



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

No. 58 LAS MARGARITAS, ESTADO DE MEXICO.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA FARMACOLOGICA EN LOS
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA TERCERA EDAD**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ERENDIRA FLORES GUTIERREZ

TLALNEPANTLA, EDO DE MEX.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR

ALUMNO: ERENDIRA FLORES GUTIERREZ

Factores que Influyen en la Adherencia Farmacológica en los
Pacientes Hipertensos de la Tercera Edad en la unidad de
Medicina Familiar No 66.

AUTORIZACIONES



DR. CESAR CARLOS LOPEZ GARCIA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
U.M.F 58 "LAS MARGARITAS" ASESOR DE METODOLOGIA Y TEMA DE TESIS .



DR. MARGARITO DE LA TORRE LOPEZ

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION HOSPITAL GENERAL DE
ZONA NUMERO 58 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL "LAS
MARGARITAS"

TLALNEPANTLA. ESTADO DE MEXICO. OCTUBRE 2012

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA
FARMACOLOGICA EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
TERCERA EDAD**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ERENDIRA FLORES GUTIERREZ

AUTORIZACIONES

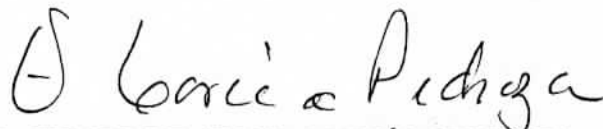


DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE

MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE

MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1503
H GRAL ZONA NUM 58, MÉXICO PONIENTE, ESTADO DE

FECHA **14/09/2011**

DRA. ERENDIRA FLORES GUTIERREZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Factores que Influyen en la Adherencia Farmacológica en los Pacientes Hipertensos de la Tercera Edad.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2011-1503-12

ATENTAMENTE

DR.(A). ULISES JUÁREZ GARCÍA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1503

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA

A Dios que me fortalece con todo su amor.

A mis Padres y Hermanos, por su apoyo y comprensión.

A mi Esposo por su paciencia y su amor Incondicional.

A todas aquellas personas que de alguna forma

Contribuyeron al logro de otro triunfo en mi vida

Profesional.

AGRADECIMIENTOS

La investigadora expresa sus agradecimientos:

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Instituto Mexicano del Seguro Social, por el apoyo para que los Médicos Generales puedan realizar la Especialidad en Medicina Familiar.

A la Dra. Guadalupe Leal Mosqueda, por su asesoría y apoyo permanente para el buen desarrollo de este estudio.

A la Unidad de Medicina Familiar no 66, por permitir la realización de esta investigación y a todas las personas que participaron en la investigación, por su contribución incondicional en la recolección de la información.

A mis compañeras de estudio, por su amistad y compañerismo.

A mis Padres y Hermana, por su amor y apoyo permanente para alcanzar este título tan anhelado.

A mi Esposo Alan, que es el gran Amor de mi vida, que en todo momento me dio todo su apoyo incondicional, por la paciencia que tuvo durante este tiempo y por hacerme la mujer más feliz del mundo.

INDICE

I.	Antecedentes -----	1
II.	Planteamiento del problema -----	7
III.	Objetivo -----	8
IV.	Justificación -----	9
V.	Sujetos, Material y Métodos -----	10
	Diseño del Estudio -----	10
	Tipo de Muestra -----	10
	Tipo de Muestreo -----	10
	Grupo del Estudio -----	10
	Criterios de Inclusión -----	10
	Criterios de Exclusión -----	10
	Criterios de Eliminación -----	10
	Tamaño de la Muestra -----	11
	Definición de Variables -----	12
	Descripción general del estudio -----	16
	Análisis de datos -----	16
	Instrumento -----	17
VI.	Factibilidad y aspectos éticos -----	18
VII.	Recursos humanos, Físicos y Financieros -----	19
VIII.	Resultados -----	20
IX.	Discusión -----	30
X.	Conclusiones -----	32
XI.	Bibliografía -----	33
XII.	Anexos -----	39

I. ANTECEDENTES

El Envejecimiento, es un proceso ineludible y gradual, que se manifiesta principalmente, por cambios morfológicos y fisiológicos, como consecuencia de la acción del tiempo sobre los individuos. (1) La OMS, considera a una persona de la tercera edad a los adultos mayores, que se encuentren con más de 60 años de edad.

El porcentaje de personas de la tercera edad, se ha incrementado de manera importante, actualmente en el mundo hay más de 416 millones de personas. En España la proporción de adultos mayores ha pasado de 5.2% en 1900 a 15.1% en el 2001, según las previsiones, para el año 2015 esta será de 20.3%. En Chile, en 1992, era el 10% de la población y para el 2015 representara el 16%. En Estados Unidos, en 1995 se reportaron 33.5 millones de personas mayores de 65 años y para el 2030 habrá 70 millones. (2)

En México, entre 1990 y 2005, la población total aumento 1.43% promedio anual y en el grupo de mas de 60 años de edad incremento un 3.11%. En los Estados de la Republica que se detectaron mas adultos mayores de 60 años en el año 2007 son: Distrito Federal (10.1%), Zacatecas (9.4%), Oaxaca (9.4%) y Nayarit (9.3%); por consiguiente, Quintana Roo representa el 4.2%, seguido de Baja California, Baja California Sur y Chiapas que alcanzan un 6.2%.

En el 2010, se reportaron 9.4 millones de adultos mayores, lo que representa 8.7% de la población total, es decir, un punto porcentual con respecto al 2005. Entre los años 2005 y 2007, la tasa anual tuvo un registro del 3.47%, respecto al 2008 y 2010 incremento un 3.59%(3). Se estima, que para el año 2050, 1 de cada 4 mexicanos, será mayor de 60 años. (2). La Mortalidad, en México en el año 2000 fue de 21,784 defunciones en adultos mayores de 60 años y las causas principales fueron: las Enfermedades Cardiacas, Diabetes Mellitus, Neoplasia y Enfermedad Vascolar.

En el 2001, se registraron 224,068 defunciones, cuyas causas fueron: enfermedades cardiacas, tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades hepáticas y cerebro vasculares. Para el 2005, se reportaron 300,045 defunciones de adultos de más 60 años, esta cifra representa el 60.6% del total de fallecimientos y las principales causas de mortalidad de la población adulta mayor son: Las enfermedades del Corazón, diabetes mellitus, tumores malignos y padecimientos cerebro vasculares, que determinan el 59.6% de las defunciones. (3).

Las principales enfermedades, que aumentaron su incidencia en pacientes de la tercera edad son: La Hipertensión Arterial con (60%) y la Diabetes Mellitus con (13.4%) (2). La prevalencia, de dichas enfermedades crónicas esenciales del adulto, se incremento en países desarrollados o en vías de crecimiento, donde la Hipertensión Arterial, ha tomado una gran importancia y se considera una enfermedad de salud pública, no curable, si no únicamente controlable, la cual requiere de la atención médica y tratamiento farmacológico de por vida, en acción a esto, el gobierno designa gran parte de presupuesto a Instituciones de salud. (4)

Esto ha creado un problema grave, para las mismas instituciones de salud, en donde se realizan programas específicos, para llevar un control adecuado y por consiguiente, el Instituto Mexicano del Seguro Social, implemento una guía clínica para el control y manejo adecuado de la Hipertensión Arterial. Actualmente, la esperanza de vida ha aumentado para estos pacientes y junto con ella la prevalencia de esta Enfermedad Crónico Degenerativa, en pacientes de la Tercera Edad. (5)

La población de los adultos de la tercera edad, que no se encuentran afiliados por ninguna institución de salud representan el 55% de adultos de mas 60 años y el resto corresponde al 45% que son derechohabientes del IMSS e ISSSTE y a otras instituciones de seguridad social. (2).

Hasta el Mes de Junio del año 2010, en la Delegación del Estado de México Poniente del IMSS se contaban con 682,280 derechohabientes asegurados de la población total. (15)

En la Unidad de Medicina Familiar No 66, ubicada en Progreso Industrial, del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con una población total de 43,455 derechohabientes de los cuales 36,073 se encuentran dados de Alta, de estos 18,914 están adscritos al turno Matutino, por lo tanto 17,159 en el turno Vespertino, el total de pacientes Hipertensos de ambos turnos son: 4077 derechohabientes, de los cuales 2008 pacientes son Hipertensos mayores de 60 años, que corresponde al 8.5% la población total.(6).

La Hipertensión Arterial Sistémica, es una enfermedad de etiología múltiple caracterizada, por la elevación persistente de cifras tensionales, siendo el resultado del incremento de las resistencias vasculares periféricas, provocando daño vascular sistémico. (7). Las cifras tensionales que se encuentran, para la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg y para la presión arterial diastólica mayor o igual 90 mm Hg . Sin embargo, en el Adulto Mayor, las cifras de presión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm Hg y para la presión arterial diastólica es mayor o igual a 90 mm Hg, donde, es característica de una Hipertensión sisto-diastólica, en el caso de la Hipertensión Sistólica Aislada, se refieren cifras de presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg, una presión arterial diastólica menor de 90 mm Hg. (7)

La Hipertensión Arterial, es la causa principal de los Accidentes Cerebro vasculares y a su vez la causa de mortalidad más frecuente en las personas de la tercera edad. (8) La prevalencia, de la Hipertensión Arterial en México, es de 24% en los adultos (7), y en el paciente Geriátrico la incidencia se encuentra elevada ya que uno de cada dos pacientes después de los 60 años es generalmente hipertenso. (9)

La Hipertensión Sistólica Aislada, que se presenta en los adultos mayores, no era considerada como una entidad de riesgo, si no más bien, un proceso normal de la edad avanzada. Framingham realizo un estudio en donde se encontró un aumento continuo de la presión arterial sistólica entre los 30 y los 84 años, mientras que la Presión arterial diastólica tiende a aumentar hasta aproximadamente ala quinta década de vida y a partir de entonces, comienza lentamente a disminuir, lo que resulta un aumento de la presión diferencial o del Pulso (PAS-PAD) (10).

