal manera que no es claro precisar el estadio de la vida en el cual se ingresa a la vejez, y cada vez la concepción de la misma se aleja más de la edad cronológica y tiene mayor estructuración desde lo individual y lo social.”

(Alvarado García & Salazar Maya, 2014)

Adulto mayor.

Las Naciones Unidas usan 60 años, para referirse a un adulto mayor, esta línea que divide a la población en adultos jóvenes y adultos mayores también es usado por los demógrafos. Sin embargo, en países desarrollados se define a un adulto mayor como aquella persona que tiene 65 años o más, desde ese momento se convierte un ente elegible para gozar de derechos tales como beneficios de seguridad social. Tomando en cuenta que este grupo poblacional es diverso, por ejemplo en términos de edad, sexo, etnia, educación, ingresos económicos, salud entre otros, debe ser identificado de manera adecuada en pro de trabajar por el bienestar especialmente de las personas más vulnerables. (Guzmán, Pawliczko, Beales, & Voelcker, 2012)

Enfermedades cardiovasculares en el adulto mayor.

Como se ha comentado anteriormente, en la actualidad se evidencia una tendencia a la inversión de la pirámide poblacional, ya que aumentó la esperanza de vida y, por ende también las enfermedades, lo cual constituye un desafío para los sistemas de salud, de allí la importancia de las enfermedades cardiovasculares por ser la principal causa de muerte en adultos. (Jankowska-Polanska, Dudek, Szymanska-Chabowska, & Uchmanowicz, 2016)

De acuerdo al Séptimo Informe Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, esta patología aparece en más de dos tercios de las personas mayores de 50 años, (Jankowska-Polanska, Dudek, Szymanska-Chabowska, & Uchmanowicz, 2016) además el estudio PolSenior reveló que la hipertensión arterial afecta a un millón de adultos mayores de 80 años, (Kocelak, y otros, 2015) se estima que para el 2035 los adultos mayores hipertensos lleguen al 50%. La evidencia clínica apunta a que la terapia antihipertensiva en pacientes mayores de 65 años, reduce significativamente la incidencia de accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca y mortalidad. (Tykarski, y otros, 2015)

En el estudio HYVET se sustenta el uso de tratamiento antihipertensivo en pacientes de 80 años con cifras de tensión arterial sistólica superior a 160 mmhg, con el objetivo de alcanzar cifras menores a 150 mmhg, además demostró una asociación entre el control de la tensión arterial y la reducción de eventos cerebrovasculares, y disminución en la mortalidad, lo que indica que es beneficioso del uso del tratamiento farmacológico. (Beckett, y otros, 2008) Para que estos resultados se reflejen en toda la población se debe trabajar en la adherencia farmacológica.

Alrededor del 55% de ancianos no se adhieren al plan terapéutico por múltiples causas, las cuales serán especificadas más adelante, esto lleva a un inadecuado control de la tensión arterial, a esto se suma los cambios fisiológicos del envejecimiento, convirtiendo su manejo en un gran desafío para el equipo de salud. (Jankowska-Polanska, Dudek, Szymanska-Chabowska, & Uchmanowicz, 2016)

El Síndrome de Fragilidad en pacientes con hipertensión arterial.

El Síndrome de Fragilidad se desarrolla en el 15 – 20 % de pacientes mayores de 60 años y en el 30% de personas mayores de 80 años, se lo considera como un factor causal y pronóstico en pacientes con enfermedades cerebrovasculares, ya que los pacientes presentan un alto riesgo de caídas, disminución de la movilidad y capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, hospitalizaciones frecuentes y muerte. (Jankowska-Polanska, Dudek, Szymanska-Chabowska, & Uchmanowicz, 2016)

En un estudio realizado en la población adulta mayor en Japón, se evaluó la asociación entre la hipertensión arterial y el síndrome de fragilidad, confirmando que la movilidad limitada, pérdida de peso en más de 2 a 3 kilogramos en los últimos seis meses, dificultad para ingerir alimentos sólidos y limitación para realizar las actividades complejas de la vida diaria se correlaciona con la prevalencia, el control y el tratamiento de la hipertensión arterial. (Koizumi, y otros, 2013)

Jankowska y col, concluyen que un mayor nivel de fragilidad en este grupo etario, puede considerarse como un determinante para mala adherencia farmacológica; pero, el apoyo social y el conocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial no tratada de manera adecuada son determinantes de mayor importancia en relación a la adherencia. (Jankowska-Polanska, Dudek, Szymanska-Chabowska, & Uchmanowicz, 2016)

Farmacocinética y Farmacodinamia en el paciente anciano.

Los cambios fisiológicos del envejecimiento son procesos normales que, en muchas ocasiones, no son tomados en cuenta al momento de prescribir un fármaco.

A continuación se detallan algunos cambios que se producen a nivel de la farmacocinética y farmacodinamia de los agentes antihipertensivos.

La concentración plasmática de un fármaco depende de la absorción, distribución, metabolismo y excreción. Durante la absorción se producen cambios mínimos como: disminución de la función de la glicoproteína P y la motilidad gastrointestinal, los cuales pueden acentuarse por la presencia de desnutrición, que tiene como consecuencia hipoalbuminemia, lo que contribuye a niveles más altos del fármaco no unido a proteínas, o alimentación por sonda nasogástrica. En cuanto a la distribución, la estructura corporal del anciano se caracteriza por tener menor tejido muscular, mayor tejido graso y menor agua corporal total, lo que orienta a tener cuidado a la hora de prescribir medicamentos lipofílicos, ya que influye directamente en la distribución y la vida media de las drogas. Esto no tiene mucha relevancia al tratarse de los antihipertensivos, debido a que en su mayoría tienen metabolización hepática, lo que si influye es la disminución del tamaño hepático, al igual que su irrigación, dando lugar a una disminución de los niveles plasmáticos en la sangre. Como consecuencia de la disminución del flujo plasmático renal y la nefroesclerosis, la función renal se ve alterada y da como resultado elevadas concentraciones plasmáticas de fármacos excretados por vía renal, lo cual se agrava con la preexistencia de hipertensión arterial. (Peeters, y otros, 2019)

Con el envejecimiento, la estructura de los vasos sanguíneos cambia, se vuelven menos elásticos en especial a nivel arterial, lo que favorece el apareamiento de la hipertensión arterial, en particular la hipertensión arterial sistólica aislada. Los mecanismos reguladores de la presión arterial también se ven afectados, con un riñón envejecido, la respuesta a la ingesta de sal y agua son menos eficaces, trayendo como consecuencia trastornos hidroelectrolíticos, es decir, hipernatremia o hiponatremia, entidades que pueden comprometer la vida del adulto mayor. Otro de los cambios es: a partir de los 50 años, el Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona se vuelve menos activo, además el envejecimiento de las glándulas suprarrenales produce una elevada cantidad de aldosterona, responsable de la retención de sodio, lo que favorece a la hipertensión arterial y aumenta el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. (Peeters, y otros, 2019)

Caídas.

Son consideradas un síndrome geriátrico, lastimosamente muy frecuente en el anciano, de 20 a 33 % de las personas mayores de 65 años presentan al menos una caída por año, en los adultos mayores de 85 años este fenómeno aumenta a 49%. (Peel, 2011) Los principales factores de riesgo son: la hipotensión ortostática, presión arterial sistólica baja y polifarmacia. La hipertensión arterial es un factor de riesgo para la hipotensión ortostática, erróneamente se cree que los antihipertensivos están relacionados con la misma, por lo que en varias ocasiones se opta por disminuir, e incluso suspender el tratamiento antihipertensivo, cuando en estudios realizados demuestran que a excepción de los alfa bloqueantes, no empeoran la hipotensión ortostática. (Peeters, y otros, 2019)

Comorbilidades.

Los pacientes adultos mayores tienen múltiples comorbilidades, tales como: obesidad, diabetes mellitus, lesión renal, dislipidemias, entre otros. La prevalencia de enfermedades es del 50% en este grupo etario y cerca del 80 % en mayores de 80 años. (Salive, 2013)

De acuerdo a las comorbilidades se debe escoger el mejor tratamiento, por ejemplo, en el caso de un paciente adulto mayor con hipertensión arterial y nefropatía diabética, la mejor opción es un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina. (Peeters, y otros, 2019)

En conclusión, se debe tratar a un paciente geriátrico como un todo, de esta forma se cometerá un menor número de iatrogenias.

Polifarmacia.

