

11212



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.

ADHERENCIA EN PACIENTES CON ACNE DEL SERVICIO
DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
GRUPO A. CALZADO



DIRECCION DE ENSEÑANZA

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA
P R E S E N T A :
DRA. LUZ NEREYDA ALMANZAR LANTIGUA

ASESOR DE TESIS:
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSGRADO
DRA. GLADYS LEON DORANTES



MEXICO, D. F.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2003
A



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 CON FALLA DE ORIGEN

AUTOR

Dra. Luz Nereyda Almánzar Lantigua
Médico Residente de Dermatología

SUBDIRECCIÓN
DIVISIÓN DE

U.N.A.M.

ASESOR DE TESIS

Dra. Gladys León Dorantes
Jefe del Servicio de Dermatología
Profesor Titular del Curso Universitario de Dermatología

Dr. Eduardo de Anda Becerril

Director de Enseñanza

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo académico.

NOMBRE: Luz Nereyda
Almánzar Lantigua
FECHA: 3/10/05
FIRMA: [Signature]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B

DEDICATORIA

A Dios

Por ser el creador de la vida y la esperanza; por haberme dado la capacidad de prepararme, y lograr una meta más en mi vida profesional.

A mi Madre.

Porque tú me enseñaste y me guiaste a ser una mujer de bien, con el ejemplo del trabajo, para día tras día forjar nuestro futuro. Te admiro por la fortaleza de espíritu que tienes para sobreponerte de las adversidades, por eso este esfuerzo te lo dedico y es para ti. Te amo Mamá.

A mi esposo Henry.

En ti encontré el compañero y el amigo solidario, siempre dispuesto a darme su apoyo, buenos consejos, palabras de aliento en mis momentos difíciles, tan oportunos al estar lejos de nuestro país. Me has enseñado que de los malos momentos se puede sacar algo positivo. Todo este esfuerzo es también tuyo.

A mi hijo Anthony

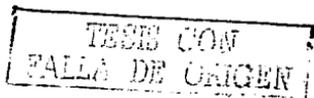
Eres lo más hermoso que la vida me ha dado y le doy gracias a Dios de haberme permitido ser madre, y que de mi naciera un niño tan cariñoso, tierno y respetuoso. Tú también eres parte de este esfuerzo, espero que te sirva de ejemplo para que el día de mañana, seas un hombre de bien.

A mi hermana Ana Ramona. †

Te fuiste en un momento difícil, pero te has convertido en el ángel que me guía y protege desde el cielo. Nunca me olvidaré de ti. Te quiero

A mis hermanos Amado, Rafael, Juan, Miguel Angel y Elvin José.

Por su apoyo en la distancia.



A todos mis sobrinos.

Para que este esfuerzo, les sirva de ejemplo ya que no es fácil, dejar a la familia por alcanzar una meta, pero se puede.

A la Familia Concepción Martínez

En especial Dr. Ramón y Doña Aura por brindarme siempre su apoyo, cariño y comprensión incondicional y por permitirme ser parte de su familia.

A la familia Rodríguez Linval

En especial a mi comadre Maité por brindarme el apoyo que tanto necesité en la distancia.

A Maggie

Por siempre estar presente en todos mis logros y por tú amistad.

A mis amigas Purina y Maritza

Por su apoyo incondicional.

A Diana, Claudia y Daniel

Con ustedes inicié este camino pero las circunstancias adversas no me permitieron que finalizáramos juntos. Siempre los consideraré parte de mí y de mi familia.

A Araceli

Gracias por brindarme tú amistad y solidaridad en los momentos difíciles, de forma desinteresada.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Gladys León

Por haberme permitido ser parte de su equipo de residentes, transmitirme sus conocimientos y por su esfuerzo de que cada vez seamos mejores profesionales. Sin su apoyo no lo hubiese logrado.

A los Maestros Dr. Saúl y Dr. Peniche

Con un sincero agradecimiento por sus enseñanzas en la dermatología.

A los médicos de base

Por colaborar en nuestra formación como dermatólogos, por su amistad y críticas sanas que me permitieron cada vez esforzarme en ser mejor residente.

A mis compañeras Claudia Luna, Patricia Martínez, Patricia Pineda y Rossy Uribe

Por su amistad y compañía en este largo camino.

A Karla Moreno

Gracias por tu amistad, por la ayuda brindada y apoyo incondicional.

A todos los compañeros residentes

Gracias por todos los momentos compartidos y por su amistad.

A todo el personal Paramédico y Administrativo del Servicio

En especial a Sofía y Rossy Muñoz por su amistad y colaboración.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

☺

INDICE

Página

I.	RESUMEN	1
II.	INTRODUCCIÓN.....	3
III.	MARCO TEORICO.....	4
	A. ACNE	
	Definición.....	4
	Epidemiología	4
	Etiopatogenia	4
	Clasificación.....	6
	Aspectos psicológicos del acné.....	7
	Tratamiento	8
	Tratamiento algorítmico	9
	B. ADHERENCIA	
	Definición de Adherencia.....	10
	Consecuencia de no adherencia	11
	Factores que influyen a la adherencia	11
	Monitoreo de la adherencia.....	13
	Métodos para fortalecer la adherencia	13
IV.	JUSTIFICACIÓN.....	20
V.	OBJETIVOS	21
VI.	MATERIAL Y METODOS	21
VII.	RESULTADOS	22
VIII.	GRÁFICAS.....	32
IX.	DISCUSION	40
X.	CONCLUSIONES	42
XI.	BIBLIOGRAFÍA	43

ANÁLISIS CON
MALLA DE ORIGEN

F

I. RESUMEN.

El acné, enfermedad frecuente y de etiología multifactorial, comienza en la adolescencia y puede perdurar hasta la vida adulta. Como padecimiento crónico y recidivante, uno de los retos para el éxito en el tratamiento es la adecuada adherencia al tratamiento que aunque no enferma directa, también se puede predecir por la adherencia al cumplimiento con las citas médicas. La no adherencia a las citas puede impactar en forma importante la calidad de la atención. Por lo anterior es importante conocer la prevalencia de no adherencia a las citas así como de algunos factores que pueden condicionar esto.

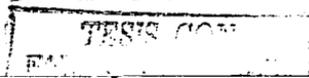
Diseño: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de tipo encuesta.

Objetivo principal: Conocer la frecuencia de seguimiento posterior a la primera cita en pacientes con acné del Servicio de Dermatología del Hospital General de México y factores asociados a la no adherencia al seguimiento.

Material y métodos: Se revisaron todos los expedientes de pacientes de primera vez con diagnóstico de acné, que acudieron a la consulta de Dermatología del Hospital General de México, en el año 2002. Las variables registradas fueron edad, género, ocupación, severidad del acné, médico tratante, tratamiento indicado y número de consultas.

Análisis: Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados: Se encontraron 594 (7.37%) expedientes de pacientes con acné entre los 8,059 expedientes de primera vez del año 2002. El 57.4% (341) fueron mujeres y 42.6% (253) fueron hombres. La edad promedio de las mujeres fue 20.9 años y de los hombres 19 años. El seguimiento del control de citas en los pacientes fue el siguiente: 20% de todos los pacientes atendidos tuvo un



Adherencia en pacientes con acné

seguimiento de dos consultas, el 14%, tres consultas, 7%, cuatro consultas, 3%, cinco consultas, 4%, seis consultas, 2%, siete consultas, 0.5%, ocho consulta, 0.7%, nueve consulta, 0.3%, diez consulta, 0.8%, once a catorce consultas y 47.5% (282) no tuvo adherencia al seguimiento.

Conclusiones: Se encontró una baja frecuencia de adherencia al seguimiento en los pacientes con acné. A futuro se deben efectuar estrategias para incrementar la adherencia de los pacientes con acné con el fin de mejorar la calidad de la atención prestada.

TESIS CON
FALSA

II. INTRODUCCION

El acné es una enfermedad multifactorial en donde se involucra la unidad pilosebácea. Es la dermatosis más frecuente en la población joven, afecta prácticamente a todos los adolescentes, en grados muy variables, desde la etapa prepuberal hasta mediados de la tercera década de la vida, incluso en etapas posteriores.

Esta enfermedad reviste una problemática compleja desde el punto de vista clínico, patogénico, psicológico y terapéutico.

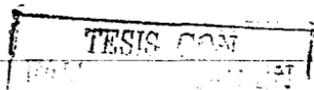
Los adolescentes juegan un rol muy importante en el seguimiento a las citas, siendo en ellos la adherencia muy pobre. Esto es resultado de que los adolescentes no entienden la naturaleza del acné o la naturaleza del tratamiento o que tengan una expectativa irreal del tratamiento, traduciéndose esto como disminución en la eficacia del manejo, siendo molesto tanto para el paciente como para el médico tratante.

