

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN:

MEDICINA FAMILIAR

*FACTORES RELACIONADOS EN LA FALLA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LOS
ADULTOS MAYORES POLIMEDICADOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA Y FUNDACIÓN TIERRA NUEVA.*

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN EN

MEDICINA FAMILIAR.

AUTOR:

GABRIEL ALEXANDER CAPA NARVÁEZMD.

RESIDENTE DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA PUCE

HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. MARIO ALVEAR, DOCENTE DE LA PUCE

DIRECTORA METODOLÓGICA:

DRA. PATRICIA ORTIZ, DOCENTE DE LA PUCE

QUITO, 2013

TEMA:

Factores relacionados en la falla de adherencia terapéutica en los Adultos Mayores Polimedicados que acuden a la consulta externa del Hospital un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva.

DEDICATORIA:

Cuando en nuestro largo camino se presenta varias vicisitudes, siempre necesitamos de alguien para aliviar el peso que está en nuestros hombros.

El presente trabajo se lo dedico a mi esposa e hijas quienes me brindan con su eterno amor el descanso a mis agotados hombros y cada día hacen que sea más hermoso mi vivir.

TABLA DE CONTENIDOS

1. Dedicatoria	página 3
2. Índice	página 4
3. Resumen	página 5
4. Capítulo 1, introducción	página 6 - 9
5. Capítulo 2, Revisión Bibliográfica, Adulto Mayor	página 9- 13
6. Polifarmacia	página 13 – 15
7. Adherencia Terapéutica	página 15 – 17
8. Falla de Adherencia Terapéutica	página 17 – 19
9. Relación Médico Paciente	página 20 – 21
10. Capítulo 3, Métodos	página 22 – 30
11. Aspectos Bio-éticos	página 30
12. Matriz de Variables	página 31 – 34
13. Capítulo 4, Resultados	página 35 – 44
14. Capítulo 5, Discusión	página 44 - 48
15. Capítulo 6, Conclusiones	página 48 - 49
16. Capítulo VII, Recomendaciones	página 50
17. Bibliografía	página 51 - 53

RESUMEN En la actualidad la falla de la adherencia terapéutica acarrea grandes gastos económicos para la población adulta mayor, los efectos secundarios a la salud se han descrito en otros trabajos como hospitalizaciones, falta de control de la patología base, efectos secundarios al abandono repentino de los fármacos, entre otros.

El objetivo primordial del presente trabajo fue determinar los principales factores en el desarrollo de falla de adherencia terapéutica, considerando como factores: condicionantes emocionales, edad, empatía, problemas visuales y auditivos, redes de apoyo. Además de identificar la clase de falla más prevalente (inadvertida, intencionada). Los criterios de inclusión incluyeron: polifarmacia (consumo de 3 fármacos o más), adultos mayores (edad de 65 años o más) y ser paciente del Hospital un Canto a la Vida o Fundación Tierra Nueva. Se encuestaron a 104 pacientes al salir de la consulta médica, abordando a los encuestados directamente con un cuestionario que constó de 37 preguntas estructurado en 6 partes, el mismo que arrojó los siguientes resultados: la prevalencia de la falla de adherencia fue de 94,2%, predominantemente del tipo inadvertido con el 80%, la limitación visual representó un factor de riesgo para el desarrollo de falla de adherencia, los pacientes sin limitación auditiva presentaron ser un factor de protección. La falla de adherencia se presentó igual en los pacientes con redes de apoyo que en los que no tuvieron, muchos factores influyeron.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN:

A pesar de los logros alcanzados en el aumento en la calidad y esperanza de vida en nuestra población general, los factores de riesgo y las patologías se multiplican a medida que la edad avanza. Estadísticas muestran que el 36% de los adultos mayores padece más de 3 enfermedades crónicas (2), lo que se traduce en el uso continuo y crónico de medicamentos con el propósito de prevenir, aliviar o curar estos males, generalmente en forma de polifarmacia, muy difícil de manejar en estos pacientes y susceptibles de numerosos errores, elevando el riesgo de sufrir reacciones adversas a medicamentos (RAM) y las interacciones entre estos (2).

El aumento de los riesgos relacionados del consumo de fármacos con la edad, ocurren como consecuencia de los cambios fisiológicos del envejecimiento, los cambios en el comportamiento fármaco-cinético y fármaco-dinámico de los mismos, y la influencia de las enfermedades, los problemas funcionales y los aspectos sociales. Para complicar aún más el cuadro, en los pacientes adultos mayores las RAM se presentan en muchas ocasiones con síntomas inespecíficos, tales como: como confusión, somnolencia, mareos o caídas(1). En España, la prevalencia de RAM en pacientes adultos mayores que viven en la comunidad asciende al 35%, entre un 10 y un 46% de los adultos mayores hospitalizados o que acuden a un servicio de urgencias sufren una RAM como consecuencia de la polifarmacia, y se estima que son responsables de hasta un 30% de los

ingresos hospitalarios en los adultos mayores(1). Las principales causas de RAM observada en ellos fue la prescripción inapropiada (PI) de fármacos y la mala monitorización de tratamientos prescritos. La prescripción inapropiada al igual que la polifarmacia en la población geriátrica está considerada una cuestión de salud pública, relacionada con la morbilidad, la mortalidad y el uso de recursos sanitarios (1). Respecto a este último punto, cifras canadienses muestran que el 13% de los adultos mayores tomaron cinco o más medicamentos de prescripción experimentando un efecto secundario que los llevó a buscar nuevos servicios de atención médica, y el Instituto Nacional de Salud de ese país mencionó que los gastos en drogas aumentaron de \$3.8 mil millones en 1985 a 31,1 mil millones de dólares en 2010, siendo el gasto farmacéutico per cápita entre los adultos mayores tres veces mayor que la del resto de la población(2).

A más de lo mencionado la Polimedición tiene otras etiologías. El deseo del galeno de aliviar a toda costa los males que aquejan al adulto mayor, el desconocimiento en los cambios del metabolismo de los fármacos prescritos, el uso de guías de actuación aprobados para otros grupos etarios o ya discontinuados; el tipo o número de patologías que muchas veces implica el uso de medicación especial del tipo sedante y psicotrópica, y el tratamiento seguido por varios facultativos de forma simultánea sin contar con un médico de cabecera coordinador de su manejo se convierten en los causales para señalar al médico como un factor de la Polimedición(3).

Además en poblaciones como la latinoamericana, la pluricultura constituye un factor etiológico importante, al relacionar el paciente las creencias culturales ancestrales y el misticismo con el tratamiento científico médico, generando la ingesta simultánea de fármacos alopáticos, homeopáticos y naturistas en forma indiscriminada y sin control alguno.

La pluripatología, la polifarmacia y el aumento de la edad son factores que desencadenan falla de adherencia terapéutica, definida como las indicaciones terapéuticas tanto farmacológicas como no farmacológicas que no son cumplidas por los pacientes. Podemos dividir a la falla de adherencia en 2 grupos:(4)

a) Intencionada: consiste en la decisión consiente de no tomar la medicación regularmente, debida a los siguientes factores:

- Temor a los efectos secundarios sucedidos en algún momento o percibida en otras personas cercanas al paciente con similar patología;
- Encarecimiento del costo de los fármacos con afectación a la economía del paciente;
- Percepción de falta de confianza en beneficio
- Miedo a la dependencia farmacológica
- Temor a que la medicación es peligrosa(5).

b) Inadvertida, se refiere cuando el paciente de forma inconsciente no toma el fármaco ya sea por olvido, confusión, enfermedad mental,

cuando se trabaja por turnos rotativos, o existen restricciones laborales que conlleve a la no adherencia(5).

La falla en la adherencia al tratamiento farmacológico repercute en la economía de los pacientes y encarece los sistemas de salud. En USA el costo de la FAT llega a bordear los 100 billones de dólares; en nuestro país no existen datos claros de esta problemática, sin tener cifras reales que nos permitan conocer a ciencia cierta esta realidad (5).

El presente estudio pretende identificar los factores que determinan en nuestro medio la FAT en los adultos mayores polimedicados, entre estos establecer la falta de comunicación en la relación médico paciente como determinante en el abandono al tratamiento farmacológico.

CAPÍTULO 2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 EL ADULTO MAYOR,

El rol del adulto mayor en la sociedad actual ha tenido un cambio profundo en la interrelación con la familia, desde este punto de vista los estereotipos de adulto mayor y familia deben ser puestos al día en esta realidad social ya que forma parte de la misma. Para este grupo etario de personas lo más importante es su familia, dejando de tener tanta importancia el resto del entramado social, ello crea una serie de interrelaciones entre ambos (familia y adulto mayor) que van a marcar en gran medida su evolución posterior(6).

Estar consciente de estos cambios es fundamental para todos aquellos relacionados con el mundo sociosanitario, esto permitirá comprender a los adultos mayores y las familias que acuden a los servicios de salud, permitiendo proporcionar mejor atención, optimizar los recursos que se disponen para ellos, sus familias y la sociedad en general(6).