Múltiples comorbilidades vienen de la mano con la polifarmacia, la cual es la administración de 5 fármacos o más, prescritos a un mismo paciente. En Estados Unidos, al igual que en la mayoría de países, se presenta polifarmacia en dos terceras partes de personas mayores de 65 años, en especial en pacientes en cuidados prolongados, favoreciendo de esta manera mayor presencia de efectos adversos por interacción farmacológica, incumplimiento, caídas, delirium, por ende incremento en los costos en salud y la mala adherencia. (Peeters, y otros, 2019)

Adherencia farmacológica.

Tras una exhaustiva búsqueda en las diferentes bases de datos disponibles, se encontraron términos clave que se parecen, pero en realidad tienen diferente significado. Por ejemplo:

Cumplimiento es la medida en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones del galeno. Sin embargo, no es muy utilizado ya que implica la falta de participación del paciente.

Adherencia se define como la medida en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas con el prescriptor, lo cual constituye una alternativa para conseguir el cumplimiento, aclarando que el paciente es libre de decidir si se adhiere o no al tratamiento y, en caso de no hacerlo, no debería ser una razón para culparlo. La adherencia conlleva al cumplimiento, enfatizando la necesidad de un acuerdo entre las partes implicadas, es decir, del médico y el paciente.

Finalmente **concordancia** que comprende desde la comunicación de la prescripción, hasta el apoyo del paciente en la toma de medicamentos, en ocasiones se suele confundir con adherencia. (Horne, Weinman, Barber, Elliott, & Morgan, 2005)

Según la Organización Mundial de la Salud, adherencia terapéutica es el grado en que el comportamiento de una persona al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2004) (Gutiérrez, Lopetegui, Sánchez, & Garaigordobil, 2012)

El término “adherencia de bata blanca” significa que el paciente toma la medicación de la forma indicada por el médico poco tiempo antes de la cita de seguimiento y posterior a la misma, la suspende. (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018)

Clasificación de los métodos para medir la adherencia.

La Adherencia al régimen de medicación según Osterberg, puede medirse con la utilización de métodos directos e indirectos. Cada uno tiene sus ventajas y desventajas. (Osterberg & Blaschke, 2005)

Métodos directos.

Entre los métodos directos se hallan: la terapia directamente observada, medición de un metabolito del medicamento ya sea en sangre, orina u otro fluido corporal, y la medición de un marcador biológico, esto permite realizar una medición exacta de la adherencia farmacológica, pero implica un costo elevado, (López-Romero, Romero-Guevara, Parra, & Rojas-Sánchez, 2016) otra desventaja es que se realiza la medición solo de cierto tipo de fármacos, en especial antiepilépticos, antipsicóticos y antirretrovirales, es decir, no se dispone para toda medicación, a esto se suma que no permiten revelar el patrón de no adherencia, por estas características son utilizados solo en ensayos clínicos. (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018)

Métodos indirectos.

Incluyen cuestionarios de auto-informes de los pacientes, preguntar al paciente que tan fácil es tomarse la medicación indicada, recuento de tabletas, valorar la respuesta clínica al tratamiento instaurado, cuestionario para el cuidador principal, monitoreo electrónico de medición y la técnicas de entrevista clínica. (Osterberg & Blaschke, 2005) Este último método es el más recomendado

por muchos autores y se basa en preguntar directamente al enfermo sobre su cumplimiento, (Gutiérrez, Lopetegui, Sánchez, & Garaigordobil, 2012) otra de sus ventajas es permitir evaluar la adherencia terapéutica en diferentes etapas: iniciación, implementación y/o discontinuación del tratamiento. (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018) Entre las desventajas que presenta; esta la sobreestimación del cumplimiento, por lo que algunos autores optan por la combinación de los métodos empleados, para obtener una medida más exacta. (López-Romero, Romero-Guevara, Parra, & Rojas-Sánchez, 2016)

A continuación se explica sobre uno de los métodos indirectos más utilizados al momento de medir Adherencia Farmacológica.

Cuestionario de Morisky-Green-Levine

Es un método indirecto, cuya modalidad es el auto-informe. Tiene una sensibilidad del 32% y una especificidad del 94%, (Parody Rúa & Vásquez Vera, 2019) el mismo que se halla validado para enfermedades crónicas. La primera versión consta de 4 preguntas que indagan acerca de si el paciente se toma la medicación, si se olvida de hacerlo, si al estar bien la suspende y si cuando le sienta mal deja de tomarla, con respuesta dicotómica si/no. (Rodríguez Chamorro, y otros, 2009) Se emplea para medir adherencia farmacológica, ya que no toma en cuenta otros aspectos tales como dieta, actividad física, control de factores de riesgo, entre otros. (López-Romero, Romero-Guevara, Parra, & Rojas-Sánchez, 2016)

En el año 2008, se elaboró la escala de 8 ítems, en los que se incluyó aspectos tales como el comportamiento relativo a la toma de medicación. (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018) (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008) Sus principales ventajas son: refleja la conducta

del paciente frente al cumplimiento de la medicación, se puede aplicar al paciente o al cuidador, es sencilla y breve de realizar, facilita información sobre el incumplimiento y requiere escasos requisitos de nivel sociocultural para su entendimiento, lo cual le da un plus para ser aplicada a la población adulta mayor. (Rodríguez Chamorro, y otros, 2009)

La adherencia en relación a los adultos mayores

En general la adherencia terapéutica, según indica la Organización Mundial de la Salud, no depende únicamente del paciente, ya que detrás de ello están implícitos otros factores, entre los cuales se encuentran: los socioeconómicos, relacionados con el tratamiento, con la enfermedad y el equipo de salud, (Organización Mundial de la Salud, 2004) (Marengoni, y otros, 2016) lo que en innumerables ocasiones no es tomado en cuenta al momento de evaluar el cumplimiento o no del tratamiento farmacológico.

Los grupos poblacionales donde se evidencia el mayor porcentaje de incumplimiento farmacológico son: adolescentes y adultos mayores. Según Marengoni y col, en este último grupo etario se observa una alta prevalencia de iatrogenia en el manejo de sus múltiples comorbilidades, más del 90% reciben fármacos prescritos por un médico, 50% reciben 5 o más fármacos y el 10% 10 o más medicamentos. A esto se suma que las recomendaciones terapéuticas específicas basadas en la evidencia no son factibles de aplicar en esta población, ya que las personas que participan en este tipo de estudios tienen menor edad cronológica y por lo general solo tienen un cierto número de patologías. Además no se ha invalidado la autonomía del adulto mayor para tomar la medicación según lo prescrito, sea por déficit cognitivo o presencia de algún tipo de discapacidad. (Marengoni, y otros, 2016)

Determinantes de la no adherencia.

La falta de adherencia puede ser intencional o no intencional y las causas son múltiples, según Osterberg y Blaschke la constituyen: “los olvidos 30%, otras prioridades 16%, decisión de omitir dosis 11%, falta de información 9%, y factores emocionales 7%. El 27% no dio una razón para la mala adherencia.” (Osterberg & Blaschke, 2005)

Otras razones involucradas en omitir la dosis y el incumplimiento de las recomendaciones incluyen los efectos secundarios del mismo, la falta de recursos económicos, vejez, comorbilidades, disminución de las capacidades físicas y cognitivas, lo cual da como resultado el síndrome de fragilidad. Además de un factor trazador importante, como es el aspecto psicosocial, que se relacionan fuertemente con la no adherencia, incluye la depresión, falta de apoyo social y baja calidad de vida. (Jankowska-Polanska, Dudek, Szymanska-Chabowska, & Uchmanowicz, 2016) (Gutiérrez, Lopetegi, Sánchez, & Garaigordobil, 2012)

Consecuencias.

Según un estudio realizado en el 2010, el accidente cerebrovascular causa 11% de fallecimientos en el mundo, es decir cerca de 16 millones de personas al año, y constituye la segunda causa de muerte luego de la cardiopatía isquémica. (Lozano, y otros, 2012) Como este ejemplo existen muchos más, en los cuales el factor común es la falta de adherencia farmacológica, afectando directamente la calidad de vida y acortando la misma. (Marengoni, y otros, 2016)

Datos internacionales muestran que en países desarrollados casi la mitad de pacientes no se adhieren al tratamiento prescrito. (Organización Mundial de la Salud, 2004) En Estados Unidos se estima que anualmente se gasta entre 100 y 300 mil millones de dólares en atención médica al año, costos que se atribuyen a la falta de adherencia farmacológica. (Iuga & McGuire, 2014)

Un estudio metodológico realizado en personas con cuatro comorbilidades vasculares crónicas arrojó como resultado que una mayor adherencia se asocia con aumento de gastos a nivel de farmacia, pero también produjo importantes ahorros médicos al reducir el índice de hospitalización y el uso del departamento de emergencia. (Roebuck, Liberman, Gemmill-Toyama, & Brennan, 2011)

El Ecuador no es ajeno a esta realidad, según un estudio realizado en el 2016, en el Hospital Luis Vernaza y el Hospital Militar de Guayaquil, se obtuvo como resultado que la adherencia farmacológica está ligada al nivel de instrucción, 30 pacientes que intervinieron en el estudio tenían una instrucción superior, de los cuales 17 presentaron buena adherencia al tratamiento antihipertensivo. (Aguirre, Celis, Penaherrera, & Aguirre, 2017)

Escalas de Valoración Geriátrica

El Índice de Barthel o Índice de Discapacidad de Maryland, es un instrumento que se emplea para determinar la capacidad del paciente para realizar diez actividades de la vida diaria consideradas como básicas. Se obtiene una estimación cuantitativa del grado de independencia de la persona. (Barrero Solís, García Arriola, & Ojeda Manzano, 2005)

Los puntos de corte son los siguientes:

1. Independiente: 100 puntos
2. Dependencia leve: mayor o igual a 60 puntos
3. Dependencia moderada: 40-55 puntos
4. Dependencia severa: 20-35 puntos
5. Dependiente total: menor a 20 puntos

Mini Examen Cognoscitivo de Lobo.