La Hipertensión Arterial Sistólica Aislada, es considerada cuando se encuentra una presión Sistólica (≥ 140 mm Hg) y con una diastólica (< 90 mm Hg) suele presentarse en la tercera edad , debido a la rigidez de la aorta, el volumen sistólico de Sangre que se propaga a mayor velocidad cuando la aorta pierde elasticidad y así mismo las ondas reflejas de presión retornan más rápido llegando al corazón en sístole y por consecuencia la válvula aórtica aún no ha cerrado, esto causa un incremento de la PAS y una disminución de la PAD y por consiguiente aumento de la presión diferencial (PAS-PAD). (10)

La Rigidez Vasculard, forma parte esencial para la aparición de la Hipertensión Arterial en la pacientes de la tercera edad, ya que es un proceso de instalación gradual, si no fuera así sería inútil tratar las cifras elevadas de presión sistólica.(11)

El tratamiento para la Hipertensión Arterial Sistémica deberá ser integral, agregando medidas no farmacológicas (modificación de estilos de vida, tanto de dieta como de ejercicio, apoyo familiar) y el tratamiento farmacológico, qué tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir complicaciones, mantener la calidad de vida y reducir la mortalidad. (11)

El tratamiento de la Hipertensión Sistólica Aislada, constituye un problema diferente al de otras formas de hipertensión. La reducción de la Presión Arterial Sistólica puede traer como consecuencia una disminución de la presión de perfusión cerebral y la de la Presión Arterial Diastólica puede ocasionar una caída de la perfusión coronaria. (10)

Hoy se sabe, que existe más beneficio que riesgo, al reducir la presión arterial en el paciente anciano hipertenso, particularmente en el portador de la variedad sistólica aislada. Además de que la terapia antihipertensiva es segura, bien tolerada y eficaz; se ha encontrado, evidencia suficiente que el tratamiento farmacológico a disminuido la frecuencia de presentación de algún suceso vascular cerebral y coronario. Pero es menos convincente en cuanto a longevidad, después de los 85 años y en los pacientes muy viejos con múltiples comorbilidades, el beneficio del tratamiento no está claramente establecido. (16)

El paciente de la tercera edad, es una población difícil de controlar, ya que influyen para su manejo los siguientes factores: depresión, incapacidad para cuidarse así mismo y de seguir las indicaciones médicas, el deterioro funcional y cognitivo que acompañan el envejecimiento, lo hacen más sensible y vulnerable.

Hay cinco clases de Medicamentos Antihipertensivos de primera línea y, es de gran importancia la elección adecuada del mismo para lograr el control de la presión arterial en las personas mayores de 60 años: (diuréticos, - bloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, bloqueadores de receptores de angiotensina y calcio antagonistas); pero los que han demostrado más eficacia son los diuréticos Tiazidicos e Inhibidores de los calcio antagonistas. (16)

Los diuréticos, han probado su eficacia y seguridad como mono-terapia, pero se deben utilizar con cautela. Los calcio antagonistas son efectivos y en combinación con diuréticos es posible reducir las dosis y efectos colaterales. Los calcio antagonistas de última generación, juegan un papel muy importante, sobre todo en el entorno del paciente añoso con EPOC, y su combinación con estátnas siempre debe contemplarse. El uso de antiplaquetario, una controlada la presión y, de no haber contraindicación o riesgo de sangrado, está justificado. Si hay un trastorno en el metabolismo de los carbohidratos u obesidad el uso de IECA o ARA2 debe siempre contemplarse de primera línea. (12)

La OMS, considera a la Adherencia Terapéutica, como “La magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas”. A si mismo, Haynes y Sackett , refiere que la Adherencia Terapéutica “ Es la conducta del paciente con relación con la toma de su medicación, el seguimiento de la dieta o la modificación da su estilo de vida, las cuales deben coincidir con las indicaciones dadas por su médico”. (16)

En la Guía de Práctica Clínica del IMSS, el término de Adherencia Terapéutica, se refiere a la “Observación estricta de las indicaciones médicas por parte del paciente para la prevención y el control de la Hipertensión Arterial”. (7)

Da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente y responsabiliza al Médico, para crear un contexto, en el que el paciente, entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento y le facilite la toma de decisiones compartidas y como resultado la mejoría efectiva a los tratamientos farmacológicos. (5)

El apego para una buena Adherencia depende, no solo del tipo de enfermedad sino de múltiples determinaciones sociales, que deben ser consideradas, para comprender la conducta que se desea promover, y se identificaron cuatro variables relacionadas con la adherencia al tratamiento: el paciente con características de falta de comprensión, apatía y pesimismo; creencias relacionadas con la salud; insatisfacción con el profesional de salud o el tratamiento y la falta de apoyo social, ambiente poco reforzado.

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico, es el comportamiento del paciente, que coincide con el seguimiento de las recomendaciones relacionadas con la salud, las cuales incluyen: la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y, por último, completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas.

Se define como factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento, a un conjunto de factores externos e internos que el paciente percibe como influyentes, respecto al cumplimiento de los tratamientos y sugerencias dadas por el profesional de salud. (17)

Aproximadamente la mitad de los ancianos tratados no realiza correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las preescritas por su Médico, lo que condiciona resultados desfavorables y por consecuencia, los gastos innecesarios para el sector salud. (17)

La falta de adherencia a los tratamientos crónicos, tiene como consecuencia complicaciones clínicas, y a su vez, éste influye en el gran impacto económico a nivel de las instituciones de salud.

Generalmente, los pacientes toman decisiones sobre su medicación, considerando factores personales como: sus creencias, percepción de su enfermedad o la manera como considera que debe hacerle frente; por esta razón, no tienen apego a su tratamiento. Por lo tanto, el médico debe establecer una alianza con ellos, para mejorar la adherencia a su medicamento. (13)

Los factores que determinan la adherencia al tratamiento, se clasifican en 4 áreas:

1) Relación médico-paciente, 2) el paciente y su entorno, 3) la enfermedad y 4) la terapéutica. (5)

La relación Médico-Paciente, es la motivación que existe entre el enfermo y su médico tratante, la buena comunicación y, finalmente, la confianza para que el paciente inicie y mantenga un tratamiento.

En el factor ambiental, se destacan las creencias de cada paciente, su entorno emocional, afectivo, su rol en la sociedad, el aislamiento, las creencias sociales o mitos de salud. En esta área se encuentran también las características socio demográficas, nivel de conocimientos e inclusive el apoyo que recibe de su familia y de la sociedad con la cual convive.

Entre los principales factores que dificultan la adherencia está, el deterioro cognoscitivo y estados alterados de ánimo, el deterioro sensorial, la pérdida de visión o audición que pueden condicionar que el paciente no procese de forma adecuada la información, que experimente un aprendizaje incorrecto, fuera de tiempo o inclusive omisión parcial o total de toda la información expresada por el médico y como consecuencia, que no siga de forma adecuada las instrucciones.

Por otro lado, el tipo de enfermedad es importante. Se ha observado que a medida que aumenta la cronicidad, el cumplimiento del tratamiento disminuye; la percepción subjetiva de la gravedad también influye, es decir, si el paciente cree que esa enfermedad es grave y pone en riesgo su vida cumple con mayor precisión el tratamiento y viceversa. Se ha observado que si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, habrá menos adherencia al tratamiento, cuando éste tiene fines preventivos sucede lo mismo.

Por otro lado, la adherencia al tratamiento es especialmente difícil en el caso de enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo. Las características de la terapéutica, han mostrado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia; también cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos considerables, por ejemplo: virilización o impotencia sexual.(5)

La no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones, una de ellas es de acuerdo al periodo de seguimiento: Incumplimiento parcial, en el cual el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos; incumplimiento esporádico, en el que incumple de forma ocasional (en personas ancianas que olvidan las dosis o toman dosis menores por miedo a los efectos adversos); incumplimiento secuencial, donde el tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas e Incumplimiento completo, cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida (esta forma es más frecuente en los jóvenes. Por último tenemos al cumplimiento de bata blanca, donde sólo se adhiere a tratamiento cuando está cercana la visita médica.

Otras formas de clasificar la no adherencia o el incumplimiento terapéutico son: Primaria, cuando no se otorga la prescripción de la consulta o no acuden a la farmacia. Secundaria, cuando se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvidos en el números de dosis o bien se aumenta la frecuencia de la dosis, o se deja el tratamiento antes de lo indicado por el médico. (5)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Adherencia Farmacológica, es parte importante para el control de la Hipertensión Arterial, ya que es una enfermedad crónica degenerativa, que ha estado incrementando de forma importante en pacientes de la tercera edad.

Se estima que para el año 2050, 1 de cada 4 mexicanos será mayor de 60 años; lo cual se considera como problema de salud pública, por el alto impacto económico y social que genera en la instituciones de salud el que un paciente con enfermedades crónico degenerativas presente complicaciones. De aquí, la importancia de tener un buen control de dicha patología, para prevenirlas, puesto que la mayoría de ellas, son fatales en este grupo de edad.

Debido a que el manejo de este grupo de población se hace más complicado y amerita atención especial por el deterioro mental que suele tener el anciano; así como la disminución de funcionalidad de otros órganos de los sentidos. El apoyo familiar juega un papel importante para las visitas médicas mensuales, el otorgamiento del medicamento en forma continua y adecuada, y el apego al mismo; por la necesidad de continuar el tratamiento farmacológico de por vida.

El propósito de este estudio de investigación es, identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos de la tercera edad, para implementar estrategias específicas y aplicables a nuestro medio, para evitar la falta de apego al mismo.

En donde se plantea la siguiente pregunta;

¿Cuáles son los principales factores que influyen en la adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos de la tercera edad?

III. JUSTIFICACION.

La Hipertensión Arterial, es una enfermedad de salud pública y su prevalencia en México ha estado incrementado significativamente, actualmente el 24% de la población adulta la padecen, así mismo el porcentaje de personas de la tercera edad, a estado aumentado de manera importante. Actualmente en el mundo hay más de 416 millones de personas adultas, y se han encontrado que uno de cada dos pacientes después de los 60 años es generalmente hipertenso, esta a su vez, es la causa principal de los Accidentes Cerebro Vasculares y la causa de mortalidad más frecuente en las personas de la tercera edad.