Unos de los factores de la adherencia es mantener las citas para el tratamiento y las revisiones subsecuentes.

La no adherencia puede iniciar por el sistema de salud, se debe de estudiar las características institucionales, el nivel de cuidado, el diagnóstico y los factores socioeconómicos, que pueda tener relación, con el seguimiento de las citas.

Debemos estudiar la adherencia en relación al seguimiento por edad, género, creencias y actitudes sobre el acné, experiencia de tratamientos previos, expectación del tratamiento, entender el tratamiento y la severidad de la enfermedad, esto va a depender del número de citas de seguimiento.

Por tal motivo es importante conocer en nuestro medio la frecuencia de adherencia a las consultas en nuestros pacientes y conocer los posibles factores que influyen a la no adherencia, y así poder determinar medidas que se deben tomar en el manejo integral del paciente con acné.



III. MARCO TEORICO

A. ACNE

Definición.

El acné es una enfermedad crónica inflamatoria de la unidad pilosebácea, caracterizada por seborrea, comedones, pápulas, pústulas, nódulos, quistes, abscesos y cicatrices, principalmente en ciertos lugares de predilección, a saber, la cara y el tórax. Frecuentemente comienza durante la adolescencia y en general involucrena alrededor de los 20 años de edad ⁽¹⁾

Epidemiología.

En México constituye una de las dermatosis más frecuentes, donde más del 30% de la población tiene entre 10 y 24 años de edad, siendo la incidencia del acné muy alto en los adultos jóvenes ⁽¹⁾. En los Estados Unidos afecta a más de 45 millones de personas ⁽⁸⁾. La prevalencia entre los adolescentes es del 80%. Más de 80% entre los pacientes de 11 a 30 años, 85% entre 12 a 24 años, 8% entre 25 a 34 años y 3% de 35 a 44 años ^(2,3).

En un estudio clínico se apreció que el acné prevalece más entre los hombres a los 18 años pero que alrededor de los 23 años prevalece más entre las mujeres ⁽³⁾.

Etiopatogenia.

Son múltiples los factores que causan el acné. En cuanto a las teorías sobre patogénesis del acné tenemos que se produce por los siguientes mecanismos.

- Queratinización patológica del conducto folicular, lo que marca el comienzo de la formación de un comedón.
- Los pacientes con acné tienen glándulas sebáceas más grandes y producen más cantidad de sebo. El sebo es comedogénico y causa inflamación.
- Está actualmente aceptado que *Propionibacterium acnes* es importante en la patogenia del acné. Produce ácidos grasos libres y otras enzimas

TESIS CON
FALLA DE CUBREN

- extracelulares como proteasas y hialuronidasas, las cuales pueden ser importantes en el proceso inflamatorio.
- Por muchos años los investigadores han probado el papel de los andrógenos en la patogenia del acné. Los andrógenos regulan el desarrollo de la glándula sebácea y la producción de sebo y también juegan un papel en la hiperqueratinización folicular.
 - Hay receptores de andrógenos localizados en la región infrafundibular del folículo y todas las enzimas envueltas en el metabolismo de los andrógenos se han identificado en los folículos.

Varios estudios demuestran las influencias de los factores genéticos en el acné. La tendencia a desarrollar acné es frecuentemente familiar y se hereda de forma autosómica dominante. Sin embargo debido a su alta prevalencia el patrón genético exacto es desconocido. El acné es probablemente un desorden poligénico en el cual la expresión clínica representa la suma de acción de muchos genes.⁽⁴⁻⁶⁾

Rasmussen y Smith encontraron que las creencias más comunes con respecto a la causa en el acné eran el estrés/ansiedad, dieta y la mala higiene de la piel. En su estudio reportan que la mayor parte de los pacientes consideran que las hormonas y la genética son los factores primarios en la patogénesis del acné, aunque la función de las hormonas y la herencia no se han especificado.⁽¹⁴⁾

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Clasificación Clínica.

El acné es una enfermedad polimorfa ya que presenta en su cuadro clínico diferentes lesiones (comedones cerrados y abiertos, pápulas, pústulas, nódulos, quistes, abscesos y cicatrices)

Su naturaleza dinámica la hace una enfermedad difícil de evaluar objetivamente. Existen actualmente varios sistemas para graduar la severidad del acné.

El sistema de Kligman y Plewing divide al acné en tres subtipos denominados comedónico, papulopustular y conglobata y la severidad es valorada en una escala I-IV de acuerdo al número de lesiones y al tipo de lesión que predomine tomando en cuenta sólo la parte derecha de la cara ⁽⁶⁾

El índice Cunliffe (técnica Leeds) es una escala foto numérica que asigna un puntaje de 1 (leve) a 10 (severo) ^(7,11)

Gollnick y Orfanos proponen un sistema basado en grados Grado 1 acné facial con comedones y menos o 10 lesiones inflamatorias, grado 2 acné facial con comedones y 10 a 20 lesiones inflamatorias, grado 3 lesiones inflamatorias en tronco con o sin compromiso facial, y grado 4 lesiones inflamatorias con nódulos y la presencia de cicatrices en cara y tronco ⁽¹⁴⁾

La academia Americana de Dermatología lo clasifica como leve, moderado o severo, tomando en cuenta sólo las lesiones inflamatorias.

Desde el punto de vista práctico la clasificación de la Academia Americana de Dermatología resulta más adecuada:

- a) Acné no inflamatorio (comedones). Cantidad de comedones y su distribución.
- b) Acné inflamatorio (papulopústular). Cantidad y tipo de lesiones dermatológicas.
- c) Formas especiales de acné. Comprenden las formas conglobata (nódulo-quístico), *fulminans*, Síndrome SAPHO. ⁽¹⁴⁾

El sistema global de graduación del acné (GAGS, Global Acne Grading System) es una nueva clasificación que incorpora las ventajas de los anteriores. Considera seis localizaciones en cara y tronco con un factor para cada localización. Cada una de las seis localizaciones se califica separadamente en una escala de 1 a 4. La puntuación global es la suma de las puntuaciones locales ⁽⁶⁾

Aspectos psicológicos del acné.

La relación entre desórdenes dermatológicos y psiquiátricos ha sido de interés desde hace muchos años. Aunque el papel que juegan los factores psicológicos en el desarrollo y curso de varias enfermedades dermatológicas permanece aun en controversia, los efectos psicológicos adversos de muchas dermatosis son indiscutibles

El impacto psicosocial del acné fue reconocido por primera vez en 1948 por Sulzberger

En 1966, Kenyon y cols demostraron un aumento de la ansiedad, depresión y aislamiento social en pacientes con acné, afectando su imagen, las relaciones interpersonales con familiares y amigos, trabajo, y las actividades escolares ⁽¹⁴⁾

Una década más tarde el profesor Schuster demostró una alteración significativa de la auto-imagen y la autoestima en los pacientes que sufrían acné. En 1987 Rubinow mostró un aumento en los niveles de ansiedad en los pacientes con acné

El acné se ha relacionado a morbilidad psiquiátrica por muchos años. Estos pacientes desarrollan problemas psiquiátricos como consecuencia de su condición. Tales problemas se refieren a alteraciones de la autoestima, de la imagen corporal, aislamiento social, depresión, ansiedad, angustia, preocupación por el acné, frustración, confusión, limitaciones en el estilo de vida y problemas en las relaciones interpersonales.

En la adolescencia no sólo se confrontan cambios psicológicos, personales y fisiológicos, sino también el mundo infantil antecedente. Los cambios de situaciones sociales deben ser superados tanto en el hogar como en la escuela y en el juego. Una manifestación importante de los cambios psicológicos y fisiológicos de la adolescencia es la exagerada importancia que se le da al aspecto físico, de aquí la exagerada vergüenza por el acné ⁽¹⁴⁾.