Con el incremento de la esperanza de vida en América Latina, para el año 2025, se proyecta un incremento del 14 % de personas de la tercera edad. Se estima que los adultos mayores comprenderán al menos el 30 por ciento de las prácticas ambulatorias de la medicina familiar, 60 por ciento de ellos necesitarán ser asistidos en algún momento de sus vidas en hospitales, y el 95 por ciento ameritarán cuidados especiales en el hogar(7).

2.1.a Definición de Vejez/Anciano: Antes que nada debemos aclarar que no es igual a la edad cronológica, la biológica, la psicológica y la social. La calidad de vida actual hace que prácticamente hasta los 75 años¹ las personas estén en muy buen estado y que puedan ser totalmente autónomas, aumentando a partir de esta edad la dependencia. Por lo tanto definiremos anciano a la persona que tenga 80 años o más y vejez a las personas de 60 años a 79 años de edad, considerando el factor edad(6).

2.1.b Definición de Familia: La ONU define a la familia como *“al grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción, matrimonio, limitado por lo general a los padres y a los hijos que viven con ellos¹”*. La familia tiene entre sus funciones la transmisión de

¹Entre Voces y Silencios: Las familias por dentro, Guía para el trabajo con Familias.

conocimientos, habilidades, valores y creencias, en la que el abuelo jugaba un papel fundamental. También da protección y apoyo a sus miembros y es la responsable de la adquisición del sentido de identidad y el equilibrio emocional (6).

Al hablar de la familia ecuatoriana se considera importante dar una visión general a los acontecimientos sucedidos durante las dos últimas décadas; por lo mismo, se describe las diversas situaciones que la familia vive en el país y de alguna forma está influyendo en las futuras generaciones². La familia en el Ecuador, constituye la entidad social fundamental, está influida por ideas de la posmodernidad neoliberal(8).

Recordemos que la familia funciona como un sistema, formado por un conjunto de unidades interrelacionadas con unas características que son: la globalidad, la homeostasis de un sistema abierto (en continuo cambio), con una estructura y dinámica propias, con unas reglas y roles establecidos, formado por unos subsistemas, con sus fronteras o límites y con una adaptabilidad y comunicación propias, en donde cada uno de sus integrantes interactúa como un micro-grupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en el desarrollo del estado de salud o de enfermedad (5).

²Previo al cambio de la moneda (dolarización), las familias ecuatorianas mantenían su estructura como grupo, posteriormente se suscitaron eventos socio-políticos muy duros que llevaron al país al desorden y caos político. Las familias se desestructuraron debido al fenómeno migratorio todo en pro de días mejores. Ahora la estructura familiar en la sociedad ecuatoriana es compleja; abuelos, padres, madres, tíos quedaron solos al cuidado de aquellos niños. Ahora vivimos el reencuentro de esas familias, pero las generaciones que crecieron sin una figura paterna o materna viven el conflicto de la falta de autoridad.

No existe un único tipo de familia, pudiendo cumplir todos ellos sus funciones en mayor o menor medida. Entre las más habituales están:

-familia extensa: varias generaciones de la misma familia conviven en el mismo domicilio.

-familia nuclear: formada por la pareja y los hijos.

-otros tipos: personas solteras o sin familia, equivalentes familiares, etc.

Al igual que ha cambiado la idea del anciano, también ha cambiado la estructura de la familia durante los últimos siglos. La sociedad industrial ha impulsado el cambio de las formas de vida. Antes habitualmente se vivía en la zona rural y la principal fuente de ingresos era la que provenía del campo, o de oficios que se trabajaban en familia y que se enseñaban de padres a hijos, había una unidad de trabajo familiar siendo más frecuentes las familias extensas en las que varias generaciones habitaban un mismo hogar. En la actualidad la población vive en la ciudad y en lo que se llama una familia nuclear (compuesta por los padres y los hijos).

II.1.c Relación familia y adulto mayor:Las familias con adultos mayores son una auténtica escuela de relaciones inter-generacionales. La figura del abuelo como factor de integración de la familia y principal educador/entretenedor se mantiene. El contacto directo de los abuelos con los jóvenes modifica de forma drástica sus percepciones de la vejez potenciando las imágenes positivas de la misma. El valor de los ancianos se basa en la complementariedad respecto a la figura de los padres; de hecho, los abuelos

constituyen la parte agradable de la educación de los nietos junto a la imagen de la tradición y la metáfora de la vida. A la vez, el anciano actúa como un elemento de estabilidad en el interior de la familia y también como nexo de unión y reflexión entre generaciones(6).

La familia sigue siendo el principal soporte social del anciano especialmente en los Latinos. Cuando se encuentran enfermos o tienen necesidad de ayuda acuden a su familia, habitualmente el cuidador más inmediato suele ser el cónyuge y en un segundo lugar los hijos, principalmente hijas o nueras, ocupando un lugar menos importante otros familiares o personas allegadas, sin embargo, esto no garantiza el cuidado de los mismos.

2.2 POLIFARMACIA:

Los fármacos, en la actualidad, mejoran las condiciones clínicas de muchas personas alrededor del mundo permitiendo su supervivencia; sin embargo en muchos lugares siguen siendo inasequibles, no están disponibles, no son inocuos, o se utilizan incorrectamente. Se estima que la tercera parte de la población mundial no tiene acceso a los medicamentos esenciales regularmente, y esta cifra aumenta a más de la mitad en las zonas más pobres de África y Asia(9). La realidad en Latinoamérica no dista mucho de aquellos países.

Cuando están disponibles, a menudo los medicamentos se usan incorrectamente: alrededor del 50% se prescriben, administran o venden inapropiadamente, y el 50% de los pacientes no toma de manera adecuada sus medicamentos (OMS, 2002). El uso inapropiado de ciertos medicamentos permitió en gran medida que

se incrementa en un 3% la posibilidad de desarrollar reacciones adversas, a esto se le suma que estos pacientes son evaluados por varias especialidades simultáneamente para resolver sus dolencias por lo cual son polimedcados(10).

"Polifarmacia" se refiere a la utilización simultánea de varios medicamentos en un mismo paciente (11);sin embargo, el uso de este término en la literatura publicada es algo impreciso y tiene diferente significado conforme a diferentes autores. A menudo, la definición de polifarmacia ha hecho considerar al específico número de medicamentos prescritos. Por lo tanto, polifarmacia es alternativamente definido como:

- la utilización de dos o más medicamentos psiquiátricos en el mismo paciente,
- uso de dos o más medicamentos para tratar la misma condición
- uso de dos o más fármacos de la misma clase química
- uso de dos o más fármacos con acciones farmacológicas similares
- prescripción de tres o más medicamentos para la misma indicación
- prescripción de dos o más medicamentos con el mismos mecanismos de acción o similares utilizados para la misma indicación (12).

En adultos mayores se considera polifarmacia el consumo de 3 fármacos o más (OMS) (10).

Polifarmacia no es sinónimo de prescripción inapropiada, pero las dos no obstante tienen fuerte asociación(13). Muchos de los adultos mayores se benefician del consumo de varios fármacos, lo importante es racionalizar su uso, con indicaciones precisas para su empleo y su retiro.

A pesar que varios ensayos demuestran que las intervenciones para reducir la polifarmacia son poco eficaces en su objetivo(14), la revisión de la medicación regular y completa es una intervención esencial para hacer frente a la polifarmacia; por lo tanto es importante evaluar si los pacientes están recibiendo el beneficio terapéutico de sus medicinas, si hay necesidad clínica de seguirlos consumiendo (13).

2. 3 ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica *“como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas”*, pero quizás la ya clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa para definirlo:

“Medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico”(15).

Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicamentos como están prescritos, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología y el número de ellas presentes(16). En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios(17).

El Hospital un Canto a la Vida (HUCV) y Fundación Tierra Nueva(FTN) no cuenta con una base de datos estadísticos para comparar con los estándares

internacionales; sin embargo, en un estudio realizado en una Unidad de Salud de Conoto perteneciente al MSP, los doctores Juelas y Henriquezevaluaron la adherencia al tratamiento anti-hipertensivo cuya cifra reportada fue del 59%, dato similar a las cifras de estudios en Europa y la misma América Latina(18).

La polimedicación en nuestra población no está estimada, según estudios en México y España reportan una prevalencia del 30 al 70%, y por similitud de características podemos inferir que podría ser igual en nuestra realidad(19); y se sospecha que muchas de las hospitalizaciones de los pacientes adultos mayores es debida a algún patología crónica en la que se ha incumplido el tratamiento.

En la última mitad del siglo nuestra sociedad ha experimentado un buen número de cambios con respecto a la sanidad, mejoría de la alimentación, condiciones de vida, etc., que han resultado en un aumento de la esperanza de vida y como consecuencia en el progresivo envejecimiento de la población (20). La adherencia al tratamiento a largo plazo en las enfermedades crónicas de los países desarrollados promedia el 50%, como revela el informe de la OMS; en los países en desarrollo las tasas son aun menores. Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones médicas por varios factores y entre ellas la edad es preponderante (21).