Por lo tanto la importancia de realizar el presente trabajo de investigación, esta fundamentada en el descontrol de la hipertensión, por la falta de la adherencia al tratamiento, lo que conlleva en la actualidad a un incremento en las complicaciones, y a sí mismo, a un aumento en el presupuesto destinado a las unidades medicas de salud.

El propósito de este estudio es, que el paciente haga conciencia de su enfermedad y colabore voluntariamente en el manejo de la misma, para tener un efecto terapéutico deseado y, por consiguiente a disminuir la mortalidad en este grupo de personas. Proponiendo con este estudio, realizar alguna estrategia dentro de nuestra práctica medica diaria para tener un buen control de la hipertensión.

Como médicos familiares tenemos la responsabilidad de determinar si los pacientes de la tercera edad que manejamos, cuentan con redes de apoyo en su familia o ambiente en el que se desarrollan a diario; puesto que de éste depende gran parte del control y seguimiento de su enfermedad; ya que cada integrante de la familia, tendrá un rol especial para en el cuidado de las personas que padecen esta enfermedad crónica y, por lo tanto, vivirán con ella de por vida.

IV. OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar los Principales Factores que Influyen en la Adherencia Farmacológico en los Pacientes Hipertensos de la Tercera Edad en la Unidad de Medicina Familiar Progreso Industrial número 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivos Específicos:

- Identificar los principales factores socioeconómicos que influyen en la adherencia en los pacientes de la tercera edad.
- Identificar los factores relacionados con el sistema de salud que influyen en la adherencia en los pacientes de la tercera edad.
- Identificar cuales son los factores relacionados con el Medicamento que influyen en la adherencia en los pacientes de la tercera edad.
- Identificar cuales son los factores relacionados con el paciente que influyen en la adherencia en los pacientes de la tercera edad.
- Describir las características demográficas de los sujetos de estudio.

V. SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.

TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio Descriptivo, Observacional de corte transversal.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO.

La población total derechohabiente es de 43,455 su área de influencia es de tipo rural-urbana y sus zonas son; Municipio de Villa del Carbón, Municipio de Villa Nicolás Romero, Chapa de Mota, las cuales abarca 105 colonias.

Diariamente se proporciona aproximadamente la atención a 22 derechohabientes por consultorio médico, entre los cuales se encuentran pacientes crónicos degenerativos como es la hipertensión arterial.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Se solicitó la autorización del director de la UMF No 66 para la recolección de los datos, que va estar dado por un encuestador que en este caso es el propio investigador, se aplicó el cuestionario en los turnos matutino y vespertino, de la UMF 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en un espacio destinado para dicho fin (consultorio de apoyo) se realizaron 243 cuestionarios de una población total de 2008 pacientes, se aplicaron 4 cuestionarios diarios 2 del turno matutino y 2 del turno vespertino, el tiempo en que se aplicó fue de tres meses.

TIPO DE MUESTRA.

El tipo de muestra es de tipo no probabilístico por conveniencia.

TIPO DE MUESTREO.

El tipo de muestreo es no probabilístico, pues la muestra fue seleccionada por conveniencia o intencional en la consulta externa, en donde se interrogo a cuatro pacientes por día, dos del turno matutino y dos del turno vespertino verificando que dichos pacientes cumplieran con los criterios de inclusión hasta completar el tamaño de la muestra.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

CALCULO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra en un estudio observacional es necesario considerar tres elementos;

1. Precisión con la que se desea estimar el parámetro, algunos autores la indican como del error de muestreo.
2. Nivel de confianza del muestreo.
3. Variabilidad del parámetro o fenómeno que se desea estimar.

La fórmula para calcular el tamaño de una muestra considerando p y q (para variables dicotómicas cualitativas) es la siguiente;(18)

$$No = Z^2 \frac{p q}{E^2}$$

No= Tamaño de la muestra.

Z = Nivel de confianza.

P y q= Variabilidad del fenómeno en términos de la proporción de la población objeto de estudio que se estima tiene una característica determinada.

E= precisión que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad.

Estos son los valores que se les asignaron:

$$\begin{aligned} Z &= 98\% \\ p &= 0.6 \dots\dots 60 \\ q &= 0.4 \dots\dots 40 \\ E &= 0.08 \dots\dots 8 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} No = Z^2 \frac{p q}{E^2} &= \frac{(2.330)^2 (0.6) (0.4)}{(0.08)^2} = \\ &= \frac{5.4289 \times (0.24)}{0.0064} = 1.302936 \end{aligned}$$

Total de muestra = 203

El tamaño de la muestra que se obtuvo es de 203 a esto se le sumara el 20%(40) por el porcentaje de posibilidad de que el paciente que no cumplan para que la muestra sea considerada como tal dando un total de 243.

Se realizó el análisis estadístico por otro profesional de la salud ajeno a este estudio para dar un análisis de un ciego.

El análisis de resultados se llevo a cabo por medio de la estadística descriptiva el cual se utilizaran; Frecuencia, Media, Mediana.

GRUPO DE ESTUDIO.

- **CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO.**

Se incluirán para el estudio hombres y mujeres que sean Derecho-Habientes de la Unidad de Medicina Familiar No 66 que sean portadores de Hipertensión arterial con más de 60 años independientemente de si alguno de ellos tiene alguna complicación.

- **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes que sean Derecho-Habientes.
- Pacientes portadores de Hipertensión Arterial tengan o no otra patología agregada.
- Mayores de 60 años de edad.
- De los turnos matutino y vespertino.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio por firmar el consentimiento informado.

- **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes Hipertensos menores de 60 años de edad.
- Personas que no estuvieron de acuerdo en participar en el estudio.

- **CRITERIOS DE ELIMINACION.**

- Los pacientes que no terminaran de contestar el test.

DEFINICIÓN DE VARIABLES;

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	MEDICION
Adherencia Farmacológica	Se refiere al grado, la cual los pacientes siguen las instrucciones que se les da para realizar un tratamiento.	Se refiere a la observación estricta de las indicaciones médicas farmacológicas por parte del paciente para el control de la Hipertensión Arterial.	Cualitativa ordinal	Instrumento para Evaluar la Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Factores de Riesgo Cardiovascular. Versión 4 Riesgo bajo 80 al 100% 38 – 48 puntos. Riesgo medio 60 a 79% 29 – 37 puntos. Riesgo alto menor o igual a 59% menor a 28.
Hipertensión Arterial	Presión que ejerce la sangre contra las paredes arteriales.	Aumento de la Presión Arterial igual o mayor de 140 /90	Cualitativa Nominal	Normal igual o menor de 120/80 Hipertenso más de 140/90
Pacientes de la Tercera Edad	Personas mayores de 60 años de edad.	Pacientes más 60 años de edad.	Cualitativa Nominal	Instrumento para Evaluar la Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Factores de Riesgo Cardiovascular. Versión 4

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	MEDICION
Factores Socioeconómicos.	Son las experiencias sociales, económicas y las realidades que ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida.	Son factores que a nivel social y económico influyen para una buena adherencia terapéutica.	Cualitativa Nominal	Se medirá en la Dimensiona I del Instrumento para Evaluar la Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Factores de Riesgo Cardiovascular. Versión 4 Riesgo bajo 80 al100% 38 – 48 puntos. Riesgo medio 60 a 79% 29 – 37 puntos. Riesgo alto menor o igual a 59% menor a 28.
Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud.	Es la interacción entre el profesional de la salud y el enfermo para la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con el sistema de salud.	Es la relación adecuada entre medico y el paciente para exista una comunicación eficaz, para llevar una adecuada adherencia al tratamiento.	Cualitativa Nominal	Instrumento para Evaluar la Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Factores de Riesgo Cardiovascular. Versión 4 Riesgo bajo 80 al100% 38 – 48 puntos. Riesgo medio 60 a 79% 29 – 37 puntos. Riesgo alto menor o igual a 59% menor a 28.

<p>Factores relacionados con la terapia</p>	<p>Son una serie de factores que influyen para seguir el Régimen médico, la duración del tratamiento, la dosificación del tratamiento establecido por su medico.</p>	<p>Es la complejidad para seguir adecuadamente la toma de medicamentos en su tiempo y hora adecuada.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Instrumento para Evaluar la Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Factores de Riesgo Cardiovascular. Versión 4 Riesgo bajo 80 al100% 38 – 48 puntos. Riesgo medio 60 a 79% 29 – 37 puntos. Riesgo alto menor o igual a 59% menor a 28.</p>
<p>Factores Relacionados con el Paciente</p>	<p>Las percepciones que tiene el paciente sobre la necesidad personal de medicación son influenciadas por los síntomas, las expectativas, las experiencias por los conocimientos de la enfermedad.</p>	<p>Son una serie de factores que influyen en el conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad y el medicamento</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Instrumento para Evaluar la Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con enfermedades crónicas Versión 4 Riesgo bajo 80 al100% 38 – 48 puntos. Riesgo medio 60 a 79% 29 – 37 puntos. Riesgo alto menor o igual a 59% menor a 28.</p>

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	MEDICION
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha.	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de la entrevista.	Razón	Años
Genero	Diferencias biológicas entre las personas, diferenciándose en femenino y masculino	Condiciones físicas que determinan el ser humano como hombre o mujer.	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino
Estado civil	Estado civil manejado socialmente	Reportada como casado(a) o soltero(a)	Cualitativa Nominal	Soltero Casado
Escolaridad	Años de estudio cursados según el sistema educativo.	Grado académico que posee el entrevistado	Cualitativa Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Nivel Superior licenciatura
Ocupación	Actividad laboral a la que se dedica una persona	Actividad realizada de forma regular, en la cual recibe remuneración.	Cualitativa Nominal	Nominal

ANALISIS DE DATOS;

Se realizó un análisis descriptivo de la información recolectada, para el ordenamiento y el análisis el programa estadístico SPSS 15 versión en español y Excel.