Hay muchos factores diferentes que influyen los cambios psicológicos que se origina del acné. Estos incluyen la comprensión del acné como enfermedad y su duración, el desarrollo de las cicatrices del acné, la edad del paciente y la etapa de desarrollo, la percepción del paciente de la normalidad, además de su

personalidad Pre-morbilidad Todo esto será influenciado por las características individuales de su personalidad y su susceptibilidad a las influencias del medio ⁽¹⁴⁾. Gupta *et al.* Encontraron que la comida era el factor psicológico más importante para la severidad del acné, dentro de las comidas que se reportaron en su estudio donde los pacientes tenían la creencia que le agravaban el acné incluía comidas grasas, papas fritas, comidas rápidas como las hamburguesas, chocolates, refrescos y las cervezas ⁽¹⁶⁾

Tratamiento:

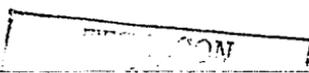
Gollnick mencionó la importancia acerca del manejo en los cambios en la fisiopatología del acné. La fisiopatología del acné sugiere que la combinación de terapia puede ser utilizada tempranamente para atacar de dos a tres factores patogénicos a la vez ⁽¹⁷⁾

En acné leve (grado 1), en particular el acné comedónico y de bajo grado inflamatorio, caracterizado principalmente por comedones, los retinoides tópicos son el tratamiento de elección ⁽¹⁸⁾

Acné con grandes componentes inflamatorios, acné moderado (grado 2), es prudente también la aplicación de peróxido de benzoilo o antibióticos tópicos, en conjunto con retinoides tópicos. Sin embargo los nuevos retinoides también tienen una acción antiinflamatoria y son usados para el tratamiento pápular y pústular de acné de grado 1-3, esto según la clasificación de Plewing y Kligman ⁽⁹⁾

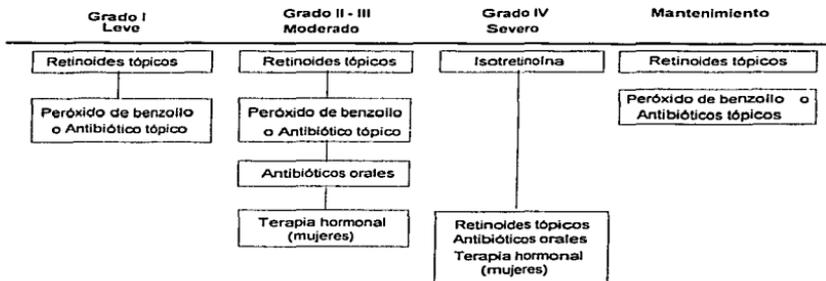
Estos retinoides han demostrado reducciones similares en acné inflamatorio, como en comedones abiertos y cerrados. Para acné más severo una combinación de antibiótico oral con retinoides tópicos es apropiada ⁽¹⁰⁾

Las mujeres son candidatas a terapias androgénicas, especialmente cuando presenta niveles altos de sebo o hay una evidencia familiar para alopecia androgénica. En los casos más severo de acné, como el acné conglobata la isotretinoína es un tratamiento a elegir. Después del término de retinoides sistémicos una terapia de mantenimiento consiste en la aplicación de un retinoide tópico ⁽¹⁰⁾.



Recientemente en el Consenso de la Academia Europea de Dermatología ⁽⁷⁾ se propone el siguiente algoritmo para el tratamiento del acné:

Algoritmo de tratamiento de acné



Abordaje Terapéutico del Acné:

El tratamiento debe individualizarse en función de las características particulares del paciente, como edad, género, tipo de piel, grado de exposición al sol, estrés, aspectos psicológicos y socioeconómicos.

La mayoría de pacientes de acné tiene buena respuesta al tratamiento apropiado. Sin embargo un pequeño porcentaje (10-15%), no tienen una respuesta satisfactoria. La razón principal para el fracaso del tratamiento es la pobre adherencia del paciente. Para mejorar la adherencia del paciente la estrategia para el tratamiento debe ser cuidadosamente planeada y debe de incluir: discusión antes del tratamiento, instrucciones claras, explicar grado de mejoría, explicar que papel juegan los cosméticos, cuidados con el sol, explicar los efectos adversos esperados ⁽¹³⁾.

B. ADHERENCIA.

Definición.

Se define como el acto de conformar o apeгarse rápidamente a los tratamientos, acordando cooperación y obediencia. El paciente de su parte debe acatar la aplicación del medicamento prescrito, o abstenerse de actividades que impliquen peligro para la salud ⁽¹⁵⁾.

La pobre adherencia puede ocurrir en pacientes jóvenes y en pacientes con enfermedad crónica, además de aquellos pacientes que hayan tenido un pobre resultado a otros tratamientos, por lo que el tratamiento prescrito representa un reto mayor al cuidado del profesional de la salud. Sin embargo la no adherencia no se correlaciona con la severidad clínica del acné ⁽¹⁰⁾.

En estudios de padecimientos crónicos se ha determinado que entre el 30-40% de los medicamentos no son tomados como se prescribe, por lo que han sido estudiadas más de 200 variables, que contribuye a la no adherencia ⁽¹⁵⁾.

Dos tipos de adherencia han sido definidas:

No adherencia no intencional. Donde la intención del paciente ha sido frustrada por la barrera del olvido.

No adherencia deliberada. Donde el paciente toma la decisión de no adherirse al tratamiento como se le ha indicado.

Las variables que han sido sugeridas para que se afecte la adherencia intencional al tratamiento, se incluyen como una problemática la relación médico-paciente, creencias del paciente acerca de su condición, medicación, y los efectos adversos del medicamento.

La nueva generación de paciente demanda del médico más información. Los pacientes necesitan saber la naturaleza del proceso de la enfermedad, y como el medicamento puede resolver el proceso patológico. La percepción del paciente de la información determina el buen deseo de adherencia. Aunque es responsabilidad del paciente la adherencia, el médico comparte algunos de los factores de la no adherencia ⁽¹⁵⁾.

Consecuencia de la no Adherencia:

La no adherencia es el fallo o la negativa del paciente a seguir el régimen terapéutico. Esto es la principal barrera para conseguir la efectividad del cuidado médico y es la causa principal de un pobre resultado en el tratamiento de la enfermedad. La posibilidad de la no adherencia podría ser siempre considerada cuando la enfermedad no responde al tratamiento. En algunas enfermedades agudas la no adherencia puede arriesgar la posibilidad del efecto de curación. Como resultado, el paciente podría también estar en riesgo de complicación de la enfermedad. La no adherencia resulta en un pobre control de la enfermedad crónica. Esta es la causa de que muchos efectos adversos de las drogas, estén relacionados con el paciente. Estudios han demostrado que la incidencia de aumento de los efectos adversos de las drogas están relacionados con la edad. La consecuencia de la no adherencia en pacientes mayores puede ser más seria y resolverse menos rápido que en los pacientes jóvenes.⁽¹⁵⁾

Factores que afectan la adherencia:

La adherencia es generalmente mejor en las terapias de enfermedades agudas que en las enfermedades crónicas. Los factores psicológicos y socioeconómicos son responsables de este fenómeno. Puede haber una falta de comprensión, de conocimiento, o creencias erróneas concernientes a la enfermedad o al tratamiento. El tratamiento puede ser también para el paciente difícil de entender o de implementar. El paciente no entiende la importancia de la terapia o le queda la duda de que el medicamento puede ser efectivo, por la actitud pesimista del fallo de un tratamiento previo o una expectativa irreal.⁽¹⁶⁾

Otro factor es la falta de motivación. Algunos pacientes realmente disfrutan la enfermedad o pueden usarla para ganancia personal. Otros tienen miedo de morir, lo que implica necesidad de terapias a largo plazo. Las drogas pueden interferir con el estilo de vida del paciente, como es beber, o hábitos dietéticos. Se dificulta que el paciente continúe con un régimen cuando no presentan síntomas. Puede que exista un tiempo prolongado entre el inicio de la no adherencia y la reaparición de los síntomas y signos de la enfermedad. El paciente con una enfermedad

crónica puede desconfiar del médico. El paciente encuentra difícil aceptar algo recomendado por el médico. La información dada por los amigos o la prensa siempre determina la adherencia o la no adherencia.

Los factores económicos también juegan un rol importante en la adherencia. Cuando un medicamento es dejado, es debido al costo, por lo que sería necesario cambiar el medicamento por uno genérico, que sea más económico, aunque menos eficaz ⁽¹⁵⁾

La no adherencia es la entrada al sistema de salud, por lo que se debe de investigar en niños y los adultos la característica como paciente, las características institucionales, el nivel de salud, el diagnóstico, y los factores ambientales

La edad ha sido encontrada como un efecto de la adherencia. Los adolescentes es un estereotipo que generalmente tiene pobre adherencia a las citas médicas. Se piensa que el adolescente responde mejor a las citas, cuando son hechas por ellos mismos, que cuando son realizadas por sus padres. Diferentes profesionales de la salud tiene la creencia que los adolescentes, presentan un mejor resultado en su tratamiento, cuando son ellos que deciden sobre su padecimiento ⁽¹⁷⁾

Becker et al Han demostrado que la creencia de salud de las madres es una utilización crítica en el cuidado preventivo de sus hijos, por lo tanto pueden llegar estos factores a influir entre los adolescentes ⁽¹⁷⁾

Muchos son los factores que tiene impacto sobre la manifestación clínica de la enfermedad, como es la atención del médico, la complejidad del problema del paciente (si no tiene cita previa o si es una emergencia), y los factores externos como el tiempo ⁽¹⁸⁾

La adherencia varía de acuerdo a la especialidad médica. Hay menos posibilidad de no adherencia en dermatología, que en neurología, gastroenterología y cardiología. Las enfermedades de la piel son fácilmente reconocidas y frecuentemente sentidas, por la picazón y/o el dolor.