La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema,estos son:

factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente (OMS)(22).

Todos estos factores se han estudiado, pero no se considera como fortaleza a la familia y los recursos electrónicos para el seguimiento de los mismos. Es de considerar que la familia puede presentarse como una herramienta facilitadora para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos; el ideal es resolver los problemas relacionados con cada uno de estos factores (17).

Adherencia y cumplimiento están muy lejos de ser algo similar, la primera hace referencia al grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas o recomendaciones acordadas por un prestador de servicio sanitario en conformidad con el paciente, mientras que el cumplimiento son imposiciones que no dan confort al paciente en una relación médico paciente no empática(23)(24).

El comprender el comportamiento del paciente hacia el apego al tratamiento en nuestro medio, permitirá tomar las medidas pertinentes para disminuir el abandono terapéutico.

2. 4 FALLA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

El acto médico es considerado como un constante desafío de toma de decisiones en donde el iniciar o no una terapéutica nos permite pensar en la medicina como un acto de destreza basada en la evidencia y en los valores

estadísticos que están implícitos en ella. Cuando se toman las mejores decisiones y el paciente no toma la medicación como debería o como sucede en la mayoría de ellos, generalmente el factor implicado es el económico, impide la adecuada adherencia.

Las indicaciones farmacológicas como no farmacológicas que no son cumplidas por los pacientes son consideradas como falla de adherencia, la instancia final de decidir tomar o no tomar la medicación o de seguir las indicaciones higiénico-dietéticas es multifactorial, de ahí que podemos dividir a la falla de adherencia en 2 grupos:(4)

- a. Intencionada, decisión consiente de no tomar la medicación regularmente debida a los siguientes factores:
 - Temor a los efectos secundarios sucedidos en algún momento o percibida en otras personas cercanas al paciente con similar patología,
 - Costos de los medicamentos, imposibilidad de mantener su economía,
 - Falta de confianza en beneficio y deciden no iniciar el tratamiento médico,
 - Miedo a la dependencia farmacológica,
 - Temor a que la medicación es peligrosa,
 - Falta de beneficio aparente y suspenden la medicación(5).

- b. Inadvertida, se refiere cuando el paciente no toma la decisión, de forma consciente, de no recibir el fármaco y puede ser debido a: olvido, confusión, enfermedad mental, cuando se trabaja por turnos o restricciones en el trabajo que conlleve a la no adherencia(5).

Cuando los pacientes deciden de forma consciente o no consciente dejar de tomar la medicina o no iniciarla; en gran parte se debe a la falta de información impartida por el profesional médico, además de la información distorsionada que llega a nuestros pacientes y el miedo a la fármaco-dependencia debida a la pérdida de su salud(5)(25).

Aunque la edad avanzada no es un factor de riesgo per se, hay varios estudios que indican que la falta de adherencia, intencionada o no, es un problema en las personas adultas mayores(19). Esto es debido, en parte, a la falta de comprensión de los regímenes fármaco terapéuticos y a los olvidos, favorecidos por la elevada proporción de adultos mayores que viven solos, el deterioro de la función cognitiva, la prevalencia de comorbilidades y la polimedicación(12).

Los factores físicos más influyentes en la no adherencia son: el déficit visual y la hipoacusia del adulto mayor, los mismos que impiden una adecuada relación médico-paciente. La literatura brinda escalas rápidas basadas en preguntas para identificar el déficit en estos órganos sensoriales de forma versátil y eficaz. (16)(17)

2. 5 RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

La relación médico-paciente es un fenómeno complejo conformado por varios aspectos, entre los que se pueden señalar la comunicación médico-paciente, la participación del paciente en la toma de decisiones y la satisfacción del mismo durante la entrevista médica(26).

El estilo y el nivel de comunicación entre médico y paciente es un hecho fundamental que determina la calidad de su relación. En el ámbito de la Atención Primaria (AP) se ha observado que determinados estilos de comunicación más empáticos, más centrados en el paciente y que ofrecían seguridad y apoyo se asociaban con mejores resultados en salud(26). En nuestro medio durante la entrevista médica la mayoría de las consultas colocan al médico como eje principal, interpretándose como un dominio técnico del profesional, repercutiendo en quejas de los pacientes y deteriorando la relación. No existe un techo de aprendizaje en comunicación, el problema repercute en creer saberlo todo. No se llega a ser experto en comunicación, nadie podría decir lo sé todo, de manera quemantener el manejo de las habilidades es un reto (26). Comunicar a un nivel de competencia profesional envuelve un conjunto de habilidades complejas e interrelacionadas, aprenderlas, mantenerlas y mejorarlas es una tarea de toda una vida(27). No hay recetas rápidas para mejorar la relación médico-paciente. Las personas perciben la forma en que se comunican como una

parte de cómo son, de cuánto se valoran a sí mismos. Ser capaz de comprender no es lo mismo que ser capaz de hacer(26).

La comunicación es un arte y en una entrevista médica tenemos 2 opciones:

- Relación Empática con el profesional: mantiene un diálogo, un encuentro de interacción bidireccional, donde se da comprensión a las interrogantes del paciente; comprensión no sólo como capacidad de captar el significado de la experiencia ajena, sino también como capacidad de devolver este significado a quien lo vive para que él sienta que realmente está siendo comprendido. La actitud que permite captar el mundo de referencia de otra persona es la empatía.
- Relación No Empática: un diálogo despersonalizado, con comportamiento no acorde al contexto y reacciones imprevistas e inapropiadas con el paciente, en el mismo se imponen órdenes. Puede o no haber escucha activa pero no hay respuesta comprensiva por el paciente, el cual puede llegar a la entrevista con ansiedad y desconfianza.

La comunicación efectiva en medicina es una serie de habilidades aprendidas o, como algunos dicen, un conjunto de procedimientos que tienen como fin mejorar el cuidado del paciente. Para ser efectiva el médico debe centrarse en habilidades específicas y no solo en una vaga noción de cómo mejorar la comunicación en general(27).

CAPÍTULO 3. MÉTODOS

3. 1 LUGAR DE ESTUDIO

El Distrito Metropolitano de Quito está localizado en la provincia de Pichincha, situada en la zona central norte de la Cordillera de los Andes, que atraviesa el Ecuador de Norte a Sur. La provincia tiene un área de 1.358.100 hectáreas, de las cuales el Distrito Metropolitano comprende más de 290.746 hectáreas, incluyendo a la ciudad de Quito propiamente dicha así como a 24 parroquias suburbanas y rurales que rodean al núcleo urbano. Dentro de esta región metropolitana ampliamente definida, la zona urbanizada cubre 37.091 hectáreas, que constituyen el área urbana de Quito propiamente dicha, rodeada por aproximadamente 253.655 hectáreas de zonas periurbanas, suburbanas y rurales. (28)

Durante el pasado decenio el desarrollo urbano en el sur de Quito fue exponencial y es justamente en este polo de desarrollo donde se sitúa el Hospital un Canto a la Vida, la visión futurista permitió al Hospital un punto estratégico en el ámbito salud(28).

Las cifras de densidad poblacional muestran también un patrón de mayor concentración en diversos centros situados en la zona de transición rural-urbana (i.e., áreas periurbanas y suburbanas), como lo es el sector de Quitumbe.

La mayoría de la población en este sector es producto de la migración interna del país y en mayor medida de la región del litoral. Ahora con los nuevos

proyectos urbanísticos en el Sur de Quito ha llegado un equilibrio parcial entre el norte y el sur. Con el propósito de brindar cobertura en salud el Hospital Un Canto a la Vida se proyecta para la población menos favorecida del sur de la Ciudad Franciscana, tanto ha llegado su prestigio que a sus servicios llegan pacientes de todo el país.(28)

La historia de la Fundación Tierra Nueva inicia en la década del 80 como un proyecto pequeño que buscaba solventar los problemas de salud de la población en este sector de la ciudad es así, en 1993 se constituyó formalmente la CORPORACIÓN TIERRA NUEVA, con el eje salud ubicado en Ave. Cardenal de la Torre S15-11 y Ajaví (Iglesia Quito Sur).

Desde entonces la Corporación ha experimentado un avance continuo, pese a múltiples dificultades, el cual le ha permitido crear programas nuevos que benefician a la población urbana. Su más reciente paso ha sido la creación del presente Hospital.

Es entonces que en 1998 comenzó la construcción del HUCV para inaugurarse en el 2010 y abrir sus puertas al público en general. La lógica Institucional mantiene los lineamientos que su gestor deseaba en él, existe un profundo respeto por el ser humano, tanto que uno de sus principios es que no exista exclusión de género, condición étnica o social, y que se dé prioridad a los más necesitados.