Para la valoración de deterioro cognitivo se utilizó el test “Mini Examen Cognoscitivo de Lobo”, (MEC-35) utilizando como punto de corte 23/24, según instrucción del paciente. Se aplicó las siguientes puntuaciones como variable categórica:

- Sin deterioro cognitivo
- Con deterioro Cognitivo leve
- Con deterioro cognitivo moderado

Escala de Gijón

Para la evaluación socio-familiar se usó la Escala de Gijón, elaborada por un grupo de trabajadores sociales en España, como un instrumento para la valoración social en ancianos y que toma en cuenta cinco parámetros: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social. (Alarcón Alarcón & González Montalvo, 1998)

La puntuación óptima para cada parámetro es 1 y la peor es 5. Se interpreta como sigue:

Aceptable situación social= 5 a 9 puntos.

Riesgo social= 10 a 14 puntos. El adulto mayor tiene la posibilidad de sufrir un daño, cuyo origen sea una causa social. La finalidad última de la escala es la detección de estas personas para evitar que tengan un problema social.

Problema social= 15 o más puntos. Situación que impide el desarrollo o progreso de adulto mayor. Necesita solución.

En un estudio de validación, la escala se aplicó a 1.062 personas mayores de 65 años. Se encontró un coeficiente de correlación intraclase de 0,957 y un alfa de Cronbach de 0,4467, es decir, demostró un grado de fiabilidad alto y validez aceptable. (Cabrera González, y otros, 1999)

La escala de Gijón ha sido validada, adaptada e incluida en los instrumentos para la valoración geriátrica integral de varios países, tales como Perú, Ecuador entre otros. (Álvarez Yáñez, Lourdes, Alicia, & José, 2010)

Capítulo III

Métodos

Diseño del estudio.

Se realizó un estudio cuasi experimental en donde se aplicó un instrumento de evaluación en dos momentos diferentes, antes y después de realizar la intervención.

Población.

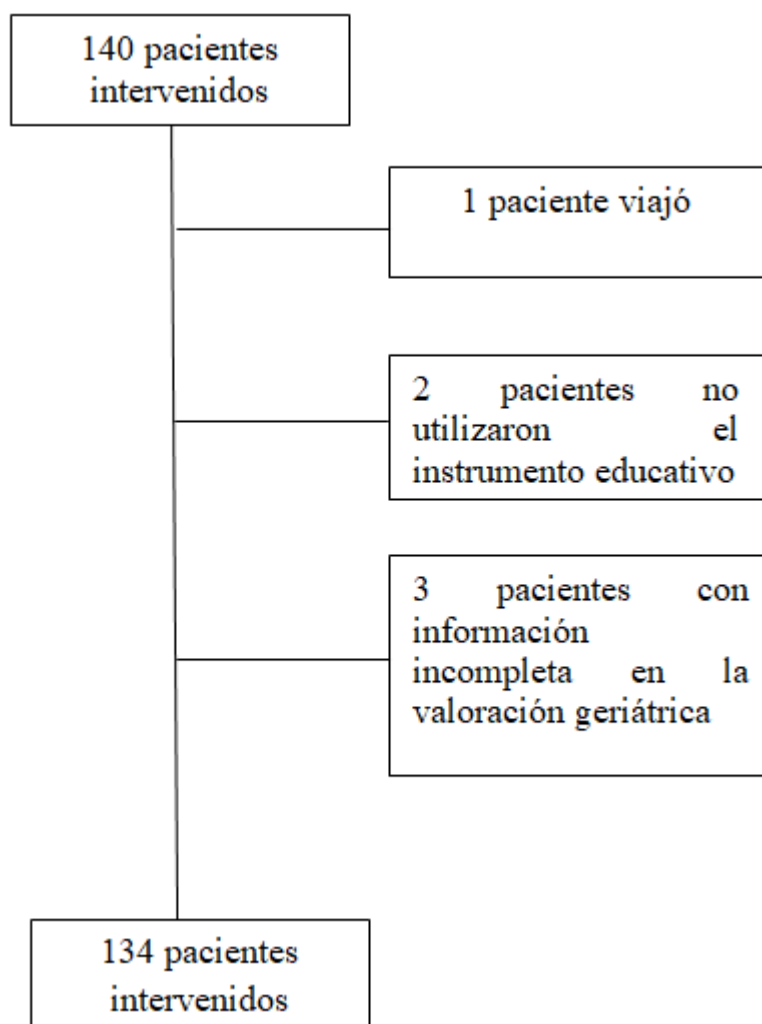
El universo fue de 140 adultos mayores que fueron atendidos en el Hospital del Día de Atención Integral al Adulto Mayor de la ciudad de Quito, durante los meses de agosto y septiembre del 2019. Salieron del estudio 6 pacientes por diferentes motivos, lo cual se puede observar en la Figura 1. La muestra final fue de 134 pacientes estudiados que cumplieron con los criterios de inclusión y se mantuvieron presentes en el desarrollo de la investigación.

Tabla 1. *Criterios de Inclusión y Exclusión*

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
1. Adultos mayores de 65 años en seguimiento que pertenezcan al Hospital del día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor.	1. Adultos mayores de 65 años en seguimiento y quienes acudan a la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, pero no formen parte del Hospital del Día.
2. Pacientes que deseen participar y firmen el consentimiento informado	2. Pacientes adultos mayores que no puedan responder por sí mismo el test y no tengan cuidador.

Elaborado por: Las investigadoras

Fuente : Encuesta elaborada por las investigadoras

Tabla 2. *Secuencia de muestreo*

Elaborado por: Las investigadoras

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras

Procedimientos de recolección de información.

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta elaborada por las autoras (Anexo 2) en la que se incluyeron 2 tipos de variables, las demográficas y de estado de salud como: edad, sexo, estado civil, instrucción, ocupación, presencia o no de cuidador, comorbilidad, automedicación, métodos utilizados para recordar su medicina, funcionalidad del paciente, estado cognitivo, entorno social y familiar, medicación habitual y variables de las escalas geriátricas.

Los datos de las variables demográficas y de estado de salud fueron recolectados mediante conversación directa con la población de estudio y los datos de las escalas geriátricas se obtuvieron mediante la búsqueda de información en la historia clínica personal.

Para validar la encuesta se realizó un pilotaje y validación cultural para nuestra población. La prueba piloto consistió en encuestar a 30 pacientes y verificar sus respuestas, esto nos llevó a la conclusión de que la encuesta era entendida y las respuestas reales.

El instrumento educacional de intervención con el que se decidió trabajar, luego de analizar con la población de estudio, corresponde a uno de los métodos que se han utilizado para mejorar la adherencia farmacológica a nivel mundial, y se basó en la hoja utilizada para mejorar la adherencia farmacológica de la Guía de tratamiento de las Dislipidemias, publicado en la Revista Española de Cardiología en el 2017 y cumple varias características para motivar e informar al paciente para la toma de medicación. El instrumento contiene datos del medicamento y su prescripción, a esto se suma la información verbal que se proporcionó acerca de todo lo que requiere conocer el paciente, del por qué toma cada medicación, de sus efectos adversos e incluso de llegar a acuerdos con el personal de salud, para entender qué medicamentos son indispensables y solo tomar lo que necesita.

Plan de análisis de datos.

Se elaboró una hoja de trabajo para el programa SPSS versión 2.2 en español. En estadística descriptiva se calculó proporciones para las variables categóricas y medidas de tendencia central (mediana, moda, desviación estándar y error de la media) para variables numéricas. Se realizaron dos medidas: antes y después de la aplicación del instrumento educativo y se calculó Chi^2 para establecer diferencias, previa dicotomización de las variables. Se desarrolló prueba de hipótesis para descartar hipótesis nula y los cálculos se realizaron con error de hasta el 5 %.