La terapia tópica es el arma primaria en dermatología, en la lucha contra las enfermedades de la piel. Debido a que es un tratamiento rápido y directo sobre la zona afectada de la piel. La desventaja de la terapia tópica es que a veces lleva a la no adherencia porque su aplicación sea laboriosa y consume mucho tiempo. A

veces el medicamento tópico puede estar descompuesto y oler mal, o puede manchar la piel, la ropa o provocar dermatitis de contacto, produciendo picazón y sensación de ardor. Usualmente se requiere de asistencia para la aplicación de áreas inaccesibles del cuerpo. Las reacciones alérgicas o irritantes pueden ser causadas por los ingredientes activos, el vehículo, los preservativos, o la emulsión.

Monitoreo de la adherencia.

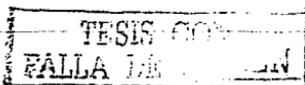
Hay una variedad de esquemas que puede ser empleada para el seguimiento de la adherencia del medicamento.

Un record diario del medicamento ingerido o aplicado es un método muy usado para el monitoreo de la adherencia al programa terapéutico. Para ser efectivo se requiere la cooperación del paciente.

No existe un método totalmente eficaz, para supervisar la adherencia, el médico debe de reconocer la no adherencia por su habilidad clínica. importante esto para un manejo eficaz ⁽¹⁵⁾.

Métodos para fortalecer la Adherencia:

La buena relación médico paciente son dos de los más importante ingredientes para fortalecer la adherencia. Es importante tomarse un mayor tiempo hablando para conseguir una adecuada historia, valoración física completa, discutir la situación y escuchar al paciente, que no puede ser sobre estimado. El médico debe demostrar interés, en lo que concierne al paciente, además de proporcionarle amistad, simpatía y calor. Se debe crear una atmósfera de respeto y de confianza. La mejor comunicación es la mejor adherencia. Resumir verbalmente las instrucciones escritas. Tratar de comunicar y discutir en un lenguaje que el paciente pueda entender. Las instrucciones escritas deben ser lo más legible posible. El uso de muestras médicas ayuda a demostrarle al paciente como aplicarse el medicamento en las áreas afectada, para prevenir el sobre uso del medicamento. El médico debe explicar con entusiasmo sus prescripciones. El paciente debe llevarse la impresión de la eficacia, del tiempo y la importancia del



tratamiento. Las instrucciones deben ser directas, si es necesario aplicación diaria o dos veces al día, tiempo del día, relación con las comidas u otros medicamentos. En las visitas siguientes si el paciente es visto por el mismo médico mejora la relación médico-paciente y ayuda a fomentar una buena relación. Las visitas siguientes es una buena ocasión para reforzar las instrucciones. Siempre que sea apropiado el médico debe también felicitar al paciente adherente ⁽¹⁵⁾

Estrategia para la efectividad de la adherencia: Intervenciones no farmacológicas.

Las varias combinaciones de las intervenciones siguientes eran asociadas, para una mejor adherencia y mejores resultados terapéuticos.

Educación del paciente, cuidados más específicos, recordar la medicación, monitorización por parte del paciente, recompensar al paciente por la adherencia, terapia familiar y soporte de grupos, seguimiento por teléfono.

La mayor responsabilidad de la adherencia no es solo del paciente, también juega un papel importante la atención del personal de salud.

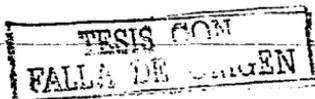
La educación se debe realizar en base a sesiones sobre la causa del acné vulgar, de los tratamientos específicos, y la importancia del seguimiento.

La adherencia se relaciona con la satisfacción del paciente con los cuidados de salud. La depresión y la ansiedad fueron factores negativos para la adherencia ⁽²³⁾

Factores de la intervención farmacológica que impacta la adherencia.

Eficacia: La eficacia de la droga es crítica para la adherencia al tratamiento, en especial en el tratamiento de desórdenes sintomáticos como es el acné inflamatorio.

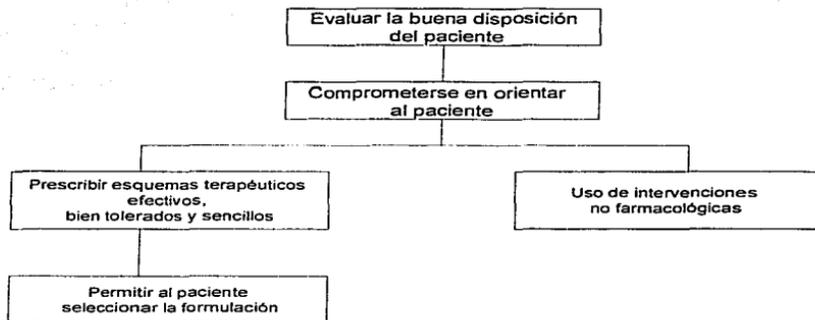
La simplicidad del régimen: Los investigadores han concluido que una terapia simple, es lo mejor para la adherencia.



Terapia individualizada como opción: Los pacientes prefieren la opción de medicamentos para el manejo del acné.

Tolerancia: Los efectos adversos del medicamento pueden afectar la adherencia. Afortunadamente la mayoría de terapias para acné son bien toleradas ⁽²³⁾.

Plan dermatológico de acción para facilitar la adherencia



Evaluar la buena disposición del paciente:

Se debe de preguntar al paciente si está preparado para el inicio de un régimen de tratamiento a largo plazo. Esto lo podemos obtener a través de una encuesta, que sea realizada por el personal de apoyo dermatológico, o a través del interrogatorio directo, el cual debe ser eficaz. Se debe dar al paciente el tiempo real de mejoría clínica, y crear conciencia del compromiso para lograr la mejoría de las lesiones del acné.

Comprometerse en orientar al paciente

Debemos tomarnos el tiempo necesario para explicar a nuestros pacientes, la importancia de la adherencia al medicamento, la aplicación apropiada del medicamento tópico, los posibles efectos adversos, ahorro del tiempo, y aumentar la posibilidad de los buenos resultados

La adherencia al medicamento debe ser planteada en cada visita, en especial cuando el paciente se encuentra en un régimen de mantenimiento. Las preguntas verbales con respecto a la adherencia no deben ser intimidadas, ni enjuiciadas.

Los problemas psicológicos como depresión y ansiedad, pueden interferir en la adherencia al tratamiento. Los estudios han demostrado que el acné puede producir problemas psicológicos y cuando es así es necesario el apoyo de un psicólogo. Los problemas sociales pueden impactar en el paciente de acné la adherencia.

Asociación con el personal al cuidado de la salud

Permitir al paciente la selección de la terapia (opción de formulación). Escuchando al paciente, en el cuestionamiento enfático, sin interrumpirlos, para que tomen un rol activo en su tratamiento.

Usos de herramientas de adherencia

Usos de diarios de pacientes y tarjetas de medicamentos, pueden ser herramientas para ayudar a la adherencia del medicamento. Algunas de estas herramientas son proporcionadas por el fabricante de los medicamentos.

Integrar la aplicación del medicamento a la rutina diaria, refuerza el uso de este en un momento específico del día ⁽²⁴⁾

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTERVENCIONES PARA LA ADHERENCIA APOYADO POR 153 ESTUDIOS POR META-ANALISIS.

Categorías de intervenciones	Ejemplos específicos
Educación	Instrucciones verbales
	Presentación audiovisual
	Instrucciones escritas
	Educación telefónica
	Visita a domicilio
	Educación de grupo
Comportamiento	Monitoreo de medicamentos
	Retroalimentación por el profesional al cuidado de la salud
	Apego a la adherencia
	Compromiso verbal
	Recordatorio
	Diarios médicos
	Calendario
Recordamiento de adherencia	
Afectivo	Apoyo de grupo
	Consejo individual
	Soporte familiar
	Acuerdo familiar

Roter DI et al ⁽²³⁾

TESIS CON
9 DE JUNIO

Draelos ZK Resume las siguientes recomendaciones para una buena adherencia al seguimiento de las citas:

EDUCACION Y CONSEJO SOBRE LA TERAPIA DE PACIENTES CON ACNÉ

Los pacientes aprenden por lo que hacen, no por lo que el dermatólogo enseña.