Así, este sueño camina centrado en tres bases sólidas: el sistema de salud, la educación integral y la protección social.

3. 2 POBLACIÓN A ESTUDIAR:

En el Ecuador, según datos y proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2007, existía una población de 13'574.918 habitantes, de los cuales 987.279 son personas de 65 años y mayores, que representa el 7,27 % del total de la población, con un alto índice de pobreza extrema, 42,02%. Además, existe en el país 1'600.000 personas con discapacidad que representa el 13,3 % de la población ecuatoriana, de los cuales 550.000 son personas de 65 años y más. La población de Quito es de 2 239 199 habitantes. El 51,45% son mujeres. Las cifras registran un proceso de envejecimiento progresivo. Existe un crecimiento de 180 000 personas a partir del año 2001. Quito y Pichincha siguen siendo la segunda ciudad y provincia más poblada del Ecuador. El 3% del cantón no sabe leer y ni escribir. El 82,8% del cantón se consideran mestizos, 6,7% blancos, 4,1% indígenas, 4,7% afro-ecuatorianos y 1,4% montubios. (28)

La población objeto de estudio comprende a los adultos mayores pacientes del HUCV o de la FTN que acuden a la consulta externa en los servicios de: Cardiología, Reumatología, Medicina Interna, Gastroenterología, Urología, Medicina General y Medicina Familiar durante el segundo trimestre del presente año. Los participantes fueron previamente informados y quienes accedieron a participar, firmaron la hoja de consentimiento informado como constancia de su aprobación. En algunos casos los pacientes que

fueron analfabetos/as colocaron su huella digital o en su defecto la autorización lo dió un familiar cercano.

Se establecieron los criterios de inclusión y de exclusión.

- Criterios de inclusión: edad mayor de 65 años, consumir 3 o más fármacos diarios durante el último mes.
- Criterios de Exclusión: menores de 65 años, quienes consuman fármacos por patologías agudas en el último mes y que no superen más de 3 fármacos en el día, pacientes que acuden a consulta externa en los servicios descritos por primera vez.

3.3 ESTRATEGIA DE SELECCIÓN:

El muestreo fue aleatorio en los pacientes que acudieron a evaluación en consulta externa, el abordaje se realizó personalmente dándose lectura a cada una de las preguntas y sus opciones, el tiempo promedio de la encuesta es 6 minutos.

3.4 INSTRUMENTOS: la OMS en su guía de manejo y diagnóstico de disminución de agudeza visual describe 3 simples preguntas para determinar la alteración visual en el adulto mayor considerando que la pérdida de la agudeza visual es una de las causas más frecuentes de deterioro funcional en el adulto mayor y de disminución en la calidad de vida. Los mayores de 60 años con disminución de la agudeza visual tienen 2.5 veces más posibilidades de tener deterioro funcional que aquellos con función visual conservada(29).

Otro factor de deterioro funcional es la disminución de agudeza auditiva para el mismo existe un cuestionario ya validado de 10 preguntas con los siguientes valores de las respuestas: No, 0 puntos; A veces, 2 puntos; Sí, 4 puntos(30).

Puntuación: 0-8: sin limitaciones; 10-24: limitación leve-moderada; 26-40: limitación grave(30).

Para establecer la adherencia en el tratamiento de patologías crónicas el test de Morinsky con sus cuatro preguntas permitió evaluar rápidamente la adherencia terapéutica. Con estas preguntas ya validadas la encuesta final es producto del consolidado de las preguntas anteriormente mencionadas más la incorporación de unas variables extras para analizar cuál de los factores es el más representativo.

La prevalencia de la polifarmacia está reportada en la literatura en un rango amplio desde el 5% hasta 78%, debido a las múltiples definiciones que se consideran en los estudios. Con prevalencia de 10%, la muestra calculada fue de 95 pacientes encuestados(31).

Para evitar el riesgo de deserción de mi universo se añadió el 10% de lo calculado lo cual me llevó a estudiar a 105pacientes.El intervalo de confianza calculado fue del 95% con 6% de error.

Se realizaron 111 encuestas a los pacientes que acudieron a consulta externa del Hospital un Canto a la Vida y en la Fundación Tierra Nueva, de los cuales 4 pacientes no cumplieron el criterio de edad, 3 pacientes solo tomaban 2

tipos de fármacos; por lo tanto 104 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión.

3.5.aJUSTIFICACIÓN: el presente estudio pretendió identificar los factores determinantes para el desarrollo del no cumplimiento terapéutico en los pacientes de consulta externa del HUCV y FTN, pues la falla de adherencia al tratamiento farmacológico repercute en la economía de los mismos y encarece los sistemas de salud de los pueblos. En USA el costo de la no adherencia terapéutica llega a bordear los 100 billones de dólares (15).

En Ecuador no existen datos claros de esta problemática, aproximar cifras permitirá conocer la realidad, el inconveniente que se presenta es la influencia de muchos factores en el desarrollo del no cumplimiento, entre estos el más importa es la idiosincrasia de nuestra población, el incremento de la población vieja, la polifarmacia en este grupo etario, la falta de empatía entre el médico y el paciente, etc...(1)

Este último ítem poco analizado en nuestro medio, pues la práctica clínica se ha centrado en el análisis puramente biológico, es por este motivo la pertinencia de la realización de mi investigación, con el principal objetivo de mejorar la práctica clínica en el HUCV y FNT para de esta forma posteriormente ampliar la investigación y hacer una práctica común en todos los médicos.

El desarrollo de falla de adherencia tiene múltiples factores, una adecuada relación con el profesional disminuiría el advenimiento de este problema.

Aunque la edad avanzada no es un factor de riesgo per se, hay varios estudios que indican que la falta de adherencia, intencionada o no, es un problema en las personas mayores.

Esto es debido, en parte, a la falta de comprensión de los regímenes fármaco-terapéuticos y a los olvidos, favorecidos por la elevada proporción de ancianos que viven solos, el deterioro de la función cognitiva, la prevalencia de comorbilidades y la polimedicación(12).

Los factores físicos más influyentes en la no adherencia son: el déficit visual y la hipoacusia del adulto mayor, los mismos que impiden una adecuada relación médico-paciente. La literatura nos brinda escalas rápidas basadas en preguntas para identificar el déficit en estos órganos sensoriales de forma versátil y eficaz. (32)(30)

Con todos los antecedentes antes citados la investigación es fácilmente aplicable con el cuestionario, puede ser reproducible sin problemas y económicamente es sustentable.

El impacto que pretende el estudio es evitar complicaciones secundarias a la no adherencia terapéutica, ingresos hospitalarios innecesarios, reducción de costos para el paciente y para la salud pública.

Problema: ¿cuáles son los factores relacionados con la falla de adherencia terapéutica en los adultos mayores Polimedicados en la no adherencia terapéutica?

3.5.bOBJETIVO GENERAL:

a) Determinar los factores relacionados para la falla de la adherencia terapéutica de los pacientes adultos mayores polimedicados.

III.5.c Objetivo Específico:

a) Identificar la prevalencia de la falla terapéutica en los adultos mayores polimedicados.

b) Identificar características clínicas de los/as pacientes y sus comorbilidades

c) Determinar la relación entre factores físicos, como hipoacusia y presbicia que conllevan al desarrollo de falla de adherencia terapéutica (FAT).

d) Establecer la relación entre el estado emocional del adulto mayor y la falla de adherencia terapéutica

e) Identificar el tipo de falla de adherencia terapéutica entre los adultos mayores polimedicados

f) Determinar la relación entre la presencia de redes de apoyo y la falla terapéutica.

g) Establecer la relación entre comunicación empática y no empática entre el médico y el paciente.

3.5.cHIPÓTESIS:

Existen factores para la no adherencia terapéutica los mismos que predisponen en mayor medida al desarrollo del problema y pueden

clasificarse en factores físicos, emocionales, por comorbilidades y polimedicación. Al contrario una buena adherencia terapéutica garantiza el apego al tratamiento y depende de las redes de apoyo del paciente adulto mayor además de una buena relación médico paciente.

El programa empleado fue EpiInfo 7 para el análisis de los datos estadísticos.

3. 5 ASPECTOS BIOÉTICOS:

Para recolectar la información previamente se solicitó autorización mediante la hoja de consentimiento informado.