Hipótesis.

H1. Los pacientes con baja y media adherencia farmacológica en quienes se aplicó el instrumento educativo, mejoraron su adherencia.

H0. Los pacientes con baja y media adherencia farmacológica en quienes se aplicó el instrumento educativo, no mejoraron su adherencia.

Aspectos Bioéticos

El presente estudio de intervención se realizó previa firma de consentimiento informado siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (Anexo 4 y 5), informando al paciente y/o su cuidador de forma simple y sin términos técnicos los aspectos relevantes de la investigación. Se recalcó que la información es confidencial y no serían expuestos los nombres de los pacientes pues se usó códigos para identificarlos.

Capítulo IV

Resultados

Los datos se analizaron utilizando la estadística descriptiva e inferencial mediante medidas de tendencia central, dispersión y Chi cuadrado

La muestra es de 140 adultos mayores que acuden al Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. En la tabla N° 3 se identifica que la mayoría de pacientes pertenecen al grupo denominado: adultos mayores, de acuerdo a la clasificación realizada por la Organización Mundial de la Salud, que constituyen un 64, 28%. El sexo femenino predomina sobre el masculino con una relación de 2:1. Con respecto al nivel de instrucción el 15, 71% no ha recibido ningún tipo de educación y la mayoría al momento no desempeña ningún oficio.

Análisis Univariado.

Tabla 3. *Variables Socio-demográficas de pacientes adultos mayores que acuden al Hospital del Día - Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor durante el período comprendido entre agosto noviembre 2019.*

VARIABLE	CATEGORÍA	N	**%
Edad	65 – 75	48	34,28
	76 – 90	90	64,28
	≥ 91	2	1,43
Sexo	Masculino	41	29,28
	Femenino	99	70,71
Estado civil	Casado/a	63	45
	Conviviente	2	1,42
	Divorciado/a	5	3,57
	Separado/a	8	5,71
	Soltero/a	14	10
	Viudo/a	48	34,28
Instrucción	Sin instrucción	22	15,71
	Primaria	87	62,14
	Secundaria	29	20,71
	Superior	2	1,43
Ocupación	Sin ocupación	87	62,14
	Con ocupación	53	37,86

Elaborado por: Las investigadoras

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras

Tabla 4. Variables de Estado de Salud de pacientes adultos mayores que acuden al Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor durante el período comprendido entre agosto – noviembre 2019.

VARIABLE	CATEGORÍA	N	%
Tiene cuidador	Si	68	48,57
	No	72	51,43
Tipo de cuidador	Familiar	65	46,43
	Particular	2	1,43
	Otros	1	0,71
	Ninguno	72	51,43
Persona con la que vive	Solo/a	14	10
	Esposo/a	34	24,28
	Hijo/a	59	42,14
	Cuidador/a particular	1	0,71
	Otros familiares	31	22,14
	No familiar	1	0,71
Automedicación	Si	69	49,28
	No	71	50,71
Utiliza algún método para recordar tomar su medicación	Pastillero	12	8,57
	Anotar	21	15
	Se guía por las cajas o las marcas	26	18,57
	Se guía por la forma y color de las tabletas	3	2,14
	Otros	24	17,14
	Ninguno	54	38,57
	Polifarmacia*	Si	53
No		87	62,14
Adherencia*	Alta	16	11,90
	Media	46	34,30
	Baja	72	53,70

*. Mas de 5 fármacos *. Test de Morisky

Elaborado por: Las investigadoras

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras

En la tabla 4 se destaca que el 48.57% de la población estudiada dispone de un cuidador, que en su mayoría lo constituye, un familiar en especial una hija/o con la que vive. El 10% vive solo en su domicilio. Ningún adulto mayor se hallaba institucionalizado al momento de levantar la información. El 49,28% en algún momento han tomado algún tipo de medicación sin prescripción médica. El 62,14% de los pacientes recibe más de 5 fármacos al día.

Mediante la encuesta de adherencia farmacológica realizada en el primer momento por la encuesta de Morisky refleja una mala adherencia medicamentosa en su mayoría con un 53,70%.

Tabla 5. *Escalas Geriátricas Evaluadas en los adultos mayores que acuden al Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor durante el período comprendido entre agosto – noviembre 2019.*

VARIABLE	CATEGORÍA	*N	**%	
Funcionalidad	Independiente	17	12,41	
Barthel	Dependiente leve	109	79,56	
	Dependiente moderado	9	6,57	
	Dependiente severo	2	1,46	
	Dependiente total	0		
	Valoración Cognitiva	Sin deterioro cognitivo	14	10,22
MEC-35	Deterioro cognitivo leve	99	72,26	
	Deterioro cognitivo moderado	24	17,52	
Valoración Social	Riesgo Social bajo	69	50,36	
	Gijón	Riesgo Social intermedio	53	38,69
	Riesgo Social alto	15	10,95	

Elaborado por: Las investigadoras

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras

El 79.56% de la población presenta una dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria. A nivel de la esfera cognitiva se evidencia que el 72,26% presenta un deterioro cognitivo leve. Y en cuanto a la situación social el 10,95% tiene un riesgo social alto.

Análisis multivariado.

A continuación se describe el análisis multivariado en donde se asocian las variables socio-demográficas, estado de salud y escalas geriátricas con la variable adherencia en dos momentos, la primera fase antes de la intervención y la segunda fase luego de la intervención.

Tabla 6. Asociación entre las variables sociodemográficas, de salud y escalas geriátricas con la variable adherencia previo a la aplicación del instrumento educativo en los adultos mayores que acuden al Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor durante el período comprendido entre agosto – noviembre 2019.

Variable	Categoría	Baja adherencia n (%)	Buena adherencia n (%)	Total n (%)	p valor	Chi ²
Edad	<80 años	40 (29,9)	39 (29,1)	79(59,0)	0,28	1,14
	>80 años	33(24,6)	22(16,4)	55(41,0)		
Sexo	Masculino	14(10,4)	22(16,4)	36(26,9)	0,028	4,82
	Femenino	59(44,0)	39(2,1)	98 (73,1)		
Nivel académico	Alto	11(8,2)	18(13,4)	29(21,6)	0,043	4,08
	Bajo	62 (46,3)	43 (32,1)	105(78,4)		
Ocupación	Si	27(20,1)	23(17,2)	50 (37,3)	0,93	0.007
	No	46(34,3)	38(28,4)	84(62,7)		
Cuidador	Si	35(26,1)	32(23,9)	67(50,0)	0,603	0,27
	No	38(28,4)	29(21,6)	67(50,0)		
Morbilidad	Alto	59(44,0)	45(33,6)	104(77,6)	0,329	0,95
	Bajo	14(10,4)	16(11,9)	30(22,4)		
Automedica	Si	41(30,6)	26(19,4)	67(50,0)	0,118	2,43
	No	32(23,9)	35(26,1)	67(50,0)		
Otros métodos para recordar	Si	45(33,6)	35(26,1)	80(59,7)	0,616	0,25
	No	28(20,9)	26(19,4)	54(40,3)		
Estado cognitivo	Sin deterioro	9 (6,7)	5(3,7)	14(10,4)	0,436	0,60
	Con deterioro	64(47,8)	56(41,8)	120(89,6)		
Valoración socio-familiar	Con riesgo	43(32,1)	23(17,2)	66(49,3)	0,015	5,97
	Sin riesgo	30(22,4)	38(28,4)	68(50,7)		
Polifarmacia	Sin	23(17,2)	26(19,4)	49(36,6)	0,183	1,77
	Con	50(37,3)	35(26,1)	85(63,4)		

Elaborado por: Las investigadoras

Fuente : Encuesta elaborada por las investigadoras

Tabla 7. Asociación entre las variables sociodemográficas, de salud y escalas geriátricas con la variable adherencia posterior a la aplicación del instrumento educativo en los adultos mayores que acuden al Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor durante el período comprendido entre agosto – noviembre 2019.