- Dejar al paciente elegir el tipo de formulación
- Dejar que el paciente repita las instrucciones con sus propias palabras
- El paciente normal capta la información en tres repeticiones de la información en una consulta; dar a los pacientes importantes indicaciones sin sobrecargar al paciente de información, debiendo enfocar la información deseada en una de las siguientes formas:
- Como usar la terapia
- Que hacer si un problema con la terapéutica ocurre

Evaluar el aprendizaje del paciente, preguntando al paciente que responda con sus propias palabras preguntas como las siguientes:

- ¿Puede mostrarme como usar sus medicamentos aplicados (tópicos) que le estoy indicando?
- ¿Qué haría si tuviera alguna reacción a la medicación?

Dé al paciente la oportunidad de contestar a preguntas concernientes a él (ella).

Demostrar respeto para sus comentarios haciendo lo siguiente:

- Dando tiempo a sus comentarios
- Demostrar una conducta que muestre preocupación; tales como atención, contacto visual, lenguaje corporal, etc.
- No interrumpir al paciente.

Proveer información de acuerdo al nivel de lectura, audición y pensamiento (intelectual) del paciente; el paciente normal lee a un nivel de sexto y séptimo grado; para asegurar que el paciente está entendiendo se debe hacer lo siguiente:

- Cuando hable, usar frases o términos que pueda entender
- Usar recursos alternativos de información como audiocassettes o programas de video.

- Observar conducta del paciente que demuestren comprensión ó entendimiento; periódicamente pregunte cuestiones acerca de mensajes claves.

El paciente debe ser informado con datos que sean utilizables en su casa; el paciente puede olvidar lo que se dijo en el consultorio; la apropiada literatura (o por otro medio), puede aportar lo siguiente:

- Reforzar mensajes importantes
- Responder a preguntas que pueden surgir
- Ayuda a refrescar la memoria del paciente ⁽²⁴⁾

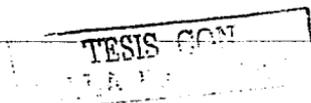
IV. TRABAJO DE INVESTIGACION

JUSTIFICACIÓN

En el manejo de cualquier problema médico, es fundamental que se establezca una adecuada interacción médico-paciente. La primera consulta es básica para que el paciente reciba la atención que cumpla con sus expectativas, así sea adherente a las indicaciones del médico, se observe un verdadero impacto en el problema de salud y se pueda efectuar un seguimiento de esta interacción. Para el médico y el sistema de salud de que se trate es primordial que el paciente regrese a las citas de seguimiento establecidas, pues solo de esa manera se podrá medir la calidad de la atención prestada. Por lo anterior es importante conocer y entender aquellos factores positivos y negativos que pueden influir en la no adherencia.

Se han realizado varios estudios a nivel internacional donde se demuestran los diferentes factores que contribuyen a la no adherencia del paciente, donde el paciente explica que la razón por la no adherencia es debida en primer lugar por no tener el tiempo necesario para las citas siguientes, otros reportaron la mejoría del acné y por lo tanto no regresaron, algunos refieren motivos económicos. También como factor se encuentra la no mejoría y por lo tanto consideran no es necesario regresar, y muchos refirieron olvido de las citas, algunos explican querer esperar mejoría sin el tratamiento.

Al no tener estudios en México que nos brinden información sobre aspectos tales como la frecuencia de la no adherencia al seguimiento de las citas y algunos factores de riesgos asociados a este fenómeno, realizamos el presente trabajo.



V. OBJETIVOS

Conocer la frecuencia de seguimiento posterior a la primera cita en pacientes con acné del Servicio de Dermatología del Hospital General de México y de factores asociados a la no adherencia al seguimiento.

DISEÑO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de tipo encuesta.

VI. MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron todos los expedientes con diagnóstico de acné, de pacientes que acudieron a consulta externa del Servicio de Dermatología del Hospital General de México en el año 2002

Variables

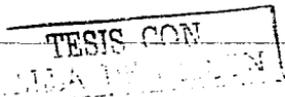
1. Edad en años
2. Género: Masculino o Femenino
3. Ocupación
4. Número de consultas recibidas
5. Médico tratante
6. Severidad (Leve, Moderado, Severo)
7. Tipo de terapia establecida. (Tópica, Sistémica, Combinada)

METODOLOGÍA

Se procedió a la revisión de todos los expedientes de consulta de primera vez y se seleccionaron aquellos con diagnóstico de acné.

De todos los expedientes seleccionados se tomaron las variables antes mencionadas, tales como edad, género, ocupación, fecha de primera consulta, médico tratante, severidad y manejo inicial.

Se realizó la graduación de severidad por medio de la clasificación de la Academia Americana de Dermatología, acné leve menos de 20 comedones, o menos de 15 lesiones inflamatorias, o el total de 30 lesiones, acné moderado 20-100



comedones, o 15-50 lesiones inflamatorias, o el total de lesiones 30-125, **acné severo** más de 5 lesiones de aspecto quístico, o un total de comedones mayor a 100, o el total de lesiones inflamatorias mayor de 50, o total de lesiones mayor de 125. Se capturaron las variables en una base de datos del programa Excell.

ANALISIS ESTADISTICO

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

VII. RESULTADOS

Muestra:

Se identificaron 594 (7.37%) expedientes de pacientes con diagnóstico de acné, dentro de los 8,059 expedientes de primera vez vistos durante el año 2002.

Género:

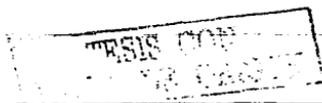
Se incluyeron en el estudio 594 expedientes de pacientes, de los cuales 341 (57%) fueron mujeres y 253 (43%) fueron hombres, teniendo una proporción de 1.3:1 mujer: hombre. (Gráfica 1)

Edad:

La edad promedio en el grupo en general fue de 20.1 (DE 4.23) años y con un rango de 11-39 años, y en el grupo de mujeres la edad promedio fue de 20.9 (DE 4.45) años, con un rango de edad de 12-38 años y en el grupo de hombres, edad promedio de 19 (DE 3.63) años, con un rango de edad de 11-39 años.

Severidad:

Fueron 252 (42.4%) pacientes con acné leve, 311 (52.3%) con acné moderado y 31 (5.2%) con acné severo. En los grupos de acné leve la proporción mujer:hombre fue de 1.8:1, en el grupo de acné moderado la proporción mujer:hombre fue de 1.1:1 y en el acné severo encontramos una proporción de hombre:mujer 1.5:1. (Gráfica 2)



Número de Consultas y frecuencia de adherencia al seguimiento.

Los pacientes con una sola consulta se agruparon como el **Grupo I, no adherentes al seguimiento**. El **Grupo II, adherentes**, aquellos con dos o más consultas.

El Grupo no adherente fue de 282 (47.5%) y el Grupo adherente de 312 (52.5%) (**Gráfica 3**)

Frecuencia de no adherencia al seguimiento por género.

En cuanto al género en las mujeres se observó una frecuencia de no adherencia de 49.9% (170), y en los hombres, de 44.3% (112). La adherencia por género fue de un 50.1% (171) en mujeres y de 55.7% (141) en hombres.

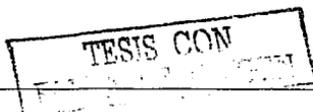
(**Tabla 1.y Gráfica 4**).

TABLA 1

FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO POR GÉNERO DEL PACIENTE.

Género	No adherente		Adherente		Total
	pacientes	%	pacientes	%	
Hombres	112	44.3	141	55.7	253
Mujeres	170	49.9	171	50.1	341
Total	282		312		594

Fuente: HGM 2002



Frecuencia de no adherencia al seguimiento por grupo de edad

Los casos se dividieron en rangos de edad. La frecuencia de no adherentes en el rango de edad de 10-15 años fue del 40.3% (29), en el de 16-20 años, 50.2% (141), en el de 21-25 años, 44.4% (76), en el de 26-30 años, 50.0% (30), en el de 31-35 años, 42.9% (3), y en el de 36-40 años, 100% (3).

Tabla 2.

