

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Facultad de Ciencias Médicas

UNAN-LEÓN



Informe final de investigación para optar al título de
“Doctor en Medicina y Cirugía”

TEMA: Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con LES en la fundación FLESNIC León, Nicaragua. Periodo 2018.

Autores:

Br. Jonathan Betancourth Velásquez.

Br. Lázaro Ricardo Zepeda Cerda.

Tutor:

Dr: William Ugarte, PhD.

Departamento de Salud Pública. UNAN-León.

Fecha: Marzo 2018.

A la libertad por la universidad

Dedicatoria

Este trabajo lo dedicamos a nuestros padres principalmente, ya que fueron el foco de ánimos y mano de apoyo en el camino de la carrera. A los maestros que encontramos en el camino que moldearon nuestro carácter y juicio clínico que nos dieron esa chispa mística de la ciencia con conciencia que estará siempre en nuestra mente.

Agradecimiento.

En el desarrollo y culminación de este estudio participaron pacientes quienes directamente aportaron su tiempo y nos brindaron la confianza requerida para llevar a cabo este estudio. A nuestros padres que nos apoyaron en todo momento en lo que hiciera falta. A nuestro tutor que nos dio su tiempo, paciencia y conocimientos para con este trabajo.

Resumen.

Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con LES en la fundación FLESNIC León, Nicaragua. Periodo 2018.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la fundación FLESNIC en pacientes con lupus eritematoso sistémico de la ciudad de León, con la finalidad de conocer la adherencia y los principales factores asociados al tratamiento farmacológico durante el periodo 2018.

El estudio fue realizado a un total de 94 pacientes afiliados a la fundación con diagnóstico de lupus eritematosos sistémico (LES) y discoides los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Tener un mínimo de 3 meses de afiliación. Aceptación del paciente de participar en el estudio. Ser procedente del municipio de León atendidos en la fundación, las edades están comprendida entre 15-75 años de edad. La información fue recolectada por medio de fichas y analizada en el programa estadístico SPSS 25.0.

El LES es el tipo que más prevalece con un 82%. La adherencia al tratamiento se obtuvo aplicando el test de Morinsky Green. De los 94 pacientes 45 (47.9%) son adherente, 81 son mujeres, de ellas 36 (44.4%) son adherentes y de los 13 casos de sexo masculino 9(69.2%) adherentes.

Algunos factores desfavorables para la adherencia se encontraron que, la mala relación médico paciente y no establecer alguna técnica para tomar el medicamento de forma oportuna son variables que están asociadas a la no adherencia.

La variable sobre si el familiar esta conscientes sobre la enfermedad del paciente, se encontró que 53 pacientes manifestaron que todos los miembros del núcleo familiar son conscientes sobre su enfermedad de los cuales el (58.5%) son adherentes, los pacientes que contestaron alguno o ninguno se evidencio que más del 60 por ciento son no adherentes.

De los 30 pacientes que contestaron que algunas veces reciben asistencias de su familiar el 73.2% son no adherente, y de los 9 pacientes que refirieron que nunca

reciben asistencia familiar el 88% es no adherente. Los 52 pacientes que siempre reciben fortalecimiento en su estado de ánimo por parte de la familia se constataron que el 65% son adherente. En relación a esta variable se determinó que existe asociación estadísticamente significativa.

La percepción sobre calidad de vida del paciente ante su condición, juega un papel importante en la adherencia. Los pacientes que se les pregunto. ¿Cómo Valora la calidad de vida? manifiesta que una mayor proporción de paciente valora de forma negativa su calidad de vida y son no adherente. La variable donde se le pregunta al paciente si ha manifestado síntomas depresivos 74 pacientes si lo manifestaron de ellos el 51% es no adherente.

Los 17 pacientes que no confían en el esquema de tratamiento el 94% son no adherente.

Los pacientes que toman más de 4 medicamentos al día son menos adherentes y de los 94 pacientes que manifestaron reacciones adversas 48 (74%) pacientes son no adherentes. Estas variables expresan asociación estadística.