Variable	Categoría	Baja adherencia n (%)	Buena adherencia n (%)	Total n (%)	p valor	Chi ²
Edad	<80 años	21 (15,7)	58 (43,3)	79(59,0)	0,441	0,59
	>80 años	18(13,4)	37(27,6)	55(41,0)		
Sexo	Masculino	8(6,6)	28 (20,3)	36(26,9)	0,288	1.13
	Femenino	31(23,0)	67 (50)	98 (73,1)		
Nivel académico	Alto	6(4,5)	23(17,2)	29(21,6)	0,260	1,27
	Bajo	33 (24,6)	72 (53,7)	105(78,4)		
Ocupación	Si	15(11,2)	35(26,1)	50 (37,3)	0,860	0.031
	No	24(17,3)	60(44,8)	84(62,7)		
Cuidador	Si	25(18,7)	42(31,7)	67(50,0)	0,036	4,37
	No	14(10,4)	53(39,6)	67(50,0)		
Morbilidad	Alto	32(23,9)	72(53,7)	104(77,6)	0,430	0,62
	Bajo	7(5,2)	23(17,2)	30(22,4)		
Automedica	Si	19(14,2)	47(35,1)	67(50,0)	0,849	0,036
	No	20(14,9)	47(35,1)	67(50,0)		
Otros métodos para recordar	Si	25(18,7)	55(41,0)	80(59,7)	0.506	0,44
	No	14(10,4)	40(29,9)	54(40,3)		
Estado cognitivo (deterioro)	Sin	4 (3,0)	10(7,5)	14(10,4)	0,971	0,002
	Con	35(26,1)	85(63,4)	120(89,6)		
Socio familiar	Con riesgo	24(17,9)	42(31,3)	66(49,3)	0,068	3,32
	Sin riesgo	15(11,2)	53(39,6)	68(50,7)		
Polifarmacia	Sin	12(9,0)	37(27,6)	49(36,6)	0,372	0.79
	Con	27(20,1)	58(43,3)	85(63,4)		

Elaborado por: Las investigadoras

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras

Como puede observarse en la tabla 6, solo las variables de sexo con un $\text{Chi}^2 = 4,82$ ($p = 0,028$), el nivel académico con un $\text{Chi}^2 4,08$ ($p : 0,043$) y la valoración socio familiar con un $\text{Chi}^2 = 3,32$ ($p=0.015$), tuvieron una relación significativa con respecto a la adherencia farmacológica durante la primera etapa del estudio, siendo la más relevante la variable de sexo.

La asociación entre las variables sociodemográficas, de salud y escalas geriátricas con la variable adherencia, en el periodo posterior a la intervención con el instrumento educativo como se aprecia en la Tabla 7 arrojó resultados significativos para la variable “tener cuidador”, con un $\text{Chi}^2 =4,37$ ($p = 0,036$) y la valoración socio familiar $\text{Chi}^2 = 3,32$ ($p=0,068$), siendo la variable más relevante el disponer de cuidador.

Para el análisis entre antes y después de la intervención se tomó en cuenta a los dos grupos de alta y media adherencia como uno solo, es decir desde el puntaje de 6-8 con buena adherencia farmacológica y a los pacientes con puntaje de baja adherencia farmacológica de 5 al 0 se consideró grupo de baja adherencia farmacológica. Con esto, se trabajó con variables Dummy y tablas de 2×2 .

Tabla 8. *Asociación entre la variable adherencia previa y posterior a la aplicación del instrumento educativo en los adultos mayores que acuden al Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor durante el período comprendido entre agosto – noviembre 2019.*

	Después					
	Mala adherencia		Buena adherencia		Total	
Antes	N	%	N	%	N	%
Mala adherencia	37	27,6	36	26,9	73	54,5
Buena adherencia	2	1,5	59	44	61	45,5
Total	39	29,1	95	70,9	134	100

$\text{Chi}^2 = 36,194$ (p= 0.000)

Elaborado por: Las investigadoras

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras

Los resultados de la tabla 8 reportaron 73 pacientes, es decir un 54,5%, con mala adherencia antes de la intervención y luego de la misma se redujo a 39 pacientes correspondiente al 29,1%. Se reportaron 61 pacientes (45,5%) con buena adherencia farmacológica antes de la intervención frente a 95 pacientes (70,9%) luego de la misma. Los resultados presentaron una relación muy significativa con un $\text{Chi}^2 = 36,194$ ($p = 0.000$)

Capítulo V

Discusión

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis general, que establece que los pacientes con baja y media adherencia farmacológica que asiste a la consulta externa del Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor en la ciudad de Quito, en quienes se aplicó el instrumento educativo, mejoraron su adherencia.

No existen estudios acerca de instrumentos educativos como la hoja de medicamentos que forma parte de esta investigación y su relación con la adherencia farmacológica, sin embargo en una revisión sistemática realizada en el 2014 por Ryan R. y colaboradores acerca de las intervenciones para mejorar el uso seguro y efectivo de medicamentos, en cuyos resultados casi la mitad con 35 de los 75 estudios encontrados (47%) utilizaron diferentes métodos en donde se concluyó que tanto métodos complejos como simples tienen igual impacto sobre la adherencia y educación de los pacientes. Similares resultados de estudios como los realizados por Haynes 2008; Holloway 2011; Viswanathan 2012, indican que hasta un 50 % de los pacientes son malos adherentes a su tratamiento farmacológico. Todos estos estudios con resultados muy similares a los obtenidos en esta investigación. (Ryan, y otros, 2014)

Otra revisión sistemática realizada por González J. y colaboradores con respecto a intervenciones para mejorar la adherencia en pacientes con pluripatología encontraron que la combinación de métodos simples entre la educación al paciente en la post consulta o durante la consulta médica, y un método conductual mejoran la adherencia farmacológica de estos pacientes de un 47 % a un 75 %, no encontrándose diferencia significativa entre el método conductual utilizado, sin embargo para realizar esta investigación se decidió utilizar el método de hoja de

medicamentos tomando en cuenta nuestra población , los adultos mayores que acuden al Hospital del día del hospital del adulto mayor de Quito son mujeres, con deterioro cognitivo leve, con riesgo social, polifarmacia, y bajo nivel de instrucción , por lo que un instrumento educativo que basa su manejo en enseñar mediante dibujos y la explicación adecuada acerca de las medicinas que toma, del motivo, importancia de tomar sus medicinas, evitar la polifarmacia, el hecho de que pueda identificar su medicina mediante las cajas o la forma o el color de las pastillas , es muy adecuada a nuestra cultura. (González-Bueno, y otros, 2015)

También se identificaron factores relacionados con la media y baja adherencia terapéutica farmacológica de la población de adultos mayores de esta investigación.

Según el análisis univariado se evidencia el predominio del sexo femenino sobre el masculino, debido a que por varias razones, las mujeres viven más tiempo que los varones. En un estudio llevado a cabo en la Ciudad de Quito, en adultos mayores que habitan en el área urbana, se identificó la realización de poca actividad deportiva en este grupo etario, con un promedio de 19,7 días al mes en mujeres contra 13,9 días al mes en varones, a esto se suma el tabaquismo presente en el 11,5% de la población masculina. (Morales, 2008) La misma tendencia se observa en países vecinos tales como Colombia, de acuerdo con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en el 2015, donde predominó la población femenina como consecuencia de una mayor mortalidad masculina. (Quintero Bohórquez & Morales Ruiz, 2016).

Otra de las variables estudiadas fue el estado civil, se evidencia que el 45% de adultos mayores están casados, seguido del 34,28% que lo constituye la viudez, esta información se asemeja a la obtenida en los indicadores estadísticos básicos en España, en el cual el 60.5% de este grupo etario están casados y el 28,9% son viudos, (Abellán García, Ayala García, & Pujol Rodríguez, 2017),

dato interesante ya que los casados presentan una mayor sobrevida versus los solteros y divorciados. (Marín Larraín & Kornfeld Matte, 1993)

La Polifarmacia, uno de los grandes síndromes geriátricos bastante arraigado en este grupo etario, por el padecimiento de múltiples comorbilidades, se halla presente en un 62,14%. Este dato es directamente proporcional con la edad, a esto se suma un modelo médico que considera a los fármacos como la principal forma de intervención. En un estudio realizado en Brasil se comprobó que la polifarmacia está relacionada directamente con la edad, y que las mujeres de edad avanzada usan mayor cantidad de medicamentos, ya que al tener una sobrevida superior al sexo opuesto, pasan más tiempo viviendo con enfermedades crónicas. (Santos, y otros, 2013)

Estos resultados guardan relación con un estudio realizado en España en la población de Andalucía en la cual se estudió los factores relacionados a la mala adherencia en adultos mayores polimedicados, en donde factores como la acumulación de fármacos, el desconocimiento acerca de sus patologías y del uso de los diferentes medicamentos, problemas cognitivos y la complejidad de entender la receta médica contribuían en gran parte a la mala adherencia de estos pacientes.