INSTRUMENTO.

Revisando la literatura se encontró un instrumento elaborado por Bonilla la cual evalúa factores relacionados con la adherencia farmacológica y no farmacológica para enfermedades crónicas. (19)

El instrumento diseñado por Bonilla y Gutiérrez, en su versión inicial, fue construido a partir de la revisión de literatura, sobre factores que inciden en la adherencia terapéutica y en conductas relacionadas con el cuidado de la salud, especialmente en pacientes con problemas cardiovasculares, tomó cinco dimensiones propuestas por la OMS. Inicialmente estuvo conformado por 72 ítems, agrupados en cinco dimensiones: (20) la autora le realizó, las primeras fases de validación luego Flores, le realizaron validez de contenido y confiabilidad, en el año 2007. (21)

Las autoras, dieron su aprobación y su consentimiento se dejó el instrumento con 53 ítems en donde quedó distribuida en 4 dimensiones, para lo cual el instrumento quedó conformado así;(21)

Dimensión I: Factores socioeconómicos, incluye seis sub-dimensiones: estatus económico, educación, aspectos sociales de apoyo, aspectos ambientales, aspectos culturales y demográficos. Consta de 6 ítems. (21)

Dimensión II: Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud; incluye tres sub-dimensiones: relación entre paciente y proveedor, acceso al cuidado y escenario del cuidado. Consta de 8 ítems. (21)

Dimensión III. Factores relacionados con la terapia; incluye una sub-dimensión: mediadores de la terapia. Consta de 3 ítems. (21)

Dimensión IV: Factores relacionados con el paciente; incluye cinco sub-dimensiones: conocimientos, actitudes y motivación, factores emocionales, creencias y capacidad de tomar decisiones. 4 ítems. (21)

Los ítems se formularon en sentido positivo o negativo para controlar sesgos de respuestas y presentan como opciones de respuesta tipo Likert: Nunca, A veces y Siempre. (20) (ANEXO 1), teniendo en cuenta los siguientes valores, 0=nunca, 1=algunas veces, y 2= siempre. (20)

Riesgo bajo 80 al 100% 38 - 48 puntos. Ventaja para generar comportamientos compatibles con la adherencia. (20)

Riesgo medio 60 a 79% 29 - 37 puntos. En peligro de no generar comportamientos de adherencia. (20)

Riesgo alto menor o igual a 59% menor a 28. No puede responder con comportamientos de adherencia. (20)

VI. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, existen programas prioritarios para el control y seguimiento de pacientes hipertensos, ya que, este estudio se realizo en un primer nivel de atención, donde se tiene acceso fácilmente a este grupo de población puesto que, cada mes acuden a sus citas de control, esto nos permite estar en contacto estrecho.

Cuidando la realización de dicho estudio de investigación sobre todo en humanos, nos basamos en los postulados de Núremberg y Helsinki. (23)

- El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial para iniciar cualquier investigación en humanos.
- El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad, que no sean obtenibles mediante otros métodos o maneras de estudio.
- Debe ser diseñado y basado en los resultados obtenidos previamente y el pleno conocimiento de la historia natural, de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento. (23)
- No debe haber sufrimiento o daño físico o mental. (23)
- El experimento debe ser conducido únicamente por personas calificadas y el grado más alto de técnica y cuidado.
- Durante el experimento el sujeto, tiene la libertad de concluir con este estudio. (23)
- Durante el curso del experimento, el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo en cualquier momento, en caso de haber una lesión, incapacidad o muerte para el sujeto bajo experimentación. (23)

En la Declaración de Helsinki, nos menciona, una serie de normas internacionales para la realización de la investigación biomédica en sujetos humanos, en donde menciona que la participación debe ser voluntaria en los sujetos de investigación, así como la suspensión del estudio en cualquier momento que lo desee, dicha investigación médica, estará basada en que el médico protegerá la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal.(23)

En este estudio, se realizo el consentimiento informado, que estrecha relación de confianza y honestidad, para dicha investigación. (ANEXO 2)

VII. RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS.

Los Recursos Humanos; un investigador (Medico Investigador).

Los Recursos Físicos; Se utilizara el inmobiliario que se encuentra dentro del consultorio Médico. Así como hojas de papel bond, un cartucho de tinta negra, un equipo de computación e impresora cuestionarios y lapiceros.

Los Recursos Financieros; Suficiente y necesario para el desarrollo de la investigación.

VIII. RESULTADOS.

Se tomo una muestra de 243 pacientes, en donde se encontraron los siguientes resultados;

En cuanto al sexo, se observo que el sexo femenino fue el que predomino con un 55.1% y un 44.9 % fueron de sexo masculino. (Grafica y Tabla 1)

El promedio de edad de la muestra estudiada fue de 69 años. (Grafica y Tabla 2)

Respecto al estado civil, los casados predominaron con un el 65.8 %, seguidos de los viudos en un 24.7 %, y en un menor porcentaje los siguientes; 3.3 % en unión libre, solteros 0.4 % y divorciados 2.9%. (Grafica y Tabla 3)

De acuerdo a su ocupación la mayoría se dedica al hogar con un 54.3%, y posteriormente el 23.5% de ellos son jubilados/pensionados, y con un menor predominio los siguientes: 6.2 % son empleado/obrero, el 4.1% son campesinos, el 2.5 % son desempleados y el 1.6% son discapacitados, el 6.2 % son de oficio/comerciante/chofer. (Grafica y Tabla 4)

El grado de escolaridad en este grupo de población estudiada fue; con un 21.8% sin estudios, primaria con un 65.4%, 8.2%, con secundaria 1.6% preparatoria o bachillerato, los estudios técnicos/carrera comercial correspondieron al 1.6% y al 0.8 % que terminaron una licenciatura. (Grafica y Tabla 5).

Se aplicó un test validado, de los cuales se desglosan los siguientes ítems;

En cuanto a nivel socioeconómico, en el primer ítem que se valora es "Tienen la disponibilidad económica para atender las necesidades básicas", a veces con un 53.5 % y siempre el 24.3 % por ultimo un 22.2% corresponde a nunca. En el siguientes ítem "Pueden costearse los medicamentos", nunca con un 58.4 %, el 32.1% a veces y siempre al 9.5%. El ítem "Cuentan con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta" con un 56.8%, con el 27.2% contestaron que siempre y nunca corresponde al 16%. El ítem "Los cambios en la dieta se les dificultan debido al costo de los alimentos recomendados" los cuales mayoría respondió que siempre con un 47.7 %, a veces con un 39.5% y nunca a un 12.8%.El ítem "Pueden leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad" siempre con el 37.4% y 30.9% nunca y el 31.7% a veces. El ítem "Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegada para cumplir su tratamiento" con el 53.5% contestaron que siempre, un 30.9% a veces y nunca que corresponde al 15.6%. (Grafica y Tabla 6)

Los Factores relacionados Con el proveedor: Sistema y Equipo de Salud: En el ítem "Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento" que corresponden siempre con un 70.8%, a veces con un 22.6 % y nunca al 6.6%. El ítem "Se da cuenta que su medico controla si esta siguiendo el tratamiento por lo preguntas que le hacen, si recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su medico" el 85.2% marco que siempre, el 13.6% a veces y nunca que corresponde al 1.2%.El ítem "Reciben orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias" corresponde a 76.1 % siempre , a veces el 16% y nunca que corresponde al 7.8%.

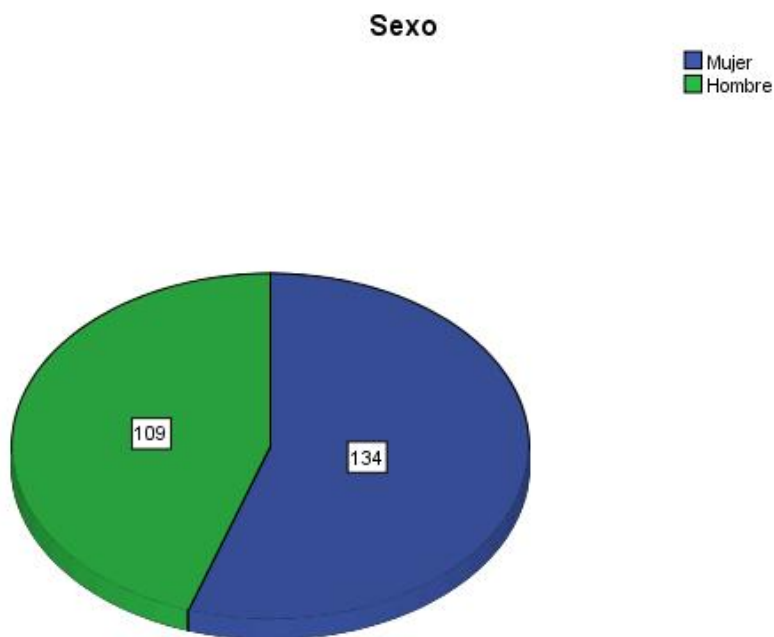
En el ítem “Reciben información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su medico” siempre con un 78.6 %, a veces el 15.2 % y nunca solo el 6.2%. El ítem “El medico y la enfermera le dan explicaciones con palabras para que su familia o usted entienda” el 80.7 % de los pacientes respondió que siempre, a veces el 16.9% y 2.5 % nunca. El ítem “El medico y la enfermera le han explicado que sus resultados va atener en su salud, con el tratamiento que se le esta dando” los cuales respondieron que siempre con el 77%. a veces con el 16 % y nunca al 7 %. El ítem “El medico y usted coincidían en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que estaban haciendo en sus hábitos” de la muestra tomada el 80.7% coincidió que siempre, a veces el con 16.9% y nunca corresponde al 2.5%. (Grafica y Tabla 7)