**TABLA 2
FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO POR GRUPOS DE EDAD.**

Edades	No adherente		Adherente		Total
	Pacientes	%	Pacientes	%	
11-15	29	40.3	43	59.7	72
16-20	141	50.2	140	49.8	281
21-25	76	44.4	95	55.6	171
26-30	30	50.0	30	50.0	60
31-35	3	42.9	4	57.1	7
36-40	3	100.0	0	100.0	3
	282		312		594

Fuente: HGM 2002

TESIS CON
FECHA DE ORIGEN

Frecuencia de no adherencia por ocupación

En la ocupación se seleccionaron las actividades que con mayor frecuencia se presentaron en ambos grupos de estudio, en el grupo no adherente los estudiantes fueron 185 pacientes (47.3%), hogar 25 pacientes (40.3%), comerciantes 7 pacientes (53.8%), desempleado 3 pacientes (42.9%), secretaria 7 (77.8%), empleado 29 pacientes (47.5%) y otros 26 pacientes (51.0%). Grupo adherente los estudiantes fueron 206 pacientes (52.7%), hogar 37 pacientes (59.7%), comerciante 6 pacientes (46.2%), desempleado 4 pacientes (57.1%), secretaria 2 pacientes (22.2%), empleado 32 pacientes (52.5%) y otros 25 pacientes (49.0%). **Tabla 3**

TABLA 3

FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO POR OCUPACION

Ocupación	No adherente		Adherente		Total
	Pacientes	%	Pacientes	%	
Estudiante	185	47.3	206	52.7	391
Hogar	25	40.3	37	59.7	62
Comerciante	7	53.8	6	46.2	13
Desempleado	3	42.9	4	57.1	7
Secretaria	7	77.8	2	22.2	9
Empleado	29	47.5	32	52.5	61
Otros	26	51.0	25	49.0	51
	282		312		594

Fuente: HGM 2002

TESIS CON
DE ORIGEN

Frecuencia de no adherencia al seguimiento por severidad del acné. Encontramos que la frecuencia de no adherencia al seguimiento en el grupo de pacientes que presentaban un acné leve fue de 55.2% (139), en los de acné moderado, 42.1% (131), y en los de acné severo, 38.7% (12). Los datos se muestran en la **Tabla 4** y **Gráfica 5**.

TABLA 4
FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO POR SEVERIDAD DEL ACNÉ.

Grupos	No adherente N=282		Adherente N=312		Total
	Pacientes	%	Pacientes	%	
Leve	139	55.2	113	44.8	252
Moderado	131	42.1	180	57.9	311
Severo	12	38.7	19	61.3	31
Total	282		312		594

Fuente: HGM 2002

Frecuencia de no adherencia por médico tratante.

En cuanto a los médicos tratantes, éstos fueron analizados en forma individual y separados por género. En el grupo de las médicas (8), la frecuencia de no adherencia en la médico 1 fue de 63.1%, de la médico 2, 45.2%, de la médico 3, 35.7%, de la médico 4, 34.2%, de la médico 5, 44.1%, de la médico 6, 20.7%, de la médico 7, 47.4% y de la médico 8, 30.0%. Siendo el promedio de no adherencia para el grupo de doctoras de 40.0%. Por otro lado, en los médicos (6) la frecuencia de no adherencia fue de 46.3% en el médico 1, de 42.3% en el médico 2, 62.5% en el médico 3, 50.0% en el médico 4, 71.8% en el médico 5 y de 21.4% en el médico 6. El promedio de no adherencia para el grupo de médicos varones fue de 49.0%. **Tablas 5 y 6. Gráfica 6.**

TABLAS 5 y 6

FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO POR MÉDICO TRATANTE Y GÉNERO DEL MÉDICO.

MÉDICAS	No adherente		Adherente		Total
	No.	%	No.	%	
1	53	63.1	31	36.9	84
2	28	45.2	34	54.8	62
3	20	35.7	36	64.3	56
4	13	34.2	25	65.8	38
5	15	44.1	19	55.9	34
6	6	20.7	23	79.3	29
7	9	47.4	10	52.6	19
8	3	30.0	7	70.0	10
Total	147		185		332
Promedio		40.0		60	
D. estándar		12.9		12.9	
Mediana		39.9		60.1	

Fuente: HGM 2002

TESIS CON
SELLA DE ORIGEN

MÉDICOS	No adherente		Adherente		Total
	No.	%	No.	%	
1	31	46.3	36	53.7	67
2	22	42.3	30	57.7	52
3	30	62.5	18	37.5	48
4	21	50.0	21	50.0	42
5	28	71.8	11	28.2	39
6	3	21.4	11	78.6	14
Total	135		127		262
Promedio		49.0		51.0	
D estándar		17.4		17.4	
Mediana		48.1		51.9	

Fuente: HGM 2002

TESIS CON
 LA TESIS

Frecuencia de no adherencia por años de práctica Dermatológica.

Se agruparon los médicos por tiempo en la práctica dermatológica que tenían, independiente del género. En el grupo con menos de 10 años de práctica (6) el promedio de no adherencia fue de 37.6 % y de adherencia de 62.4%. En el grupo con 10 a 20 años el promedio de no adherencia fue de 56.4% y de adherencia, 43.6%. Por último en el grupo con más de 20 años de práctica, la frecuencia de no adherencia fue de 43.7% y de adherencia de 56.3%.

(Tablas 7, 8, 9) (Gráfica 7)

FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO POR AÑOS DE PRÁCTICA DERMATOLÓGICA

TABLA 7

MENOR DE 10 AÑOS

Práctica Dermatológica	No adherente		Adherente		Total
	Pacientes	%	Pacientes	%	
<10	20	35.7	36	64.3	56
<10	13	34.2	25	65.8	38
<10	15	44.1	19	55.9	34
<10	6	20.7	23	79.3	29
<10	3	30.0	7	70.0	10
<10	31	46.3	36	53.7	67
Promedio		35.2		64.8	
D. estándar		9.4		9.4	
Mediana		35.0		65.0	

Fuente: HGM 2002

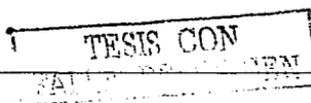


TABLA 8
PRÁCTICA DERMATOLÓGICA ENTRE 10 Y 20 AÑOS

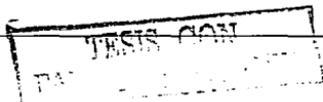
Práctica Dermatológica	No adherente		Adherente		Total
	Pacientes	%	Pacientes	%	
10 -20	53	63.1	31	36.9	84
10 -20	28	45.2	34	54.8	62
10 -20	30	62.5	18	37.5	48
10 -20	21	50.0	21	50.0	42
10 -20	28	71.8	11	28.2	39
10 -20	3	21.4	11	78.6	14
Promedio		52.3		47.7	
D. estándar		17.9		17.9	
Mediana		56.3		43.8	

Fuente: HGM 2002

TABLA 9
PRÁCTICA DERMATOLÓGICA MAYOR DE 20 AÑOS

Práctica Dermatológica	No adherente		Adherente		Total
	Pacientes	%	Pacientes	%	
>20	9	47.4	10	52.6	19
>20	22	42.3	30	57.7	52
Promedio		44.8		55.2	
D. estándar		3.6		3.6	
Mediana		44.8		55.2	

Fuente: HGM 2002



Tratamientos por grupos

En cuanto al tratamiento indicado en la primera consulta, se compararon ambos grupos, de acuerdo al tipo de tratamiento indicado, agrupándose los tratamientos en tópico, tópico-sistémico y sistémico. En el grupo que solo recibió tratamiento tópico la frecuencia de no adherencia al seguimiento fue de 146 casos (57.9%), en los del grupo tópico-sistémico, fue de 121 casos (38.4%), y en los de tratamiento sistémico, de 15 casos (55.6%). La frecuencia de adherencia, por tanto fue en los que recibieron tratamiento tópico de 42.1%, en los que recibieron tratamiento tópico-sistémico de 61.6%, y en los que recibieron prescripción de tratamiento sistémico, de 44.4%. (Tabla 10 y Gráfica 8)

TABLA 10

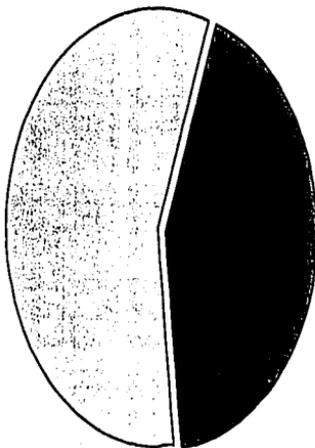
FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO POR TIPO DE TRATAMIENTO PRESCRITO