El perfil de un paciente adulto mayor con mala adherencia farmacológica, estadísticamente significativa $p:0.001$, fue la instrucción educativa baja en un 77 % , con deterioro cognitivo y con 8 o más medicamentos en un 85 %, no encontrándose otra variable significativa. (Núñez-Montenegro, y otros, 2014)

Un estudio realizado en pacientes con enfermedades crónicas y polimedicados mayores de 65 años por medio de una encuesta concluyó que el 75 % de los pacientes que toman un medicamento

lo toman correctamente y a medida que la cantidad de fármacos aumenta, el nivel de adherencia farmacológica empeora progresivamente hasta un 10% en los pacientes que toman 9 medicamentos o más. (Palop-Larrea & Martínez-Mir, 2004)

En el análisis de variables categóricas con la variable adherencia farmacológica entre el antes y después de la intervención con el instrumento educativo se encontraron 4 variables significativas que se relacionan con la baja adherencia farmacológica siendo el sexo, nivel académico, el disponer o no de un cuidador y la situación socio familiar, ésta última con mayor relevancia.

En los resultados en cuanto a la escala utilizada para medir la adherencia a medicamentos llama la atención el aumento de 0,94, casi un punto con respecto al antes y después de realizado el control con intervención del instrumento educativo. Con una mediana de 5 puntos lo que significa baja adherencia a 6 puntos elevándose a media adherencia. Según varios estudios que forman parte del Manual de adherencia farmacológica, existe un denominador común en el mejoramiento de la adherencia y es que, “se consiguen mejores resultados cuando hay múltiples intervenciones”. (Ibarra Barrueta & Morillo Verdugo, 2017)

Un estudio guiado para optimizar la prescripción médica, encontró que la proporción de decisiones correctas de fármacos aumentó en un 35 % sin un método informativo o de educación mientras que subió al 48 % con algún método informativo o educacional, en folletos por ejemplo y por lo tanto con una disminución de complicaciones. (Marengoni, y otros, 2016)

Otro estudio cuasi experimental para adherencia a la medicación hipolipemiente, realizado en el 2016 encontró mayor adherencia post intervención lo que se asoció con un menor riesgo de

evento cerebro vascular en pacientes de prevención primaria y secundaria con diabetes mellitus tipo 2. (van Driel, y otros, 2016)

En cuanto al objetivo principal de la presente investigación los resultados fueron favorables ya que, se confirmó la hipótesis y los pacientes con baja y media adherencia farmacológica en quienes se aplicó el instrumento educativo mejoraron su adherencia.

En nuestro país no se encontró literatura científica sobre el tema, existen tesis de grados. Sin embargo, solo se estudia la adherencia de adultos mayores, donde reportan no adherencia al tratamiento en un 77,76%, con 88% en el sexo femenino. (Angulo Terán, 2017)

Capítulo VI

Conclusiones

1. La aplicación de un instrumento educativo e informativo en adultos mayores con baja adherencia farmacológica que asisten a la consulta externa del Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor, en la ciudad de Quito, desde agosto a noviembre del 2019 resultó efectiva, mejorando los niveles de adherencia farmacológica con una probabilidad de error de 0,00% los niveles de adherencia farmacológica antes y después de la intervención son diferentes, se descarta la hipótesis nula.
2. El población de estudio que asiste a la consulta externa del Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor en la ciudad de Quito durante los meses de agosto a noviembre del 2019, se caracterizó por estar conformada en su mayoría por mujeres con bajo nivel académico y funcionalmente dependientes.
3. Los factores relacionados con la media y baja adherencia terapéutica farmacológica de la población de adultos mayores de esta investigación, que tuvieron significancia fueron sexo, nivel académico, valoración socio-familiar y el disponer o no de cuidador.

Recomendaciones

1. Utilizar el instrumento informativo – educativo en el Hospital del Día – Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor junto con la educación en post consulta, misma que debe ser realizada por personal de salud previamente entrenado para dar información tanto verbal como demostrativa – explicativa utilizando de manera adecuada el instrumento educativo.
2. Continuar con estudios acerca de adherencia farmacológica y la relación con variables que intervienen en ésta, por tiempos prolongados y obtener resultados más factibles.
3. Actuar sobre los factores relacionados con la media y baja adherencia terapéutica farmacológica de la población de adultos mayores de esta investigación, mediante la educación, el entendimiento, la buena relación médico- paciente y su cuidador, además de intervenir a nivel multidisciplinario en el estado socio-familiar de los mismos.

Bibliografía

Abellán García, A., Ayala García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2017). *“Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos”*. Madrid: Informes Envejecimiento en red. Obtenido de <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>>

Aguirre, F., Celis, G., Penaherrera, E., & Aguirre, M. F. (Enero de 2017). Actualización al año 2016 del estudio de Adherencia al Tratamiento de la Hipertensión Arterial según el nivel de instrucción en pacientes de las consultas de Cardiología del Hospital “Luis Vernaza” y Hospital Militar de Guayaquil-Ecuador. *La Revista Ecuatoriana de Cardiología. REC-Online*, 3(1). Obtenido de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uMp2mtrdd-AJ:www.rec-online.org/wp-content/uploads/wp-post-to-pdf-enhanced-cache/1/actualizacion-al-ano-2016-del-estudio-de-adherencia-al-tratamiento-de-la-hipertension-arterial-segun-el-nivel-de-instru>

Alarcón Alarcón, T., & González Montalvo, J. I. (Mayo de 1998). La Escala Socio-Familiar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33(3), 175-179.

Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. doi:10.4321/s1134-928x2014000200002

Álvarez Yáñez, P., Lourdes, P. F., Alicia, V., & José, V. (Mayo de 2010). Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. *Mgs. Fausto Segovia Baus*. Quito, Ecuador : Ministerio de Salud Pública. Dirección de Normatización del SNS.

Angulo Terán, P. R. (Enero de 2017). Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que acuden al club San José de Guamani en el período de abril a diciembre 2016-2017. Ecuador: Quito: UCE. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10290>

Ayara Gutiérrez, A., & Silva Opazo, J. (2016). Centros de Día , Hospitales de Día y Establecimientos de Larga Estadía. *Relevancia y características del funcionamiento de los centros de día, hospitales de día y establecimientos de larga estadía*. Obtenido de file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Curso1-Unidad3-contenidos_ArayaA_FINAL.pdf

Baquero Freire, J. A. (2017). Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores portadores de enfermedades crónicas pertenecientes al club del Centro de Salud Hierba Buena N1 en el periodo de abril a diciembre del 2016. . *Informe final de investigación presentado como requisito para obtener el Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Instituto Superior de Investigación y Postgrado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Quito: UCE, 1-69*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10312>

Barrero Solís, C. L., García Arrijoja, S., & Ojeda Manzano, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 4(1-2), 81-85. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_2l.pdf

Beckett, N., Peters, R., Fletcher, A., Staessen, J., Lui, L., Dumitrascu, D., . . . Banya, W. (Mayo de 2008). Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older. *The New England Journal of Medicine*, 358(18), 1887 - 1898. doi:10.1056/nejmoa0801369

Cabrera González, D. M., Fernández Sánchez, A., Acebal García, A., García González, J. V., Díaz Palacios, E., & Salamea García, A. (Abril de 1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*, 23(7), 434-440. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-fiabilidad-validez-una-escala-14810>

Cancino, M., Rehbein Felmer, L., & Ortiz, M. S. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista Médica de Chile*, 146(3), 315-322. doi:10.4067/s0034-98872018000300315

Crespillo-García, E., Rivas-Ruiz, F., Contreras Fernández, E., Castellano Muñoz, P., Suárez Alemán, G., & E., P.-T. (2013). Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(1), 56-62. doi:10.1016/j.cali.2012.09.009

De las Cuevas, C., & Peñate, W. (Mayo_Agosto de 2015). Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 121-129. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33738719005>

- DeWalt, D. A., Broucksou, K. A., Hawk, V., Brach, C., Hink, A., & Rudd, R. &. (Abril de 2011). Developing and testing the health literacy universal precautions toolkit. *Nursing Outlook*, 59(2), 85-94. doi:10.1016/j.outlook.2010.12.002
- Fontecha Gómez, B. J. (2005). Valoración geriátrica: Visión desde el Hospital de Día. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(1), 23-25. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/242310339_Valoracion_geriatrica_vision_desde_el_Hospital
- González-Bueno, J., Vega-Coca, M. D., Rodríguez-Pérez, A., Toscano-Guzmán, M. D., Pérez-Guerrero, C., & Santos-Ramos, B. (2015). Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistémicas. *Atención Primaria*, 48(2), 121-130. doi:10.1016/j.aprim.2015.02.012
- Gutiérrez, M. L., Lopetegi, P., Sánchez, I., & Garaigordobil, M. (2012). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(2), 72-77. doi:10.1016/j.cali.2011.09.008
- Guzmán, J. M., Pawliczko, A., Beales, S., & Voelcker, I. (2012). Ageing in the Twenty-First Century: A celebration and A Challenge. 1-192. New York. Obtenido de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing_report.pdf
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., & Morgan, M. (2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. *Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D (NCCSDO)*, 1-312. London. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/48441294/Concordance_Adherence_

and_Compliance_in_20160830-5901-19sk9e2.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DConcordance_adherence_and_compliance_in.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-A