Los 4 principios de la bioética no han sido violentados, la participación es voluntaria y la confidencialidad se ha mantenido, los datos tuvieron el fin de mejorar la adherencia al tratamiento iniciado por los médicos del HUCV y FTN.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala	Fuente
Condiciones físicas del adulto mayor	Capacidades que tiene el adulto mayor para relacionarse con el mundo	Disminución agudeza visual	Con disminución	Si No	Encuesta
			Sin disminución	Si No	
		Disminución agudeza auditiva	Con disminución Leve o Moderada	Si No	
			Con disminución Grave	Si No	
			Sin disminución	Si No	
Condiciones Emocionales del adulto mayor	Reacciones <u>psicofisiológicas</u> que representan modos de adaptación a ciertos estímulos	Tristeza	Ha sentido falta de ánimo, alegría e ilusión por las cosas	si No	Encuesta
		Sensación de Abandono	Vive solo o en asilo	Si No	

			Vive con familiares	Si No	Encuesta
		Depresión	Afecta su estado emocional	Si No	
		Deseo de muerte	Ha sentido en el último mes deseo de morir	Si No	
		Soledad	Se ha sentido solo en el último mes	Si No	
		Sentimiento de inutilidad	Siente que no es ayuda en casa	Si No	
Falla de Adherencia terapéutica	incumplimiento de las indicaciones médicas	Intencionada	Temor a los efectos secundarios (real o percibida) Costos Falta de confianza en beneficio	Si No	

			Miedo a la dependencia		
			Temor medicación es peligrosa		
			No hay beneficio aparente		
		Inadvertida	Olvido	Si	
			Confusión	No	
			Enfermedad mental		
Red de apoyo	Conjunto de factores familiares y socio-ambientales que permiten solventar cualquier situación negativa en el anciano	Familiar	Cuidado de familiares	Si	Encuesta
			No		
		Cuidador/Promotor	3º persona contratada para el cuidado del anciano	Si	
			No		
		Seguro social	Afiliación o Jubilación	Si	
No					

Comorbilidades	Alteración del estado de salud normal por la presencia de una o más enfermedades	Crónica, evolución lenta y de larga duración	Padecimiento mayor a 1 mes y que se mantiene en el tiempo	Cardiovasculares Neurológicas Osteodegenerativas Gastrointestinales Pulmonares Urológicas Psiquiátricas Endocrinometabólicas Oftalmológicas Tumorales	Encuesta
EMPATÍA (RELACION MÉDICO-PACIENTE)	Rasgo seguro de relaciones interpersonales de éxito en la comunicación	Relación médico – paciente	Empática No empática	Si No	Encuesta

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Para el estudio se realizaron 111 encuestas a los pacientes que acudieron a consulta externa del Hospital un Canto a la Vida y en la Fundación Tierra Nueva, de los cuales 4 pacientes no cumplieron el criterio de edad, 3 pacientes solo tomaban 2 tipos de fármacos; por lo tanto 104 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión.

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO:

IV.1.a Características Demográficas:

De los 104 participantes aproximadamente tres cuartas partes de la muestra fueron mujeres.

En el estudio la edad media fue 75 años al igual que la moda, la desviación estándar (σ) fue 7.04, la varianza fue de 49.6, el rango de edad de los encuestados estuvo entre los 65 años y los 90 años de edad como se demuestra en la figura N°1.

Al categorizar a los pacientes en ancianidad y vejez, se encontró que la mayoría de pacientes tuvieron vejez que comprendían edades entre los 60 a 79 años (69.23%), el resto de los participantes tuvieron una edad mayor de 80 años que categorizaron como ancianos (30.77%) figura N° 2.

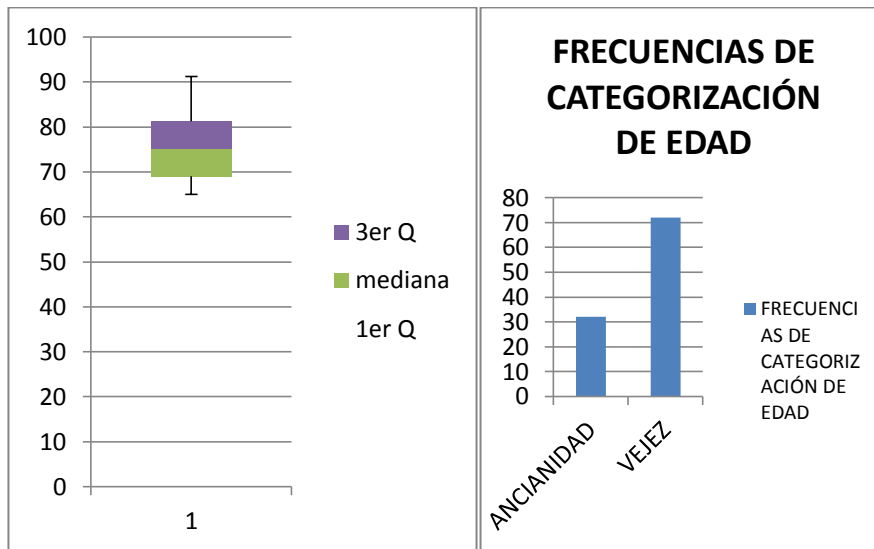


Figura N° 1

Figura N° 2

Elaborado por G. Capa, julio 2013

Se estableció de los 104 participantes 20 analfabetos (19.23%) y 84 personas que sabían leer y escribir (80.77%).

4.1.b Características Clínicas:Morbilidad/Comorbilidad

Entre las comorbilidades más representativas tenemos las cardiovasculares, endocrinometabólicas y las osteoarticulares, podemos observar que la mayoría de los pacientes presentaron 2 a 3 entidades patológicas, (Figura 3).

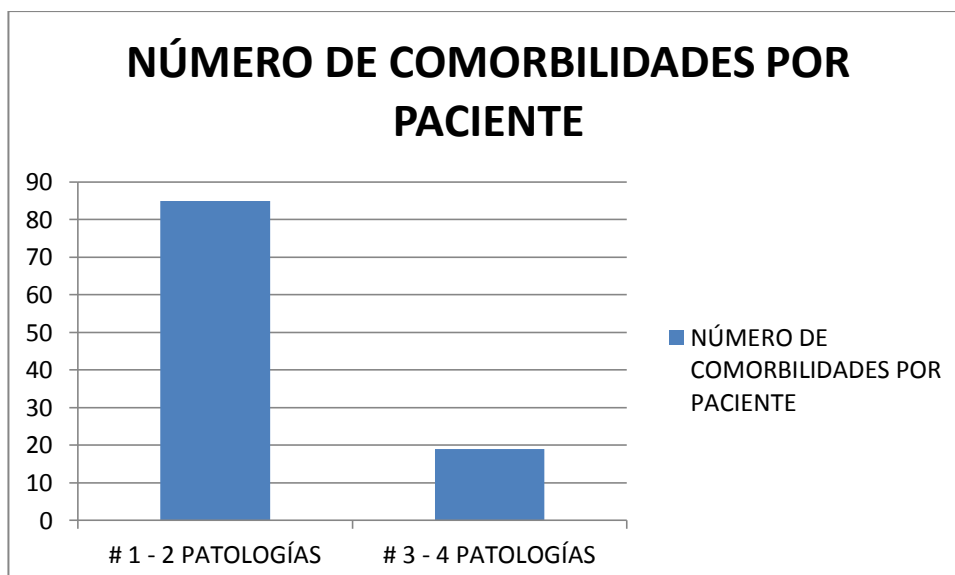


Figura N° 3

Elaborado por G. Capa, julio 2013

4.1.c Características Físicas: Limitación Visual

Entre los factores físicos condicionantes para el desarrollo de falla de adherencia se analizó la limitación visual con 49% (51 pacientes) de prevalencia y sin limitación visual el 50.9% (53 pacientes) (Figura 4).

FACTORES FÍSICOS DETERMINANTES PARA FAT

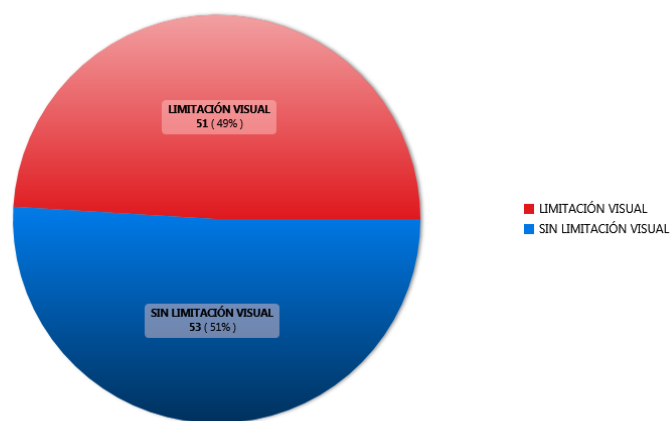


Figura N° 4 Elaborado por G. Capa, julio 2013

Limitación Auditiva:

En el estudio se encontró 57 personas con limitación auditiva (54.81%) y 47 personas sin problemas auditivos (45.19%).

De las 57 personas que presentaron limitación auditiva 32.69% (34 pacientes) tuvieron limitación auditiva leve a moderada, 22.12% (23 pacientes) presentaron limitación auditiva grave (figura 5).