Factores relacionados Con el Medicamento; “De las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultaron seguir el tratamiento”, nunca corresponde 62.6%, a veces el 30.9%, y solo un 6.6 % siempre se les dificultaba. El ítem “Hubo alguna problema con la distancia de su casa a los consultorios que le dificultaran el cumplimiento de las citas”, el 59.7% de los pacientes respondió que nunca, algunos de ellos a veces con el 32.5 % y siempre al 7.8% que fueron solo 19 pacientes. El ítem “Si tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, horarios y la relación con las comidas”, contestaron que nunca el 71.6%, a veces el 22.6%, siempre al 5.8 %. (Grafica y Tabla 8)

Factores relacionados con el paciente; El en primer ítem “Están convencidos que el tratamiento es beneficioso y por eso siguen tomándolo” el 92.6 % de los pacientes respondieron que siempre y otros pacientes responden que a veces con el 6.2% y nunca que corresponde al 1.2 %. El ítem “Les interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse”, 90.5 % respondió que siempre al 8.2 %, a veces y nunca que corresponde al 1.6 %. Ítem “Es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud”, la Mayoría de los encuestados que son el 95.1% cree que siempre y otros el 3.3%, a veces y nunca que corresponde al 1.5%. Y el ultimo ítem “Es el responsable de seguir el cuidado de su salud” el 93% cree que siempre, a veces el 4.9%, y nunca que corresponde al 2.1 %. (Grafica y Tabla 9)

En cuanto ala evaluación según a los grados de riesgo para la adherencia al tratamiento se observo con riesgo alto, a 101 pacientes que corresponde a 41.5%, con riesgo medio a 140 paciente con el 57.7% y riesgo bajo 2 pacientes con 0.8%.(Grafica y Tabla 10)

GRAFICA No.1 Distribución de Pacientes hipertensos de la Tercera Edad por género de la UMF 66 IMSS Progreso Industrial, Nicolás Romero, Estado de México.



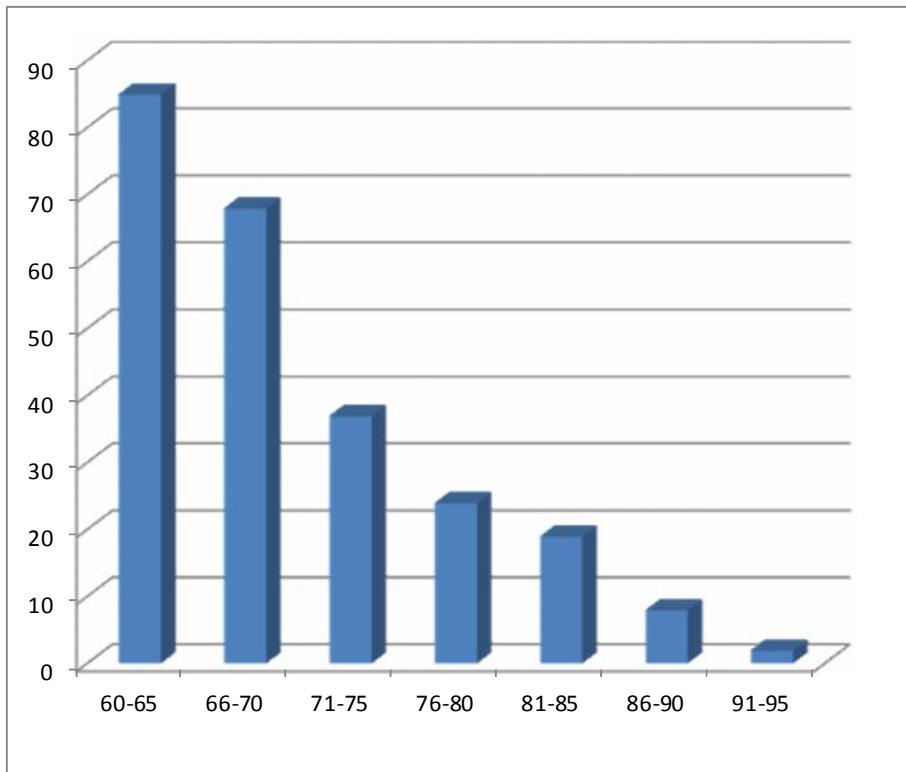
Fuente: Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez. 2011.

TABLA No.1 Distribución de Pacientes hipertensos de la Tercera Edad por género de la UMF 66 IMSS Progreso Industrial, Nicolás Romero, Estado de México.

SEXO	PACIENTES	PORCENTAJE
MUJER	134	55%
HOMBRE	109	45%
TOTAL	243	100%

Fuente: Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez. 2011.

GRAFICA No.2 Distribución de Pacientes hipertensos de la Tercera Edad por Edad de la U.M.F 66 IMSS Progreso Industrial, Nicolás Romero, Estado de México.



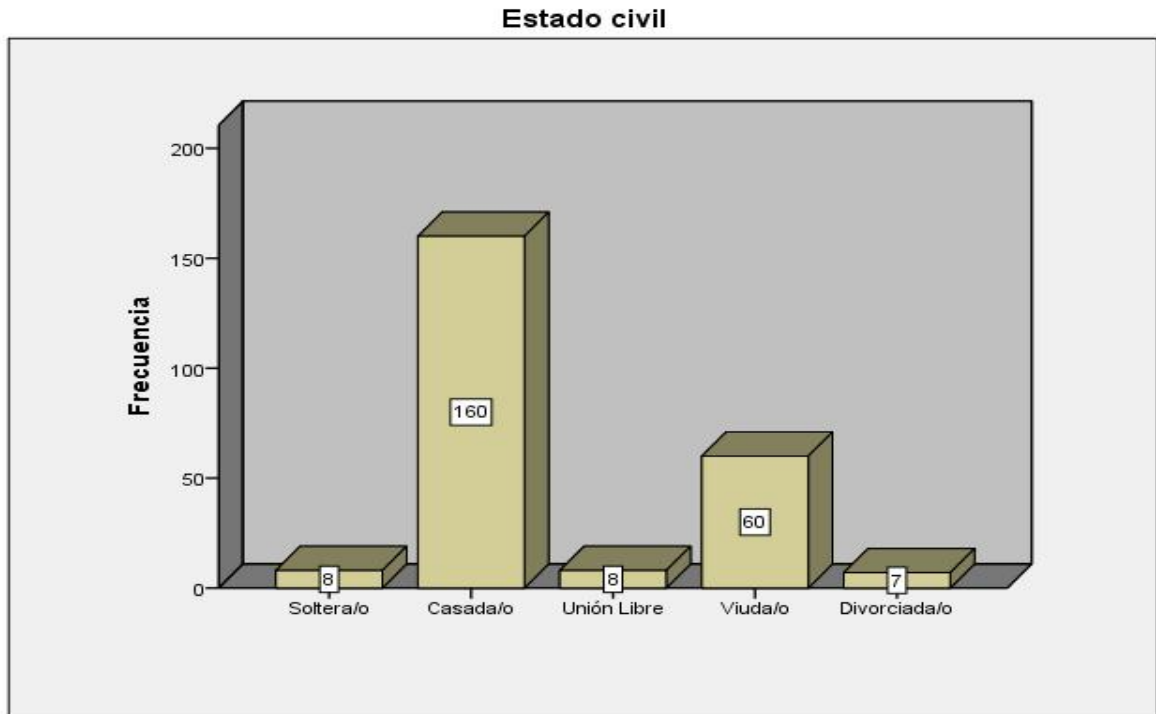
Fuente: Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez. 2011.

Tabla No.2 Distribución de Pacientes hipertensos de la Tercera Edad por Edad de la U.M.F 66 IMSS Progreso Industrial, Nicolás Romero, Estado de México.

	EDAD	
	PACIENTES	%
60-65	86	35
66-70	67	28
71-75	37	15
76-80	24	10
81-85	19	8
86-90	8	3
91-95	2	1

Fuente: Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez. 2011.

**GRAFICA No 3. Estado civil en pacientes Hipertensos de la Tercera Edad
U.M.F 66 Progreso Industrial Nicolás Romero, Estado de México.**



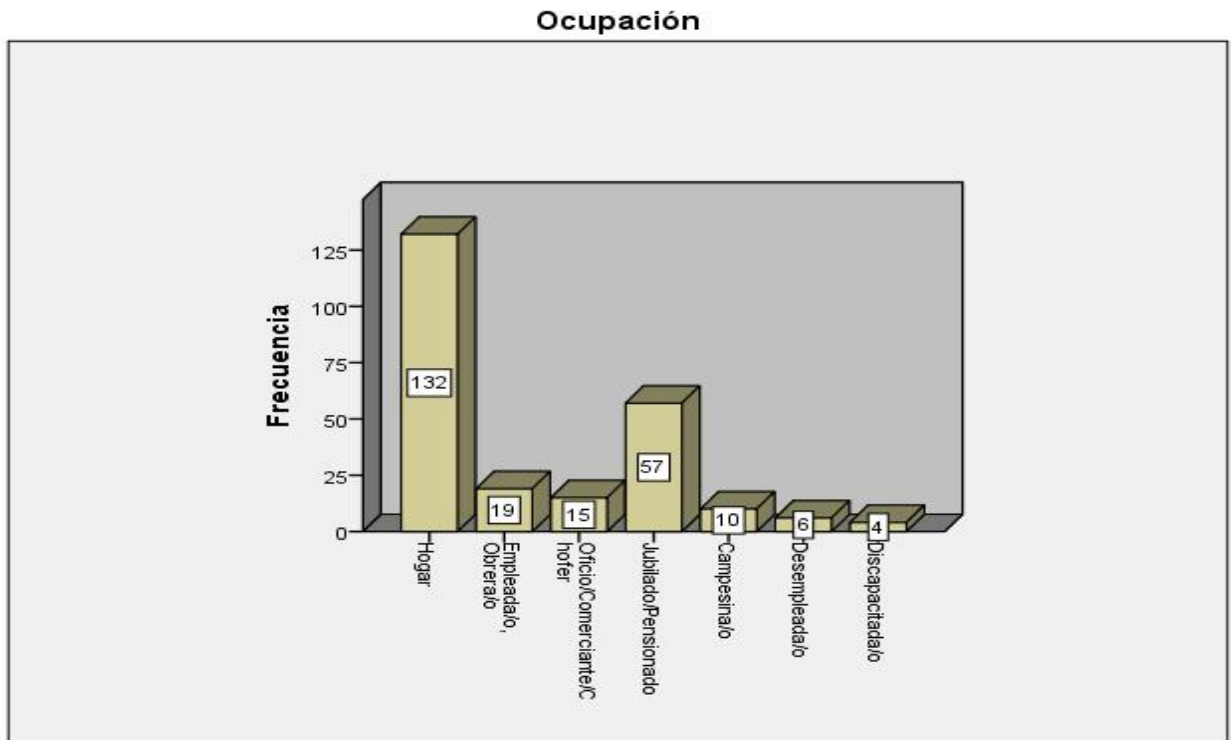
Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez, 2011

**Tabla No 3. Estado civil en pacientes Hipertensos de la Tercera Edad
U.M.F 66 Progreso Industrial Nicolás Romero, Estado de México.**

EDO CIVIL	PACIENTES	%
Soltera/o	8	3.30
Casada/o	160	65.00
Unión Libre	8	3.30
Viuda/o	60	24.70
Divorciada/o	7	2.80
TOTAL	243	100%

Fuente: Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez. 2011

Tabla No 4. Ocupación en Pacientes Hipertensos de la Tercera Edad en la U.M.F 66 Progreso Industrial Nicolás Romero, Estado de México.