Tratamiento	No adherente		Adherente		Total
	Pacientes	%	Pacientes	%	
Tópico	146	57.9	106	42.1	252
Tópico-sistémico	121	38.4	194	61.6	315
Sistémico	15	55.6	12	44.4	27
	282		312		594

Fuente: HGM 2002

GRAFICA 1
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO
N=594

Mujeres
57%

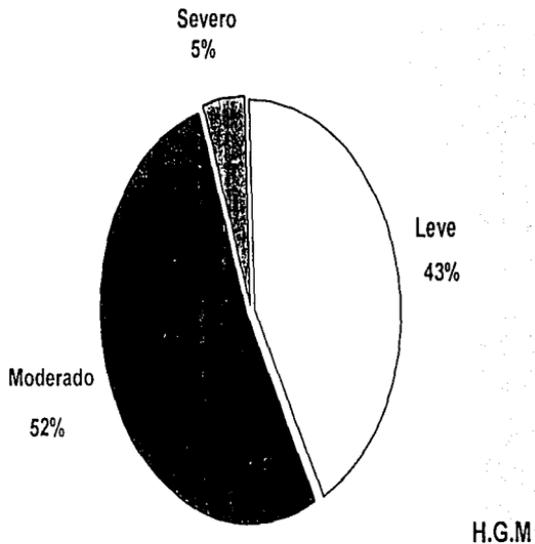


Hombres
43%

H.G.M

TESIS CON
FALTA

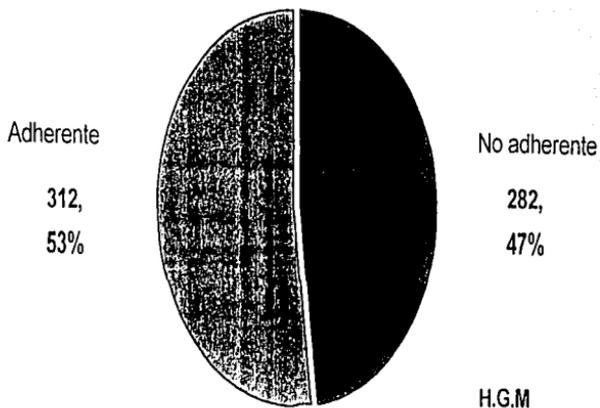
GRAFICA 2
FRECUENCIA DE SEVERIDAD DEL ACNE
N=594



DA
TESIS COM

GRAFICA 3
NÚMERO DE CONSULTAS Y FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA

N=594

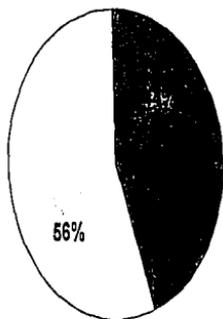


H.G.M

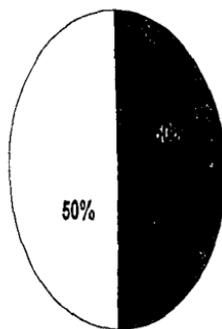
TESIS CON
FALTA DE ADHERENCIA

GRAFICA 4
FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO POR GÉNERO

Hombres



Mujeres



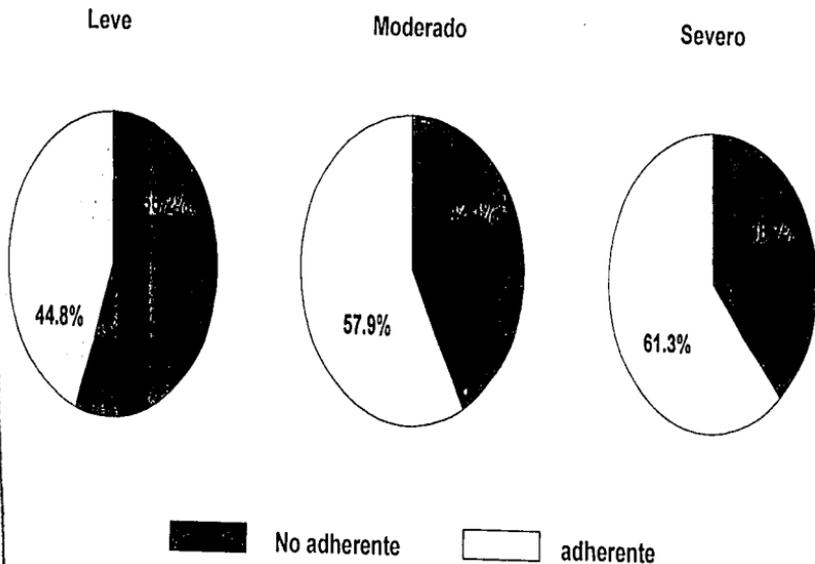
No adherente



adherente

H.G.M

GRAFICA 5
FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA POR SEVERIDAD DEL ACNÉ

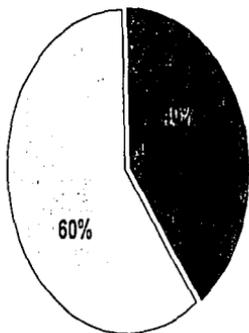


H.G.M

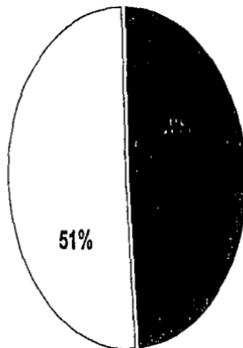
GRAFICA 6

FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO POR MÉDICO TRATANTE Y GÉNERO DEL MÉDICO

MÉDICAS



MÉDICOS



No adherente



adherente

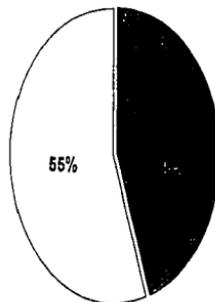
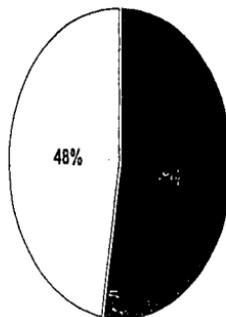
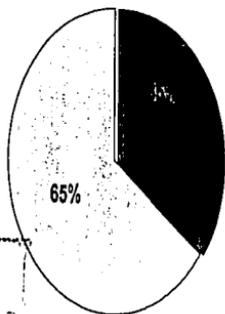
H.G.M

GRAFICA 7
FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA POR AÑOS DE PRÁCTICA DERMATOLÓGICA

MENORES DE 10 AÑOS

DE 10 A 20 AÑOS

MAYORES DE 20 AÑOS



No adherente

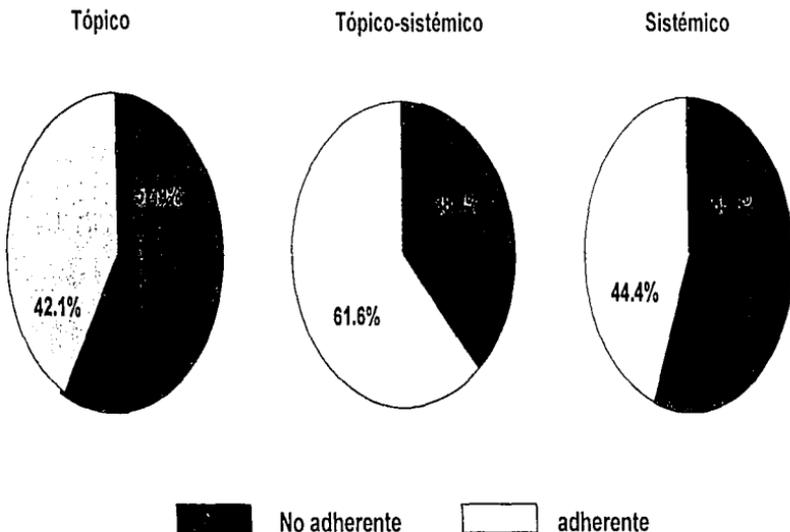


adherente

H.G.M

GRAFICA 8

FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA POR TIPO DE TRATAMIENTO PRESCRITO



TESIS CON
DADA EN
ESTA TESIS NO
DE LA BIBLIOTECA

H.G.M

IX DISCUSION

Las consultas por acné representan un 7.37% del total de consultas de primera vez. En el anuario estadístico de la Subdirección de Planeación del Hospital General de México, en el año 2002 se reportan 4.151 consultas por acné, siendo este el primer lugar de motivo de consulta seguido por las dermatitis y las micosis superficiales. Esto resalta la importancia de analizar algunos aspectos relativos a esta consulta.