FACTORES FÍSICOS DETERMINANTES PARA FAT

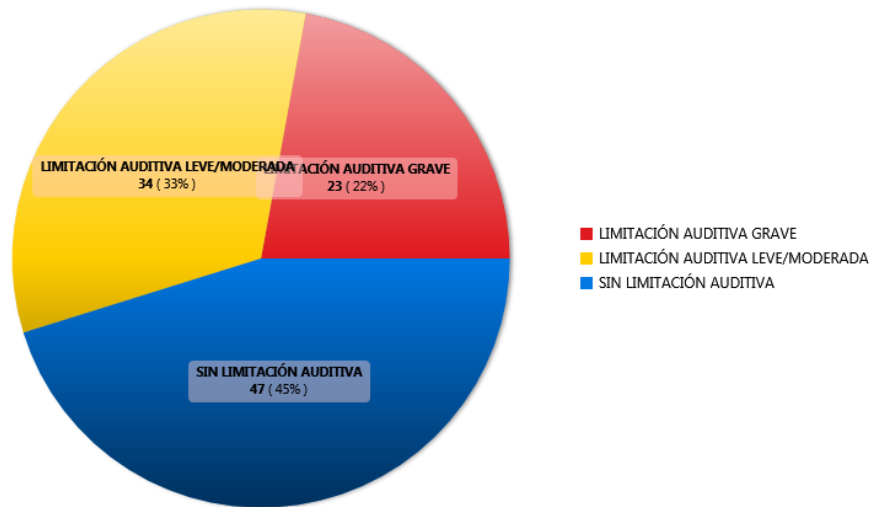


Figura N° 5 Elaborado por G. Capa, julio 2013

4.1.d Factores Emocionales:

Se encontró una alta prevalencia de condicionantes emocionales, el 76% (79 pacientes) de los encuestados presentó alguna condición emocional como tristeza, soledad, depresión, etc. (Figura 6), mientras que el 24% (25 pacientes) no tuvieron alteración de su estado emocional (Figura 6).

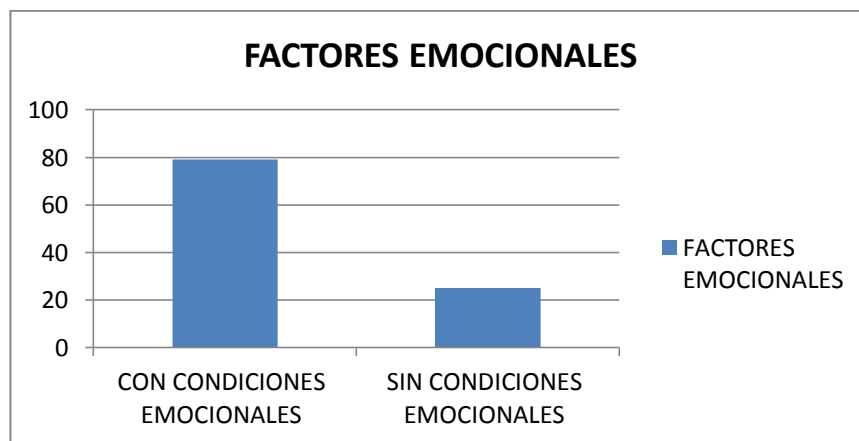


Figura N° 6 Elaborado por G. Capa, julio 2013

Dentro de las condiciones emocionales encontradas en el estudio se estableció que la tristeza (38.44%) tuvo mayor representatividad, seguido de estado de ánimo deprimido (25.94%) y soledad (19.28%); (figura 7).

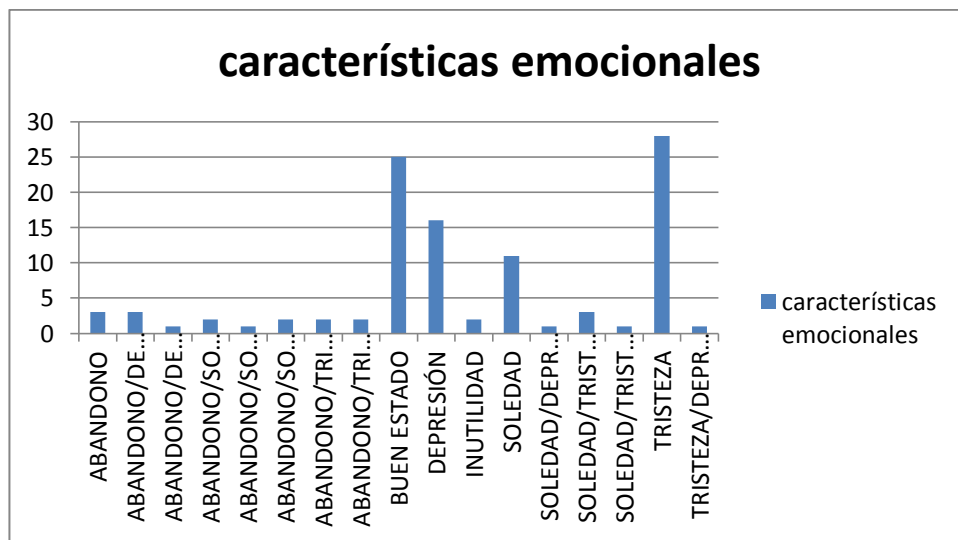


Figura N° 7 Elaborado por G. Capa, julio 2013

4.1.e Factores vinculados con la relación médico-paciente:

Relación Médico Paciente, la empatía entre el médico y el paciente representó la mayor parte de encuestados (92.3%) figura (8).

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE 1

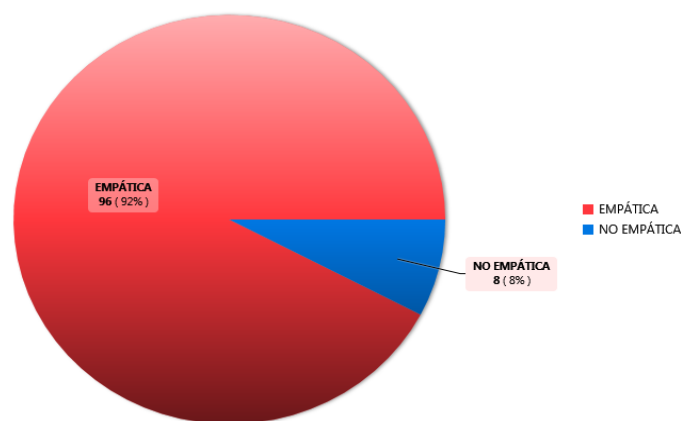


Figura N° 8 Elaborado por G. Capa, julio 2013

4.1.f Redes de Apoyo:

Los pacientes encuestados que viven solos representaron el 10.5% (11 pacientes) (figura 9). Los pacientes jubilados representaron el 23.08% (24 encuestados) (figura 10).



Figura N° 9

Figura N° 10

Elaborado por G. Capa, julio 2013

4.1.g Falla de Adherencia Terapéutica (FAT),

Entre los 104 encuestados el 5.7% (6 pacientes) tuvieron adherencia al tratamiento iniciado, mientras que el 94,2 % (98 pacientes) tuvieron falla de adherencia (figura 11).

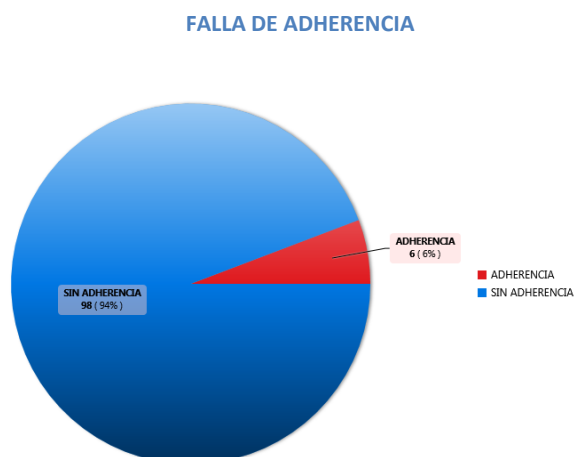


Figura N° 11

Elaborado por G. Capa, julio 2013

Los encuestados que desarrollaron FAT se clasificaron en: falla inadvertida que tuvieron una prevalencia del 80%, y aquellos que combinaron la falla inadvertida e intencionada que representó el 13%. La FAT intencionada tuvo una prevalencia de 8% (Figura 12).

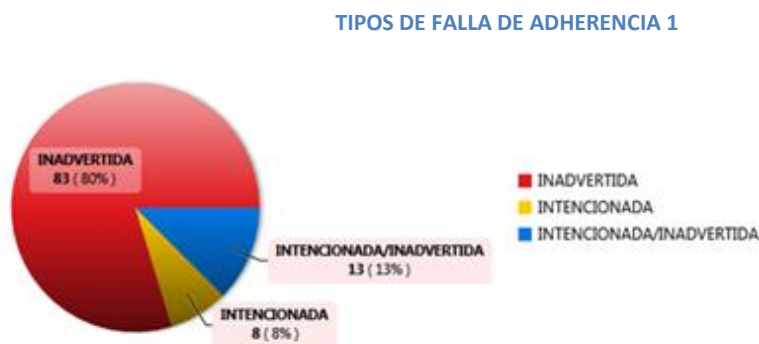


Figura N° 12 Elaborado por G. Capa, julio 2013

4.1.h Factores Relacionados con el consumo de los fármacos:

El rango de consumo de fármacos fue de 3 hasta 7 medicamentos por día, (Figura 13). La media de fármacos consumidos fue 3.81, la cantidad de fármacos que más fue consumido fue de 3 por día, la varianza de 1.41 y la desviación estándar de 1.06. Se dividió a la polifarmacia en leve y moderada especificada en la siguiente figura N°14.