Ibarra Barrueta, O., & Morillo Verdugo, R. (2017). Lo que debes saber sobre la Adherencia al tratamiento. *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*. Obtenido de https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf

Iuga, A. O., & McGuire, M. J. (2014). Adherence and health care costs. *Risk Management and Healthcare Policy*, 7, 35-44. doi:10.2147/RMHP.S19801

Jankowska-Polanska, B., Dudek, K., Szymanska-Chabowska, A., & Uchmanowicz, I. (2016). The influence of frailty syndrome on medication adherence among elderly patients with hypertension. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1781-1790. doi:10.2147/cia.s113994

Kocelak, P., Olszanecka-Glinianowicz, M., Owczarek, A., Bozentowicz-Wikarek, M., Brzozowska, A., Mossakowska, M., . . . Chudek, J. (2015). Plasma visfatin / nicotinamide phosphoribosyltransferase levels in hypertensive elderly – results from the PolSenior substudy. *Journal of the American Society of Hypertension*, 9(1), 1_8. doi:10.1016/j.jash.2014.11.002

Koizumi, Y., Hamazaki, Y., Okuro, M., Iritani, O., Yano, H., Higashikawa, T., . . . Morimoto, S. (2013). Association between hypertension status and the screening test for frailty in elderly community-dwelling Japanese. *Hypertension Research*, 36(7), 639-644. doi:10.1038/hr.2013.7

- López-Romero, L. A., Romero-Guevara, S. L., Parra, D. I., & Rojas-Sánchez, L. Z. (2016). ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CONCEPTO Y MEDICIÓN. *Hacia la Promoción de la Salud*, 0121-7577, 117-137. doi:10.17151/hpsal.2016.21.1.10
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., . . . Anderson, L. M. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2095-2128. doi:10.1016/S0140-6736(12)61728-0
- Marengoni, A., Monaco, A., Costa, E., Cherubini, A., Prados_Torres, A., Muth, C., . . . Onder, G. (2016). Strategies to Improve Medication Adherence in Older Persons: Consensus Statement from the Senior Italia Federanziani Advisory Board. *Drugs Aging*, 33(9), 629-637. doi:10.1007/s40266-016-0387-9
- Marín Larraín, P. P., & Kornfeld Matte, R. E. (1993). *Tiempo nuevo para el adulto mayor* (1 ed.). Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Martínez Padilla, D. F. (2014). Propuesta de Modelo de atención para un Hospital del Día Geriátrico: Quito- Ecuador. 6-30. Quito, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/3441>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2012_2013). *Agenda de igualdad para Adultos mayores*. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Obtenido de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf
- Morales, V. H. (Octubre de 2008). *La Población Adulto Mayor en la Ciudad de Quito Estudio de la Situación Sociodemográfica y Socioeconómica*. Quito, Pichincha, Ecuador: Talleres

Gráficos de la Institución. Obtenido de
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf

Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *ournal of Clinical Hypertension (Greenwich)*, *10* (5), 348-354. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x

Núñez-Montenegro, A. J., Montiel-Luque, A., Auriolos, E. M., Torres-Verdú, B., Lara-Moreno, C., & González-Correa, J. A. (2014). Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Atención Primaria*, *46*(5), 238-245. doi:10.1016/j.aprim.2013.10.003

Organización Mundial de la Salud. (Septiembre de 2002). Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra, Suiza. Obtenido de <https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 1-202. Ginebra. Obtenido de </www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud mental y los adultos mayores. Obtenido de </www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*, *353*(5), 353. doi:10.1056/NEJMra050100

- Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*, 59(3), 163-172. doi:10.30827/ars.v59i3.7387
- Palop-Larrea, V., & Martínez-Mir, I. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 28(5).
- Parody Rúa, E., & Vásquez Vera, A. (2019). Prevalencia y factores asociados a la adherencia en un centro de atención primaria de Cali: comparación de 3 test de adherencia. *Fundación Pharmaceutical Care España*, 21(1), 23_40. Obtenido de <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/487/395>
- Peel, N. M. (2011). Epidemiology of Falls in Older Age. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 30(1), 7-19. doi:10.1017/S071498081000070X
- Peeters, L. E., Kester, M. P., Feyz, L., Van Den Bemt, P. M., Koch, B. C., Van Gelder, T., & Versmissen, J. (2019). Pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations in the treatment of the elderly patient with hypertension. *Expert Opinion on Drug Metabolism and Toxicology*, 15(4), 287-297. doi:10.1080/17425255.2019.1588249
- Pisano González, M. M., & González Pisano, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 24(1), 59-66. doi:10.1016/j.enfcli.2013.10.006
- Quintero Bohórquez, F., & Morales Ruiz, J. C. (Julio a diciembre de 2016). Envejecimiento: Aspectos sociodemográficos. *Salud Areandina*, 5(2), 24-35. Obtenido de file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/1323-Texto%20del%20art%C3%83_culo-3133-1-10-20190303%20.pdf

- Rodríguez Chamorro, M. Á., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez Chamorro, A., & Faus, M. J. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 40(8), 413-417. doi:10.1157/13125407
- Rodríguez Chamorro, M. Á., García-Jiménez, E., Busquets Gil, A., Rodríguez Chamorro, A., Pérez Merino, E. M., Faus Dáder, M. J., & Martínez Martínez, F. (2009). Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*, 11(4), 183-191. Obtenido de https://pharmaceutical-care.org/revista/doccontenidos/articulos/6_REVISION.pdf
- Roebuck, M. C., Liberman, J. N., Gemmill-Toyama, M., & Brennan, T. A. (2011). Medication Adherence Leads To Lower Health Care Use And Costs Despite Increased Drug Spending. *Health Affairs*, 30(1), 91-99. doi:10.1377/hlthaff.2009.1087
- Ryan, R., Santesso, N., Lowe, D., Hill, S., Grimshaw, J., Prictor, M., . . . Taylor, M. (2014). Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews(Review). *The Cochrane Collaboration*, 4. doi:10.1002/14651858.CD007768.pub3
- Salive, M. E. (2013). Multimorbidity in Older Adults. *Epidemiologic Reviews*, 35(1), 75-83. doi:10.1093/epirev/mxs009
- Santos, T. R., LimaI, D. M., NakataniI, A. Y., Pereira, L. V., Leal, G., & Amaral, R. G. (2013). Medicine use by the elderly in Goiania, Midwestern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 47(1), 94-03. doi:10.1590/S0034-89102013000100013

Tykarski, A., Narkiewicz, K., Gaciong, Z., Januszewicz, A., Litwin, M., Kostka-Jeziorny, K., . . .

Filipiak, K. (2015). 2015 guidelines for the management of hypertension. Recommendations of the Polish Society of Hypertension - short version. *Kardiologia Polska*, 73(8), 676-700. doi:10.5603/KP.2015.0157

van Driel, M., Morledge, M., Ulep, R., Shaffer, J., Davies, P., & Deichmann, R. (2016).

Interventions to improve adherence to lipid-lowering medication (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(12). doi:10.1002/14651858.CD004371.pub4

Villacís, B., & Carrillo, D. (2012). *País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Quito_Ecuador: Edición especial revista Analitika.