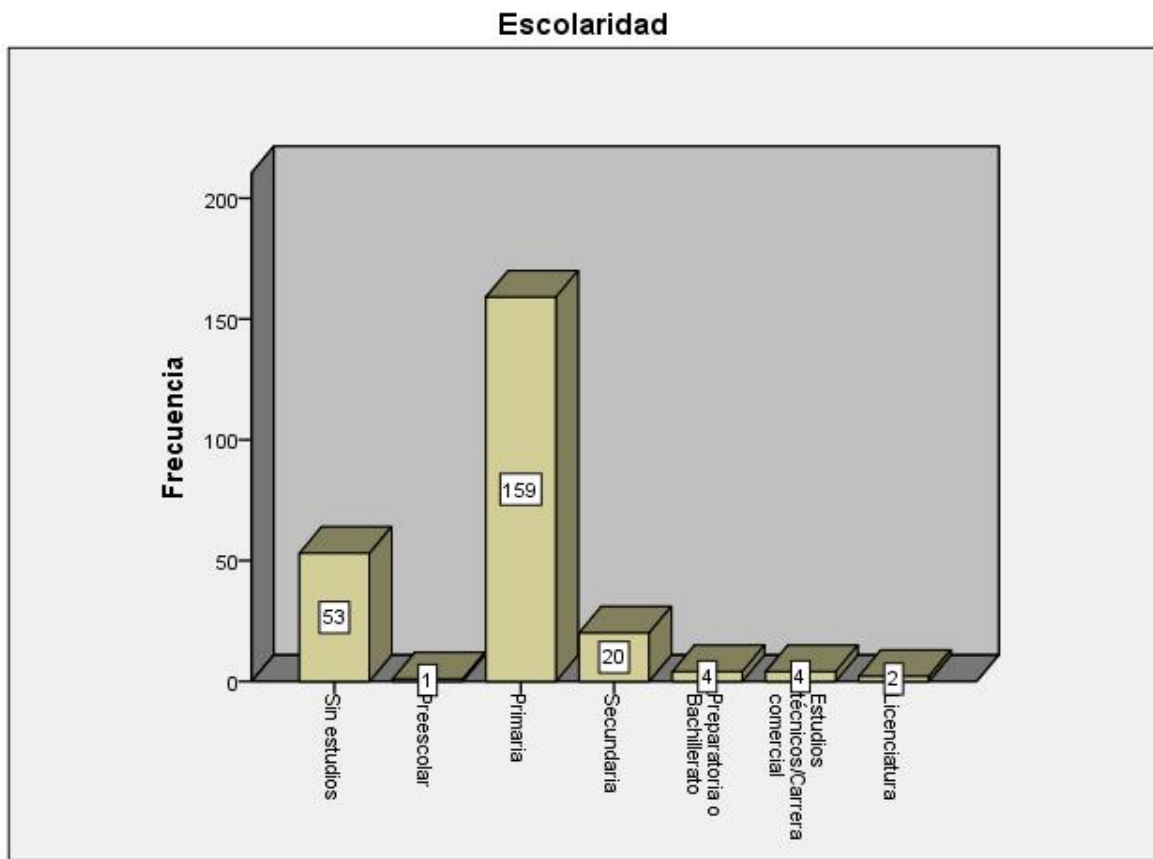
Fuente : Analisis de datos del autor: Erendira Flores Gutierrez, 2011

Tabla No 4. Ocupación en Pacientes Hipertensos de la Tercera Edad en la U.M.F 66 Progreso Industrial Nicolás Romero, Estado de México.

OCUPACION	PACIENTES	%
Hogar	132	54.32
Empleada/o, Obrera/o	19	7.82
Oficio/Comerciante/Chofer	15	6.17
Jubilado/Pensionado	57	23.46
Campesina/o	10	4.12
Desempleada/o	6	2.47
Discapacitada/o	4	1.65
TOTAL	243	100%

Fuente: Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez. 2011.

**Tabla No 5. Escolaridad en Pacientes Hipertensos de la Tercera Edad
U.M.F 66 Progreso Industrial Nicolás Romero, Estado de México.**



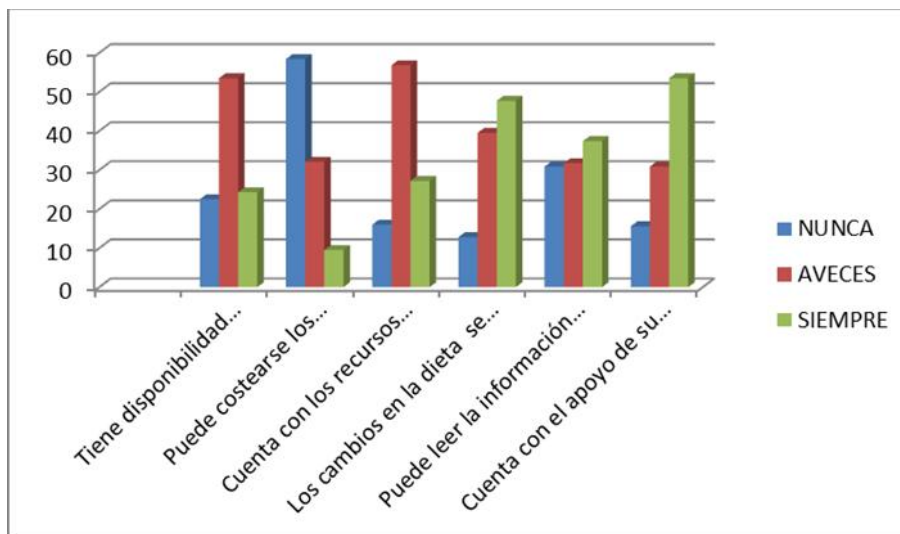
Fuente: Analisis de datos del autor: Erendira Flores Gutierrez, 2011.

**Tabla No 5. Escolaridad en Pacientes Hipertensos de la Tercera Edad
U.M.F 66 Progreso Industrial Nicolás Romero, Estado de México.**

ESCOLARIDAD	PACIENTES	%
Sin estudios	53	21.81
Preescolar	1	0.41
Primaria	159	65.43
Secundaria	20	8.23
Preparatoria o Bachillerato	4	1.65
Estudios técnicos/Carrera comercial	4	1.65
Licenciatura	2	0.82
Total	243	100%

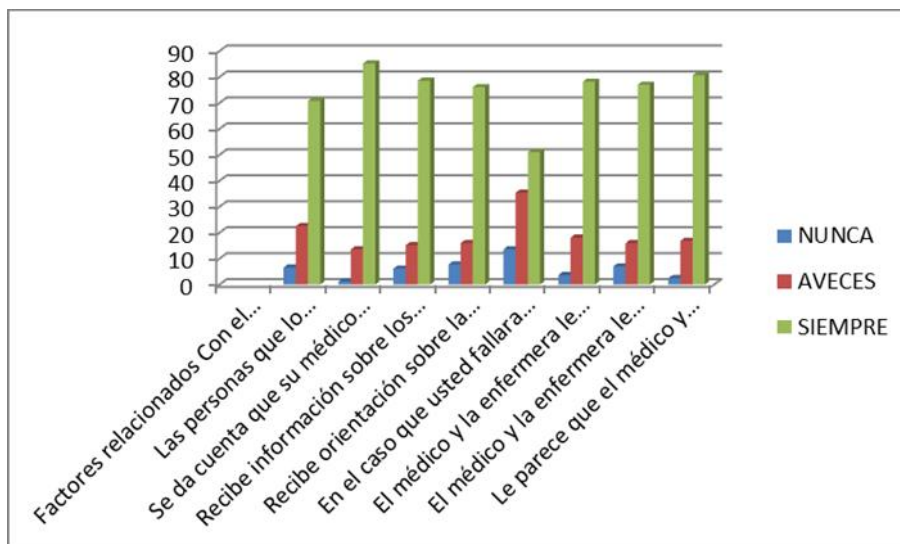
Fuente: Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez. 201

Tabla No 6. DIMENSION I. Factores Socioeconómicos en Pacientes Hipertensos de la Tercera Edad de la U.M.F 66 Progreso Industrial Nicolás Romero, Estado de México.