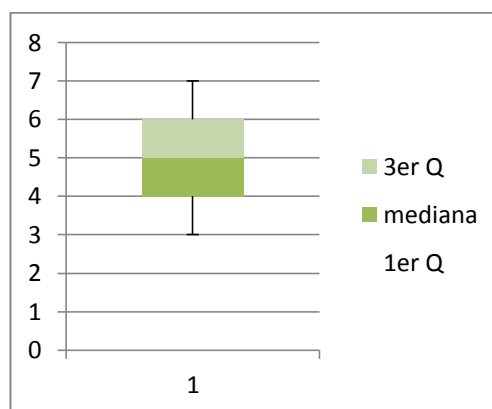


Figura N° 13 Elaborado por G. Capa, julio 2013

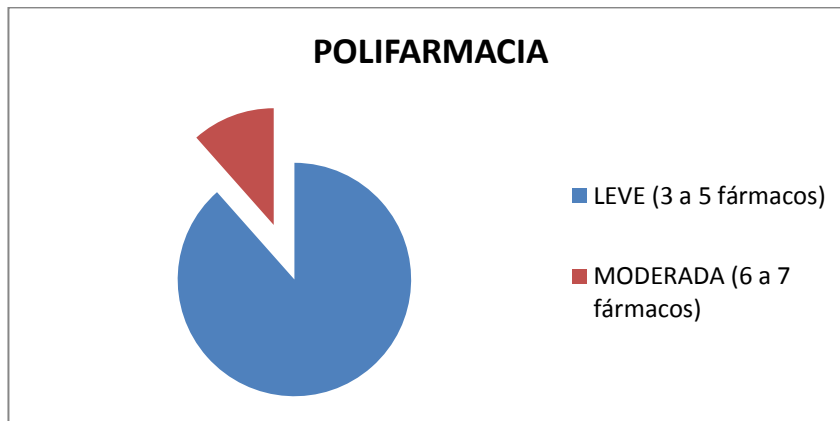


Figura N° 14 Elaborado por G. Capa, julio 2013

4.2 ANÁLISIS MULTIVARIABLE:

- Características Demográficas; el aumento de edad representó un factor de riesgo cuyo OR fue de 2.35, sin embargo no hubo diferencia significativa ($p= 0.35$). El ser analfabeto se consideró factor de riesgo para el desarrollo de falla de adherencia OR de 1.2, la p medida fue de 0.02 estadísticamente significativo. El género masculino represento ser un factor protector OR de 1.01 valor estadísticamente significativo ($p= 0.0003$).
- Características Clínicas;
La clasificación de las comorbilidades en clases 1 y 2 (número de comorbilidades agrupadas para establecer factor de riesgo) demostró que a mayor número de comorbilidades, mayor riesgo de FATOR 3.2; medida estadísticamente no significativa ($p= 0.42$)
- Características Físicas;

Se encontró como factor de riesgo para FAT la limitación visual, el OR 2.1 pero el análisis estadístico no fue significativo ($p= 0.79$). Los pacientes sin problemas auditivos representaron un factor protector en la falla de adherencia terapéutica el OR medido fue de 0.81 cuyo valor fue estadísticamente significativo ($p = 0.03$).

- Factores Emocionales;

Los pacientes que no tuvieron alteración del estado emocional representaron un factor protector en el desarrollo de falla de adherencia, el OR 0.6, la p fue 0.0032, estadísticamente significativo

- Factores Vinculados en Relación Médico Paciente;

Se estableció relación de riesgo con la relación no empática y la falla de adherencia, los datos estadísticos fueron, OR 1.22 ($p= 0.0037$) medida estadísticamente significativa. La falla de adherencia constituyó un gran problema en el HUCV y FTN a pesar de una alta prevalencia de empatía entre el médico y el paciente.

- Factores Redes de Apoyo;

Las redes de apoyo representaron un factor de protección en la FAT como se detalla a continuación: Contar con jubilación del Seguro Social represento un factor de protección de desarrollar FAT, OR calculado de 0.65 medida no estadísticamente significativa ($p= 0.14$).

Los encuestados que viven acompañados presentaron un factor de protección en el desarrollo de FAT OR 0.56, medida estadísticamente no significativa ($p= 0.24$).

- Factores Relacionados con los Fármacos:

La polifarmacia clasificada en leve se consideró como factor de protección para el desarrollo de falla de adherencia el OR fue 0.63, medida estadísticamente no significativa ($p= 0.16$).

FALLA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA 98 pacientes (94,2%)					
Variable	número	%	OR	Medida Estadística X ²	Límites
Ancianidad	32	30.77%	2.37	0.35	0.45 - 12.4
Género Masculino	35	33.65%	1.01	0.0003	0.17 - 5.8
Analfabetismo	20	19.23%	1.2	0.02	0.13 - 10.9
Comorbilidad clase 2	85	81.73%	3.1	0.42 (corregido)	-
Limitación visual	51	49%	2.1	0.79	0.37 - 12.4
Sin Limitación Auditiva	47	45%	0.87	0.032 (corregido)	0.15 - 4.23
Sin condiciones emocionales	25	24.04%	0.61	0.0032 (corregido)	0.10 - 3.5
Relación no empática	8	7.69%	1.22	0.0037	-
Vive Acompañado	93	89.42%	0.56	0.24	0.06 - 5.3
Jubilado (IESS)	24	23.08%	0.65	0.14	0.07 - 5.87
Polifarmacia Leve	92	88.00%	0.63	0.16	0.06 - 5.9
Falla inadvertida	83	79.81%	0.22	1.8	0.04 - 1.2

Figura N° 15 Elaborado por G. Capa, julio 2013

5.DISCUSIÓN:

Lapolifarmacia es un problema inherente en los adultos mayores y solapada se encuentra la falla de adherencia terapéutica. El no cumplimiento de las

indicaciones médicas no solo lleva al fracaso terapéutico, sino también a la visita innecesaria a los departamentos de emergencia, y hospitalizaciones secundarias a exacerbaciones del mal control de la patología base. Además genera alto costo al sistema de la salud y a la economía del paciente; datos arrojados en USA mencionan que el costo de la no adherencia terapéutica llega a bordear los 100 billones de dólares al año(15)(5).

El trabajo realizado demostró en pacientes adultos mayores polimedicados del HUCV y FTN una prevalencia elevada de FAT del 94.23% (figura 12), mucho mayor en relación al estudio publicado en NEJM de 2011 elaborado por Budnitz et al, el cual refiere que el promedio de pacientes que no toman sus medicamentos estuvieron alrededor del 50%(16).

El estudio mostró una media de 2 enfermedades por paciente, y un consumo de 3 fármacos distintos al día. Este dato es crucial, ya que estudios como el mencionado anteriormente (Budnitz et al, 2011), evidenciaron que la falla de adherencia farmacológica depende del número de patologías y fármacos a consumir: Se estima que el 1,2% de las hospitalizaciones sucedieron por eventos adversos de drogas atribuidas a medicamentos de alto riesgo y el 6,6% se atribuyeron a los medicamentos de no alto riesgo(16).

La mayoría de encuestados fueron mujeres con una relación hombre/mujer 1:2 aproximadamente, sin embargo el pertenecer al género masculino constituyó un factor de protección estadísticamente significativo

para falla en la adherencia terapéutica. Los trabajos revisados no reportan al género femenino como factor de riesgo.

Pese a su importancia, hay pocas publicaciones en las que se evalúan los factores físicos como condicionantes de FAT, como lo analizado en este trabajo. Los problemas visuales en los pacientes estudiados tuvieron una prevalencia del 49%, lo que hace que los pacientes con esta condición eleven el riesgo de FAT al doble, sin embargo no fue estadísticamente significativo. Que el paciente no tenga problemas auditivos constituye un factor de protección para FAT con un valor estadístico significativo.

El mantener redes de apoyo cercanas como familiares, cuidadores, ser jubilado del seguro social, no garantizaron el cumplimiento del tratamiento, en parte por la falta de involucramiento de los allegados al adulto mayor. Recordemos que el adulto mayor depende de su familia, pero convivir con el mismo sin mantener buenas relaciones interpersonales nos lleva al “abandono consentido”, término acuñado en este trabajo al encontrar que ciertos pacientes del estudio que viven con sus familiares sintieron abandono. La prevalencia marcada de adultos mayores con problemas emocionales llama la atención (75.96%), y representó un determinante de desarrollo de FAT en los encuestados aunque estadísticamente no fue significativo.