Anexo 1.**Operacionalización de variables**

Variable	Definición	Indicadores	Valor final	Tipo
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Encuesta, autodeterminación Proporción Chi ²	Masculino Femenino	Categórica Nominal Dicotómica
Edad	Tiempo cronológico de vida cumplido hasta el momento de la entrevista	Encuesta. Fecha de nacimiento Medidas de tendencia Central	Años cumplidos	Numérica Continua
Grado de Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Encuesta Proporción	0: Ninguna 1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior 4: Postgrado	Categórica Ordinal Polítomica

Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña la persona y que genera recursos económicos	Encuesta Proporción	1: sin ocupación 2: con ocupación	Catagórica Nominal Dicotómica
Cuidador	Persona responsable de la atención , apoyo, cuidados diarios, de otra persona	Encuesta Proporción	1: Si 2: No	Catagórica Nominal Dicotómica
Quien es su cuidador	Persona responsable de la atención , apoyo, cuidados diarios, de otra persona	Encuesta Proporción	1: Particular 2: Familiar 3: Otro	Catagórica Nominal Polítomica
Con quien vive	Personas que viven en el mismo lugar que él o la paciente.	Encuesta Proporción	1: Solo 2: Hijo/hija 3: Cuidador/a particular 4: Institucionalización 5: Esposo/a 6: Otros familiares 7: No familiar	Catagórica Nominal Polítomica
Comorbilidad	Otros trastornos, aparte de la depresión, que padece la persona al mismo tiempo	Encuesta Índice de Charlson Proporción Chi ²	1: Ausencia-baja: 0-2 2: Alta: 3 o más	Numérica Continua

Automedicación	“El propio tratamiento de los signos y síntomas de enfermedad que las personas padecen, ha sido la forma más utilizada para el mantenimiento de la salud”. (OMS)	Encuesta Proporción	1: Si 2: No	Catagórica Nominal Dicotómica
Otro método Educativo	Diferentes tipos de aprendizaje utilizados para recordar tomar sus medicamentos	Encuesta Proporción	1: Pastillero 2: Anotar 3: Se guía por las marcas 4: Se guía por la forma y color de las tabletas 5: Otro	Catagórica Nominal Politómica
Grado de Dependencia	Capacidad de realizar por sí mismo actividades básicas de la vida diaria	Encuesta Barthel Proporción	1: Independiente 100 2: Dependencia leve ≥ 60 3: Dependencia moderada 40 - 55 4: Dependencia severa 20 -35	Catagórica Ordinal Polítomica

Mec -35	Mini Examen Cognoscitivo, para valoración de deterioro cognitivo, punto de corte 23/24	Encuesta Proporción Chi ²	1: Sin deterioro cognitivo 2: Con deterioro cognitivo leve 3: Con deterioro cognitivo moderado	Categórica Nominal Politómica
Valoración socio-familiar: Riesgo social	Evaluación con escala de las condiciones en las que vive el adulto mayor en relación con su familia	Encuesta: Escala sociofamiliar Proporción	1: Situación social aceptable 2: Riesgo social 3: Problema social	Categórica Nominal Politómica
Polifarmacia	Paciente que toma más de 3 fármacos	Encuesta Chi ²	1. Si 2. No	Categórica Nominal Dicotómica
Adherencia farmacológica	Se define según la OMS como la “magnitud con la que el paciente cumple el manejo terapéutico dadas por su prescriptor”	Test de Morisky Chi ²	Sobre 8 puntos : 1: Alta adherencia = 8 2: Adherencia media= 7 o 6 3: Baja adherencia = inferior a 6	Categórica Ordinal Politómica

Elaborado por: Las investigadoras

Fuente: Organización Mundial de la salud 2016

Anexo 2

ENCUESTA

Historia clínica	Edad		
Sexo	1.Masculino:	2. Femenino:	
Estado civil:	1.Soltero/a:	2.Casado/a:	
	3.Conviviente	4.Divorciado/a 5. Viudo	
Instrucción:	1. Sin instrucción	3. Secundaria	
	2. Primaria	4. Superior	
Ocupación	1.sin ocupación	2.con ocupación	
Tiene cuidador	1. Si (especifique) 1.1 particular 1.2 familiar 1.3 otros	2. No	
Dirección domiciliaria			
Nº convencional:		N ° de celular:	
Persona con la que vive:	1.Solo/a:	5.Esposo/a:	
	2.Hijo/a:	6.Otros familiares:	
	3. Cuidador/a particular	7. No familiar	
	4.Institucionalización:		
Charlson	1. cardiopatía isquémica (puntaje 1)	9.hipertension arterial (puntaje 1)	
	2. insuficiencia cardíaca (puntaje 1)	10 diabetes mellitus (puntaje 2)	

	3.enfermedad vascular periférica (puntaje 1)	11.hemiplejia o paraplejia (puntaje 2)	
	4.enfermedad cerebral vascular (puntaje 1)	12.enfermedad renal (puntaje 2)	
	5. demencia (puntaje 1)	13.tumores malignos (puntaje 2)	
	6. enfermedad pulmonar obstructiva crónica (puntaje 1)	14. patología hepática moderada o grave (puntaje 3)	
	7. enfermedad reumática (puntaje 1)	15.Tumor sólido metastásico (puntaje 6)	
	8. úlcera péptica (puntaje 1)	16. Síndrome de inmunodeficiencia humana (puntaje 6)	
Automedica	1. Si	2. No	
Utiliza algún método para recordar tomar su medicación	1. pastillero 2. Anotar 3. se guía por las cajas o marcas	4. se guía por la forma y color de las tabletas 5. Ninguno 6. otro	
BARTHEL	1.Independiente 100	2.Dependencia leve ≥ 60	
	3.Dependencia moderada 40-55	4.Dependencia severa 20-35	
	5.Dependiente total < 20		
MEC-30	1.Sin deterioro cognitivo 30-35 normal	2. Con deterioro cognitivo 1.Leve 20-24/23 2.Moderado 15-19 3.Severo 0-14	
Gijón	1.Situación social aceptable < 7 puntos	2. Situación intermedia: 8-9 puntos:	
	3.Deterioro social severo > 10		
Medicación habitual	1.Antihipertensivos	6.Hipoglicemiantes orales	

	2. Analgésicos		7. Levotiroxina	
	3. Laxantes		8 Protector gástrico	
	4. Anticomiciales		Otros (especificar)	
	5.Hipolipemiantes			

Elaborado por: Las investigadoras

Fuente: López H; Cano A; Gómez J. Fundamentos de Medicina de Geriatria.

Anexo 3

Escala de Morisky de 8 preguntas adaptada.

A continuación, se muestra una lista de instrucciones. Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con ellos rodeando el número de la casilla correspondiente. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, dé respuestas honestas; de lo contrario, el resultado no será válido.

	SI	NO
¿Se ha olvidado de tomar su medicina alguna vez?		
Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas ¿dejó de tomar su medicina algún día?		
¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?		
¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?		
¿Se tomó sus medicinas ayer?		
¿Cuándo siente que sus síntomas están bajo control, deja de tomar su medicina algunas veces?		
Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?		
<p>¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?</p> <p>1. Nunca</p> <p>2. Raramente vez.....</p> <p>3. Alguna veces.....</p> <p>4. La mayoría de veces.....</p> <p>5. Todo el tiempo.....</p>		

Adaptada por: Las investigadoras

Fuente : Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8-Item).

Anexo 4**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Hospital de Atención Integral del
Adulto Mayor



Ministerio
de Salud Pública



NOMBRE DE LAS INVESTIGADORAS: GABRIELA FERNANDA CALDERÓN
SUASNAVAS, DAISY PATRICIA TENELANDA QUISHPI

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en el Hospital del Día, del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor y que se les invita a participar, para la realización de la tesis titulada EFECTO DE UN INSTRUMENTO EDUCATIVO E INFORMATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DEL DIA- HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE QUITO, DESDE AGOSTO A NOVIEMBRE 2019. PARA CULMINAR EL POSGRADO DE GERATRÍA Y GERONTOLOGÍA EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.

PARTE I: Información

Se aplicará una encuesta, posterior a la misma si los resultados de la encuesta cumplen con los criterios de inclusión ingresará al estudio, que consiste en la aplicación de un instrumento educativo e información por consulta, en dos tiempos, el primero al captar al paciente y control al segundo mes, los cuales puede ser presencial y de no ser posible se realizará de manera domiciliaria.

El propósito del estudio es captar al paciente con baja y media adherencia farmacológica

y poder intervenir en los factores que influyen para disminuir su incidencia, además de mejorar la calidad de vida del mismo, cuando la medicación es innecesaria.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta clínica y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre Participante

Cédula de identidad:

Firma del Participante

Fecha: Día/mes/año

Fuente: apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2957s/6.3.html





Anexo 5**Consentimiento informado para participar en la encuesta por visita domiciliaria.**

Al usuario con el código N..... se comunicará por vía telefónica, previa a la visita domiciliaria para poder acudir con su autorización y fecha programada, con la respuesta afirmativa se acudirá a domicilio y se recordará los motivos del estudio, se hará una breve explicación, recordando la información dada en la primera intervención, se solicitará una autorización escrita y se recalcará que en todo momento esto será confidencial, al aceptarlo, se comprende que desea participar aún en el estudio y que el consentimiento informado se mantiene. De no seguir con el estudio se preguntará el motivo.

Fuente: apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2957s/6.3.html

Anexo 6

INSTRUMENTO EDUCATIVO

DATOS INFORMATIVOS NOMBRE:	NOMBRE DE LA MEDICINA	PARA QUÉ SIRVE	 Mañana /Desayuno	 Medio día /Almuerzo	 Tarde	 NOCHE / ANTES DE DORMIR	COLOR, FORMA DE LA TABLETA (DIBUJAR)
PACIENTE O CUIDADOR:							
INTERVENCIÓN:							
TEST DE ADHERENCIA:							
OBSERVACIONES:							