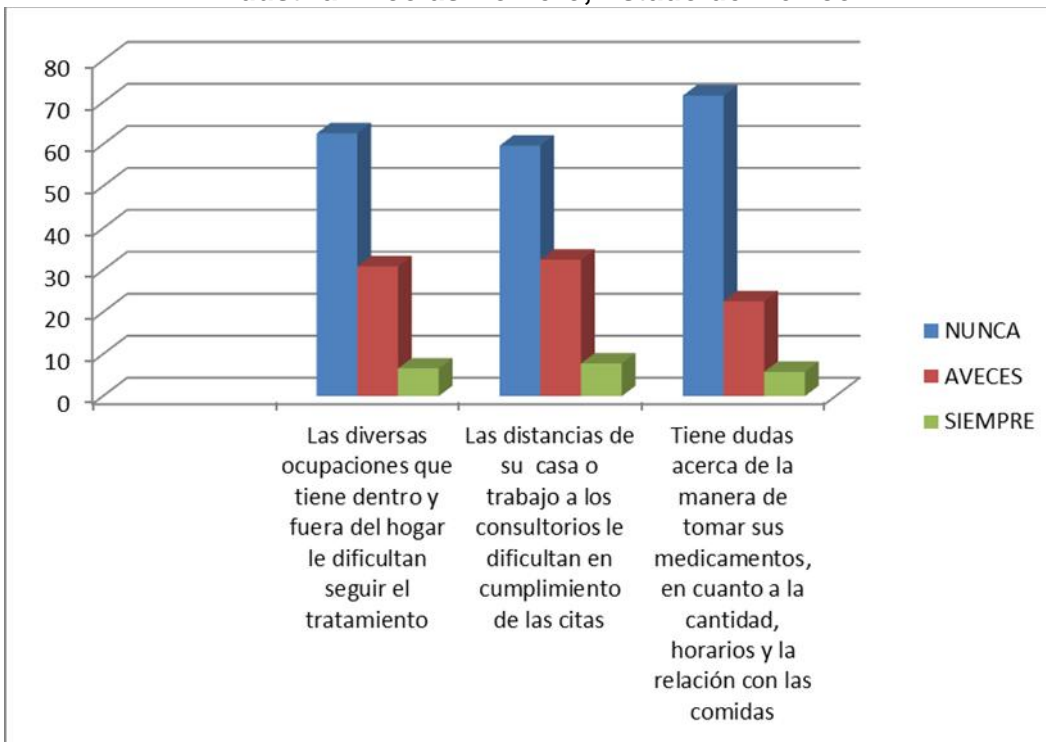
Fuente: Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez, 2011.

Tabla No 7. DIMENSION II. Factores relacionados Con el proveedor: Sistema y Equipo de Salud en Pacientes Hipertensos de la Tercera Edad de la U.M.F 66 Progreso Industrial Nicolás Romero, Estado de México.



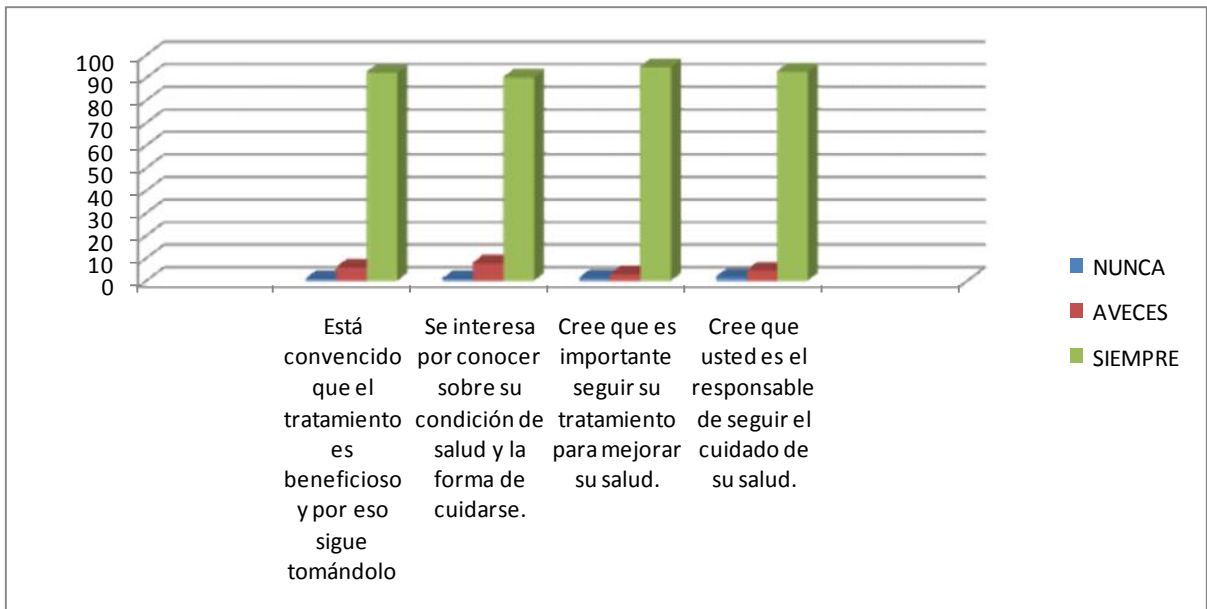
Fuente: Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez, 2011.

Tabla No 8. DIMENSION III. Factores relacionados con el Medicamento en Pacientes Hipertensos de la Tercera Edad de la UMF 66 Progreso Industrial Nicolás Romero, Estado de México.



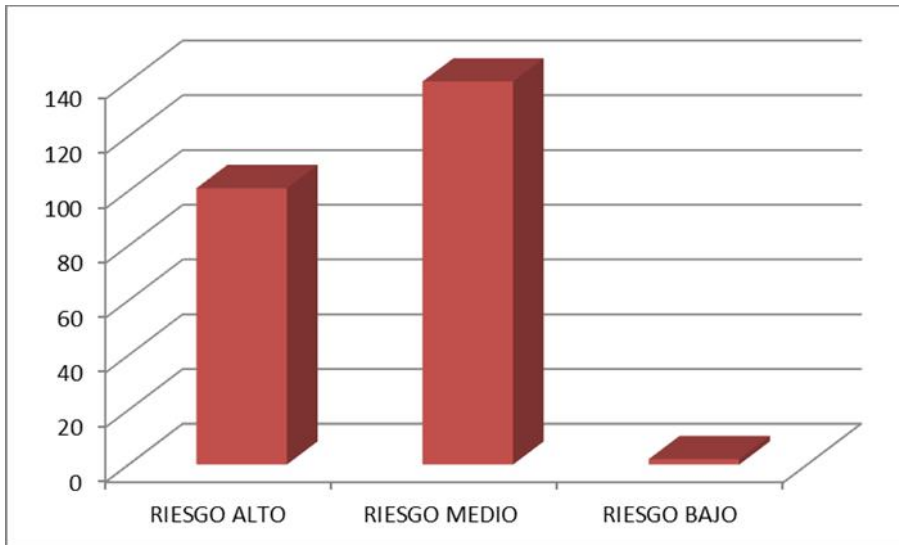
Fuente: Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez, 2011.

Tabla No 9. DIMENSION IV. Factores Relacionados con el Paciente en Hipertensos de la Tercera Edad de la UMF 66 Progreso Industrial Nicolás Romero, Estado de México.



Fuente: Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez, 2011.

GRAFICA No 10 .Evaluación de los grados de riesgo para la evaluación global de los grado de riesgo para la Adherencia al tratamiento en Paciente en Hipertensos de la Tercera Edad de la UMF 66 Progreso Industrial Nicolás Romero, Estado de México.



Fuente: Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez.

Tabla No 10 .Evaluación de los grados de riesgo para la evaluación global de los grado de riesgo para la Adherencia al tratamiento en Paciente en Hipertensos de la Tercera Edad de la UMF 66 Progreso Industrial Nicolás Romero, Estado de México.

	PACIENTES	%
RIESGO ALTO	101	41.5
RIESGO MEDIO	140	57.7
RIESGO BAJO	2	0.8

Fuente: Análisis de datos del autor: Eréndira Flores Gutiérrez.

IX. DISCUSION.

La Adherencia Farmacológica, forma parte integral para el control en el tratamiento de la Hipertensión Arterial, ya que es una de las enfermedades crónicas degenerativas, que se presentan en uno de cada dos pacientes de la tercera edad y es considerada como un problema de salud pública.

En el presente estudio, se evaluó a los pacientes de la tercera edad, que fueran hipertensos en la Unidad de Medicina Familiar número 66, en donde se investigó los factores más importantes que influyen en la adherencia farmacológica, utilizando un instrumento elaborado por Bonilla en donde, se incluyeron las variables sociodemográficas.

En los resultados anteriores, con respecto a la Dimensión I “Los factores socioeconómicos” se aprecia, que un alto porcentaje cuenta con el apoyo familiar para cumplir con el tratamiento, esto refleja la importancia emocional que aporta la familia al paciente hipertenso. Comparado con otro estudio realizado por Astrid Contreras Orozco en el 2006, con respecto al factor económico estos no cuenta con recursos económicos, para adquirir su medicamento y a veces para acudir a su cita medica, estos factores influyen para un buen apego probablemente sea por el lugar sociodemográfico donde se realizó en estudio ya que es de nivel medio bajo.

En la Dimensión II, la anterior información refleja que la institución prestadora de salud dispone de un equipo de salud que mantiene buena interacción con el usuario, además de recordatorio del próximo control. En concordancia con el estudio realizado por Price, Yocelyn et al., se reportan resultados similares en cuanto a la confianza que los pacientes depositan en su tratamiento y en los profesionales de la salud, que son factores indispensables, cuando se pretende mejorar en el paciente la adherencia al tratamiento.

En la dimensión III “Los factores relacionados con el medicamento” en todas sus opciones dichos pacientes coincidieron que nunca se le dificulta ninguna actividad para cumplir su tratamiento, lo que significa que el paciente tiene disponibilidad para llevar a cabo la toma del tratamiento.

En la dimensión IV “Los factores relacionados con el paciente” todos coincidieron en que siempre están convencidos que el tratamiento es beneficioso para mejorar su salud y además que el mismo es el responsable de llevarlo a cabo, dicho parámetro el paciente se encuentra ubicado sobre la patología y complicaciones que llevan el mal control.