Los pacientes que mantuvieron una relación empática con el médico tuvieron igual porcentaje de FAT en comparación con los que no tuvieron

empatía, aunque este último representó ser un factor de riesgo de FAT estadísticamente significativo.

El cantón Quito reporta un analfabetismo del 3%, pero en los resultados del presente estudio se encontró un analfabetismo del 19.23% de personas, este hallazgo representó un claro factor de riesgo estadísticamente significativo para FAT. La explicación para este hallazgo en el porcentaje de analfabetismo encontrado, radica a que fueron atendidos pacientes de otras provincias cercanas, lo que influyó en este porcentaje.

La explicación a este comportamiento en la falla a la adherencia terapéutica radica en el extenso número de factores que favorecen a la FAT (200 factores)(5), los cuales no fueron incluidos en este estudio debido a la amplia información que ya se dispone. Los factores socioeconómicos, culturales y cognitivos representan un gran grupo ya estudiado en trabajos previos. Respecto a este último, el deterioro cognitivo y la pérdida de memoria permitió el advenimiento del desarrollo FAT de tipo inadvertida, pero no se analizó específicamente a la pérdida de memoria como un factor agravante en este trabajo; trabajos previos establecen una clara relación de riesgo(33).

Como limitantes metodológicos se puede mencionar la forma de recolección de los datos, el lugar de la entrevista no fue el adecuado (en la sala de espera), muchos de los pacientes respondieron a las preguntas para salir rápidamente del compromiso, por lo que se sugiere realizar la entrevista

antes de entrar a la consulta médica y no después como se lo realizó, el lugar ideal es la preparación de consulta.

6. CONCLUSIONES

El presente estudio permitió establecer las siguientes conclusiones:

- La prevalencia de FAT fue 94,2 % (98 pacientes) (figura 11).
- Las comorbilidades más representativas de los pacientes encuestados fueron las cardiovasculares, endocrinometabólicas y las osteoarticulares. Mantuvieron un rango de 1 a 3 patologías base, la mayoría presentó 1 a 2 enfermedades. El tener 3 o más patologías claramente representaron un factor de riesgo para FAT pero estadísticamente no fue significativo (figura 15).
- La limitación auditiva se representó en 57 personas (54.81%), la ausencia de problemas auditivos fue un factor protector en el desarrollo de FAT con medidas estadísticas significativas (figura 15).
- La limitación visual se encontró en el 49% (51 pacientes) de encuestados, y fue factor de riesgo para FAT, dato estadísticamente no significativo (figura 15).
- Se hallaron 96 pacientes (92.3%) con relación empática, los pacientes que mantuvieron relación no empática con el médico se consideraron como factor de riesgo para FAT, medida estadísticamente significativa (figura 15).

- Se identificaron los siguientes tipos de fallas: inadvertida 83 (80%), intencionada 8 encuestados (8%) e inadvertida/intencionada 13 (13%) (figura 12) .
- Como redes de apoyo se identificaron que viven solos 10.5% de encuestados (11 pacientes), mientras que 89.42% (93 pacientes) viven acompañados, esta última característica considerada como factor protector para el desarrollo de FAT con medidas estadísticas no significativas. Los pacientes jubilados igualmente fueron considerados como factor protector, con medidas estadísticas no significativas (figura 15).
- El estado emocional de los encuestados estuvo afectado en el 75.96% (79 pacientes). Los pacientes sin afectación emocional no desarrollaron FAT y se consideró como factor protector con medidas estadísticamente significativas (figura 15).
- El analfabetismo se presentó en el 19.23% (20 encuestados) y tuvo relación de riesgo dato estadísticamente significativo (figura 15).

7. RECOMENDACIONES

Para mejorar el análisis estadístico de los datos es prudente ampliar el número de la muestra para establecer una mejor relación riesgo o protección entre las variables. Los datos proporcionados son la entrada a futuras investigaciones especialmente si se estudia a la FAT y el impacto en la economía de los pacientes.

El dato de prevalencia de limitación visual en los adultos mayores nos da la pauta como médicos familiares para trabajar en prevención de caídas, sumando la polifarmacia, deterioro cognitivo y la falta de adherencia al tratamiento.

Trabajar con los pacientes adultos mayores del HUCV y FTN en mejorar su estado emocional con actividades lúdicas y charlas de motivación de acuerdo a los datos encontrados.

Las autoridades deberían ubicar un lugar para post consulta donde se pueda enfatizar y mejorar el diálogo entre enfermería y el paciente, recalando el apego al tratamiento además de otros problemas que se pueden detectar y se escapan a la entrevista médica.

BIBLIOGRAFIA

1. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. [Inappropriate prescription in older patients: the STOPP/START criteria]. *Revista española de geriatría y gerontología* [Internet]. 2009 [cited 2012 Dec 27];44(5):273–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19540624>
2. Canada S, Information H, Mcgregor M, Centre MCH, Columbia B, Turcotte F, et al. Seniors overmedicalized, experts say. 2011;183(11):701–2.
3. Health R. *NIH Public Access*. 2012;9(1):11–23.
4. Rlando JAO, Ogotá COB. Adherencia al tratamiento Compliance with the treatment. 2005;
5. Brown MT, Sinsky CA. We Didn ' t Ask and They Didn ' t Tell. 2013;(April).
6. Anciano y familia.
7. Elsayw B, Higgins KE. The geriatric assessment. *American family physician* [Internet]. 2011 Jan 1;83(1):48–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21888128>
8. Familia LA. 8 . 5 6. 2009;10–20.
9. Soumerai SB, Pierre-jacques M, Zhang F, Ross-degnan D, Adams AS, Gurwitz J, et al. Cost-Related Medication Nonadherence Among Elderly and Disabled Medicare Beneficiaries. 2006;166.
10. Mahony DO. Inappropriate Prescribing in Older People What will be discussed.
11. Cochrane BVS polifarmacia.
12. Hoffman D a, Schiller M, Greenblatt JM, losifescu D V. Polypharmacy or medication washout: an old tool revisited. *Neuropsychiatric disease and treatment* [Internet]. 2011 Jan;7:639–48. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3215520&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
13. Payne R a, Avery AJ. Polypharmacy: one of the greatest prescribing challenges in general practice. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* [Internet]. 2011 Feb

[cited 2012 Dec 27];61(583):83–4. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3026143&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

14. Cochrane BVS polifarmacia 2.
15. Puntos CPY. Estrategias para mejorar la adherencia. 2005;29:40–8.
16. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. The New England journal of medicine [Internet]. 2011 Nov 24;365(21):2002–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22111719>
17. Tratamiento AAL. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. 2011;1–6.
18. En C, Período EL, Al DEL, Del DEA. DIPLOMADO SUPERIOR EN GERENCIA Y CALIDAD. 2011;
19. Williams CM. Using Medications Appropriately in Older Adults. 2002;1917–24.
20. Curso AT. Tercera Edad y Familia: El anciano desde una perspectiva sistémica. 2004;
21. Sáez de la Fuente J, Granja Berná V, Lechuga Vázquez P, Otero Perpiña B, Herreros de Tejada López-Coterilla a, Medina Asensio J. [Efficiency of the information given at discharge and adherence of polymedicated patients]. Farmacia hospitalaria : órgano oficial de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria [Internet]. 2012 [cited 2012 Dec 27];35(3):128–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21419684>
22. Externas C, Costa H, Interna M, Virgen HU. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. 2008;18(3):120–6.
23. Koop CE. Notas farmacoterapéuticas. 2006;13:31–8.
24. García-morillo S, Bernabeu-wittel M, Cassani M, Rincón M, Páez VY, Baturone MO, et al. Influencia de los factores biopsicosociales en el grado de empatía de la relación médico-enfermo en una cohorte de pluripatológicos. 2007;207(8):379–82.

25. Pham CB, Dickman RL. Minimizing adverse drug events in older patients. American family physician [Internet]. 2007 Dec 15;76(12):1837–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18217523>
26. Questionnaire PR, Cura-gonza MI, Ferna E, Rey U, Carlos J. Atención Primaria Satisfacción del paciente con la relación de familia : 2013;42(4):196–203.
27. Moore P, Gómez G, Kurtz S. [Doctor-patient communication: one of the basic competencies, but different]. Atención primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [Internet]. 2012 Jun [cited 2013 Aug 11];44(6):358–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22079197>
28. 2_ El contexto de Quito.
29. Visual A. PARTE II : Disminución de la Agudeza Visual.
30. Teresa M, Ibáñez M. ¿ Tiene una hipoacusia ? 2011;7(4):203–7.
31. Gallego CF. Cálculo del tamaño de la muestra. 2004;5.
32. Lourdes D, Dra M, Veitzman S, Carlos J. Guía de atención básica en baja visión para oftalmólogos generales.
33. Tratamientos LOS, Plazo L. Pruebas para la acción. 2004;