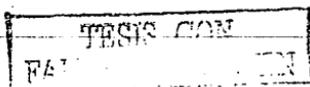
En nuestro estudio encontramos que en cuanto al género fueron más las mujeres con un 57.4% (341) en comparación con los hombres 42.6% (253) que consultaron por acné. La no adherencia (solo consulta inicial) fue importante en el grupo, 47.5%. La no adherencia al seguimiento, fue mayor en las mujeres 49.9% (170) mientras que en los hombres fue de un 44.3% (112). En estudios que han sido reportados la diferencia entre la frecuencia de no adherencia entre los géneros, no ha sido significativa.

En cuanto a la edad, el rango de edad de 16-20 años y el de 36-40 años resultaron ser los menos adherentes. Esto es similar con lo que se reporta en la literatura donde se expresa que en la mayoría de estudios a nivel mundial los grupos menos adherentes son los adolescentes y los adultos jóvenes. Por el contrario el grupo que resultó con más adherencia al seguimiento de las citas fue el rango de edad de 21-25 años.

En cuanto a la ocupación las secretarías resultó el grupo con mayor porcentaje de no adherencia al seguimiento a las citas (77.8%).

En lo que respecta a la severidad del acné, el paciente con acné leve resultó ser el que mayor no adherencia presentó con un 55.2%. La mejor adherencia al seguimiento se observó en el paciente con acné severo (61.3%).

En nuestro estudio fue valorada la no adherencia por médico tratante y género del médico, encontrando que en el grupo de médicas la no adherencia fue en promedio de 40%, con una adherencia de un 60%, por el contrario los médicos presentaron una no adherencia de 49%, con una adherencia de 51%. Factor muy importante para la adherencia que el médico mantenga una relación de confianza con el paciente y que se le dé explicación en un lenguaje coloquial a nuestros

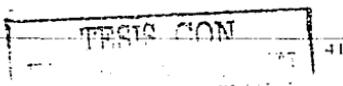


pacientes con acné, dejar que el paciente exprese las dudas que tiene con respecto a la medicación prescrita, además de proporcionarles, rutinas de limpieza facial y el uso apropiado de los cosméticos, con la adecuada explicación de lo importante que es el seguimiento del manejo, para obtener mejores resultados y así poder llenar las expectativas creadas por el paciente

De acuerdo a los años de práctica dermatológica de nuestros médicos sin importar el género del médico, los que tenían una práctica dermatológica menor a diez años obtuvieron un promedio de 35.2% de no adherencia, con un 64.8% de adherencia, siendo los médicos que mayor adherencia presentaron al seguimiento de la consulta por parte de los pacientes con acné. En cambio, en los médicos que su práctica dermatológica era entre 10 años a 20 años la no adherencia presentada en su promedio fue de 52.3%, en contra de un 47.7% de adherencia, y los médicos con una práctica dermatológica de más de 20 años presentaron una no adherencia 44.8%, en contra de un 55.2% de adherencia.

En el tratamiento la terapia tópica se encontró con 57.9% de no adherencia, la terapia tópica-sistémica con un 38.4% y la terapia sistémica 55.6%. Encontrándose una diferencia muy similar en los tratamientos tópicos, como sistémico, siendo unos de los factores más importantes para la no adherencia que el medicamento indicado no interfiera con los hábitos del paciente y con su estilo de vida.

En general podemos decir que la adherencia al seguimiento en los pacientes con acné no es adecuada pues casi la mitad de los pacientes no regresan cuando menos a una cita más de seguimiento. Esto hace que no se pueda evaluar el resultado de las indicaciones médicas y por ende la calidad de la atención cuyo componente más importante es la eficacia de la intervención médica. Hay factores tales como la edad, el género del paciente, la ocupación, la severidad del acné, el género del médico, los años de práctica dermatológica que parecen tener influencia en la adherencia al seguimiento. A futuro será de importancia medir en forma más directa e intencionada, en forma prospectiva estos factores entre otros, para poder planear intervenciones eficaces que mejoren la adherencia del



paciente. También a futuro será importante medir la adherencia al tratamiento de estos pacientes.

X CONCLUSIONES

- 1 En 594 casos de acné vistos durante el año 2002 se observó una no adherencia al seguimiento de 47.5% (282 casos)
- 2 En cuanto al género el menos adherente fue el femenino, con un 49.9%.
- 3 Los pacientes con acné en un rango de edad de 36-40 años fueron los que menos adherencia al seguimiento a las citas presentaron (100%)
- 4 La ocupación que menor adherencia tuvo a sus citas de seguimiento, fueron las secretarías (77.8%)
- 5 En los grupos de severidad del acné los de grado de severidad leve resultaron los de mayor no adherencia (55.2%)
- 6 De acuerdo al género de los médicos tratantes, el grupo de los médicos varones resultaron con una mayor no adherencia al seguimiento en las citas de sus pacientes 49%
- 7 En cuanto al tiempo de práctica dermatológica los médicos que tenían una práctica entre 10-20 años resultaron el grupo con un mayor porcentaje de no adherencia (52.3%)
- 8 En las modalidades de tratamiento indicadas, el tratamiento tópico (57.9%) resultó ser el que presentó una menor adherencia al seguimiento a las citas.
- 9 El dermatólogo debe de tomar en cuenta todos los factores que llevan al paciente a la no adherencia, para establecer medidas preventivas y así poder brindar una mejor calidad de atención

XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Saúl A. Lecciones de dermatología 14ª edición, Méndez editores. 2001, México D. F. p: 515-531.
2. Berger O J. Andrews' Disease of the skin, ninth edition, Chapter 13; pag.284-298
3. Cunliffe W, Gould D. Prevalence of facial acne in late adolescence and adults Br Med J 1979;1:1109-1110.
4. Leyden J. New Understanding of the pathogenesis of acne. J Am Acad Dermatol 1995. 32:S15-25
5. Kaminer M. The many faces of acne. J Am Acad Dermatol 1995. 32:S6-14.
6. Strauss JS, Thibout DM. Diseases of the Sebaceous Glands. In: Dermatology in General Medicine, Edited by Fitzpatrick TB, Fifth edition, McGraw-Hill. 1999. New York Pp 969-780
7. Doshi a, Zaheer A, Stiller M. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. Int J Dermatol 1997;36:416-418.
8. Thiboutot D. Acne. 1991-2001. J Am Dermatol 2002; 47:109-17
9. Cunliffe W. Current Concepts in the Treatment of Acne Vulgaris. Eur Acad of Dermatology 2000.
10. Gollnick H. Management of acne: A Report From a Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. J Am Acad Dermatol 2003;49:S1-38.
11. Lehmann H. Acne therapy: A methodologic review. J Am Acad Dermatol 2002;47 231-40.
12. Gómez M, Vidaurri LM. Primer Consenso Mexicano para el Manejo del Acné, Dermatología Rev Mex, Volumen 47, Núm. 2, marzo-abril, 2003. Pag. 98-107.

Adherencia en pacientes con acné

- 13 Katsambas AD Why and when the treatment of acne fails. What to do
Dermatology 1998;196(1):158-61
- 14 Jerry K. Beliefs and perceptions of patients with acne. J Am Acad Dermatol
2001;44:439-45
- 15 Witkowski JA Compliance: The Dermatologic Patient. Int J Dermatol
1988;27:608-611
16. McEvory B Factors related to patient compliance in the treatment of acne
vulgaris. Int J Dermatol 2003; 42: 274-280.
- 17 Irwin CE Appointment-Keeping behavior in adolescents. The J Pediatrics
1981;99 pp199-802
- 18 Penneys NS The incidence of cancellation and nonattendance at a
dermatology clinic. J Am Acad Dermatol 1999;40:714-8.
- 19 Richards HL Patients with psoriasis and their compliance with medication. J
Am Acad Dermatol 1999;41:581-3
- 20 Zaghoul SS Compliance in acne is highly correlated to psychological well-
being and self presentation. B J Dermatol 2002;147:S62.
- 21 Koehler AM Electronic monitoring in medication adherence measurement.
Implications for dermatology. Am J Clin Dermatol 2001;2(1):7-12.
22. Lorraine HF. Determinants of Adolescents' Satisfaction With Health Care
Providers and Intentions to Keep Follow-Up Appointments.
23. Koo J. How Do You Foster Medication Adherence for Better Acne Vulgaris
Management? SKINmed 2003;2(4):229-233.
24. Draelos ZK Patient compliance: Enhancing clinician abilities and strategies.
J Am Acad Dermatol 1995;32:S42-8.