Así como también se midió el riesgo a la adherencia encontrándose en más del 50% de la población estudiada, tiene un riesgo medio el cual significa que esta en peligro de no generar el comportamiento de adherencia con un 41% de riesgo alto lo que significa, que no puede responder con comportamientos de adherencia y con riesgo bajo solo un mínimo porcentaje con un 0.8 %, el cual significa una gran ventaja para generar comportamientos compatibles con la adherencia.

En general, todos los factores mencionados se llevan a cabo, sin embargo, en donde hay deficiencia es a nivel socioeconómico, rubro que escapa de nuestras manos para poder ser resuelto, sin embargo lo que respecta al apoyo familiar, el mismo sistema de salud, el paciente y la toma del medicamento se llevan a cabo con éxito.

Con dicho estudio tendremos un gran apoyo para identificar los factores que influyen para una mala adherencia al tratamiento y sobre de ello evaluar, corregir en la consulta externa las deficiencias que están teniendo, con la ventaja que se puede aplicar al primer nivel de atención el cuestionario, que es muy sencillo y no se lleva más que 5 min en ser aplicado para poder realizar alguna medida de intervención y aportar alguna propuesta con las autoridades, como la modificación de algunas guías de práctica clínica, sobre todo la de Hipertensión Arterial enfocada en Geriatría.

X. CONCLUSIONES.

Con base al análisis de resultados del estudio realizado se concluyó, que los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos de la tercera edad, es el factor económico; lo que se traduce como un mal pronóstico para este grupo poblacional, que podría verse reflejado en complicaciones cardiovasculares a corto y largo plazo. Dicho factor se encontró alterado probablemente por el lugar donde se realizó el estudio, que es de tipo rural-urbano, en donde predomina una población de recursos económico medio – bajo, sobre el cual, no podemos incidir de forma directa como prestadores del servicio de salud, sin embargo lo que si podemos es apoyarnos en las redes sociales de tipo secundarias, para referirlo a trabajo social e integrarlo a algún grupo de asistencia social como lo es ; Oportunidades.

En este estudio, se obtuvieron resultados similares en comparación al estudio de Saucedo (25) en el cual también el factor económico fue el principal, que desencadeno falta adherencia al tratamiento, en la apreciación personal de la investigadora, la suposición era que el nivel de apoyo familiar y lo relacionado a la administración de medicamentos, fuesen las principales causas de poca adherencia al tratamiento, debido al deterioro neurológico del paciente y la carga que ocasiona a nivel de la familia, sin embargo dichos factores no fueron decisivos según los resultados de este estudio.

En la población estudiada, se observó que realizan de forma positiva, actividades para mantener una buena adherencia al tratamiento, a si como también se debe mencionar que más de la mitad de la población estudiada, tienen factores que se encuentran comprometidos y que ponen en peligro la capacidad generar la adherencia, el cual se deberá realizar un reforzamiento, para que estos factores se mantengan.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Reyes M. (2006). Análisis demográfico y económico de la población de los adultos mayores en México 2006-2050. Cámara de Diputados.
2. Editorial (2008). La Atención del Adulto Mayor en el Instituto Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado. Revista de Especialidad Médico-Quirúrgicas, 13(2), 41-44.
3. Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas de Edad Datos Nacionales. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.(2007)
4. Martínez, R. Pastelin, G. Martínez, J. (2004). Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. Archivos de Cardiología de México, 74, 134-157.
5. Peralta, M. Carbajal, P. (2008). Adherencia a Tratamiento. Revista central Dermatológica Pascua: 17(3): 84-88.
6. Acceso a Derecho Habientes Población Adscrita. Instituto Mexicano del Seguro Social. UMF no 66.(2010)
7. Instituto Mexicano del Seguro Social (2009). Diagnostico y Tratamiento de Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. Guía de Practica Clínica, 2-40.
8. Guía de Diagnostico y Manejo. Hipertensión Arterial. Parte II. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Pp. 319 ala 329
9. Rosas, M. Pastelín, G. Lomelí, C. Mendoza, C. (2008). Abordaje clínico terapéutico del paciente adulto mayor. Archivos de Cardiología de México, 78 (Suplemento 2), 94-97
10. García, D. Álvarez, J. García, R. (2009). La hipertensión arterial en la tercera edad. Revista Cubana de Medicina, 48 (2), 1-14.
11. García, D. Álvarez, J. García, R. (2009). La Hipertensión Arterial en la Tercera Edad. Revista Cubana de Medicina, 48 (2), 1-14.
12. Bustos, R. Mesa, A. Bustos, A. Bustos, R. (2004). Hipertensión arterial en el paciente anciano del occidente de México. Revista Cubana Medicina General Integral, 20, 5-6.
13. Dois, A. (2009). Factores Condicionantes para la adherencia al tratamiento farmacológico en una población Hipertensa., 20 (1) , 27-38.
14. Censo de hipertensos IMSS UMF 66 actualizada en el mes de enero 2011

15. Estadísticas Delegacionales del IMSS. Consultado en Diciembre 2010 en http://www.imss.gob.mx/Delegaciones/EdoMexPte/Estadisticas/est_edo_mxpte.htm.
16. González, J. González. Quitarte, Alfredo. (2008). Hipertensión Arterial sistólica aislada. *Revista Mexicana de Cardiología*, 19(2), 73-80.
17. Sánchez. (2005). Estrategias Para Mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del sistema Nacional de Salud* 29(2), 40-48.
18. Bonilla. (2007). Diseño de instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. *Avances de Enfermería*, 1, 49.
19. Ponces, R. Gómez. (2007). Tamaño de la Muestra. *Atención Familiar*, 14(2), 44-53.
20. Rodríguez, A. Gómez, A. (2010). Factores Influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes cardiovasculares. *avances en Enfermería*, 1, 66-67.
21. Contreras, A. Flores, I. (2008). Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. *Avances de Enfermería*, 26(2), 1-11.
22. Ortiz. (2010). Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes de riesgo cardiovascular. *Avances de Enfermería*, XXVIII, 73-83.
23. Guerra, Y. (2007). Ética, Bioética y Legislación en biotecnología. *Legislaciones éticas Internacionales. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 8, 80-87.
24. Sandoval, J.L. (2008). Declaración de Helsinki a 45 años de su proclamación. *Medigrafic*, 67, 185-187.
25. Saucedo, B, A. (2011), Grados de riesgo para la adherencia tratamiento farmacológico y no farmacológica en personal de la hipertensión arterial, Bogotá, Colombia.

XII. ANEXOS

ANEXO 1.

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA ADHERENCIA A TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO
CARDIOVASCULAR.
VERSION 4

I DIMENSION Factores Socioeconómicos.			
Ítem	Nunca 0	A veces 1	Siempre 2
Tiene disponibilidad económica para atender las necesidades básicas (Alimentación, Salud, Vivienda, Educación)			
Puede costearse los Medicamentos.			
Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.			
Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegada para cumplir su tratamiento.			

II DIMENSION			
Factores relacionados Con el proveedor: Sistema y Equipo de Salud.			
Ítem	Nunca 0	A veces 1	Siempre 2
Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			
Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias.			
En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico, y enfermera entenderían sus motivos.			
El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienda.			
El médico y la enfermera le han explicado que sus resultados van a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.			

III DIMENSION Factores relacionados Con el Medicamento.			
Ítem	Nunca 0	A veces 1	Siempre 2
Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan en cumplimiento de las citas			
Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, horarios y la relación con las comidas			

IV DIMENSION Factores relacionados Con el Paciente.			
Ítem	Nunca 0	Casi nunca 1	Casi siempre 2
Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

Riesgo bajo 80 al100% 38 – 48 puntos.

Riesgo medio 60 a 79% 29 – 37 puntos.

Riesgo alto menor o igual a 59% menor a 28

ANEXO .2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROTOCOLO DE ESTUDIO

Nicolás Romero, Estado de México a de del 2011.

Por medio de la presente, me dirijo a usted, con la finalidad de solicitarle su aceptación, para la participación voluntaria para el llenado de cuestionarios del protocolo principales factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en Paciente Mayores de 60 años, el cual tiene como objetivo:

- Para la realización la realización de cuestionarios para el trabajo de investigación a pacientes Hipertensos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar numero 66.

Los resultados obtenidos, serán manejados con absoluta confidencialidad y discreción, en ningún momento se utilizarán datos personales para otros fines que no sean los del objetivo del protocolo de estudio.

Después de haber leído y comprendido el objeto del cuestionario, doy mi consentimiento para participar.

ACEPTO PARTICIPAR EN LA ENCUESTA.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA FARMACOLOGICA EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA TERCERA EDAD.



Flores Gutiérrez Eréndira
Director de Tests y Asesor : Dr. Carlos Cesar López García.
Instituto Mexicano del Seguro Social



INTRODUCCION: El paciente de la tercera edad, es difícil de controlar por el envejecimiento, los hacen más sensibles y vulnerables. En nuestra población es notorio el descontrol de dichos pacientes, en donde influyen para su adherencia al tratamiento múltiples factores. La adherencia la definimos como "seguir el tratamiento y las sugerencias dadas por el profesional de salud".

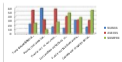
OBJETIVO: Analizar los Principales Factores que Influyen en la Adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos de la tercera edad.

MATERIAL Y METODOS: Estudio Transversal, Observacional y Prospectivo. El Muestreo No Probabilístico por conveniencia de 243 adultos hipertensos de la tercera edad y se utilizó el Instrumento para evaluar la adherencia a tratamiento farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular versión 4.

RESULTADOS: Siendo la causa relevante el factor económico; con el 58.4% Nunca "Pueden costearse los medicamentos". El 56.8% A veces "Cuentan con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta" y "Los cambios en la dieta se les dificultan debido al costo de los alimentos recomendados" con un 47.7% siempre.



CONCLUSION: El factor económico, resultó ser la principal causa de falta de adherencia, por encima de otros que consideramos importantes, como el apoyo familiar. Por desgracia, no podemos incidir directamente en este como prestadores del servicio de salud.



Investigación financiada por el Fondo de Apoyo a la Investigación Científica y Tecnológica del IMSS.