Índice

I Introducción.....	1
II Antecedentes.....	3
III Justificación.....	5
IV Planteamiento del problema.....	6
V Objetivos.....	7
VI Marco teórico.....	8
Definición de lupus eritematoso sistémico.....	8
Manifestaciones clínicas de lupus eritematoso sistémico.....	8
Epidemiología.....	9
Pronóstico y supervivencia de los pacientes.....	10
Tipos de Lupus.....	10
Métodos diagnósticos.....	13
Tratamiento.....	13
Adherencia al tratamiento de lupus eritematoso sistémico.....	16
<i>Elementos que favorecen el cumplimiento del tratamiento</i>	24
VII Diseño metodológico.....	25
VIII Resultados.....	33
IX Discusión de resultados.....	41
X Conclusiones.....	45
XI Recomendaciones.....	47
XII Referencias Bibliográficas.....	48
XIII ANEXO.....	52

I Introducción.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica de naturaleza autoinmune, de etiología desconocida, donde existe daño celular y tisular por autoanticuerpos y que cursa con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, afectando principalmente a mujeres en edad fértil, aunque también se puede presentar en la infancia, en décadas tardías y en hombres. ^(1,2) Es multisistémica, aunque al principio pueda afectar sólo un órgano siguiendo una evolución crónica pudiendo cursar con brotes o exacerbaciones de la enfermedad, intercalados con períodos de inactividad. ^(1,2)

Cursa con la alternancia de períodos de actividad clínica y períodos de remisión, por esta razón, los pacientes con LES suelen requerir tratamiento médico de forma habitual. ⁽²⁾ No obstante, el incumplimiento terapéutico en estos pacientes supone un importante problema asistencial. ⁽²⁾ Algunos estudios han puesto de manifiesto numerosas consecuencias negativas asociadas a la falta de adherencia al tratamiento, como una peor evolución clínica (mayor riesgo de recaídas, hospitalizaciones y mortalidad), una peor calidad de vida general, crecimiento del coste sanitario, mayor insatisfacción en el paciente y en el personal de salud. ^(1,2)

Todo esto conlleva a la importancia de plantearse una adherencia adecuada al tratamiento, definiéndose como el grado en el que el comportamiento de un paciente (toma de medicación, seguimiento de un programa de intervención, modificación de un estilo de vida o la adhesión a recomendaciones de tratamiento) coincide con el consejo médico o del personal sanitario. ⁽²⁾

La falta de adherencia al tratamiento suele presentarse durante el curso clínico de casi todas las enfermedades crónicas y tiende a empeorar si el tratamiento es prolongado. ⁽²⁾ La tasa de incumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con LES puede oscilar entre el 3 y el 76%, en función de los métodos de evaluación utilizados. ⁽²⁾

Hasta la fecha el LES tiene un carácter crónico. ⁽³⁾ Sin embargo, gracias a un número de medicamentos efectivos que incluye analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos

(AINE), antipalúdicos como la hidroxiclороquina (HCQ), corticoides, inmunosupresores y tratamientos biológicos, se puede alcanzar un control sintomático de la enfermedad con el objetivo de minimizar el daño crónico irreversible, mejorar la supervivencia y la calidad de vida, pero esto no será posible si no existe una adherencia. (3)

Algunos estudios sugieren que la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con LES se ha asociado a diferentes factores, como las características sociodemográficas, personales, del tratamiento, o del personal sanitario. (3) En primer lugar, como factores sociodemográficos se han identificado la edad, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, la etnia, las creencias o la motivación del paciente. (3)

Por otra parte, se han reconocido factores clínicos relacionados con el tratamiento farmacológico, como la dosificación, la vía de administración, duración, los efectos adversos y la complejidad de la administración del tratamiento. (2,3) Además de factores asociados a los servicios de salud, como la continuidad en la atención sanitaria, la programación de citas y la posibilidad de supervisión de la adherencia al tratamiento. (3) Por ello, este conocimiento contribuiría y facilitaría una adecuada intervención sobre el incumplimiento terapéutico. (3)

Entre más efectiva sea la adherencia al tratamiento mejor será el pronóstico y calidad de vida como ocurre en casi todas las enfermedades crónicas, sin embargo, existen limitantes, factores que hacen casi imposible una óptima adherencia al tratamiento. (3) Como se mencionó anteriormente, por tales razones se pretende demostrar los diferentes aspectos del paciente, el nivel de mejoría, el nuevo alcance que supondría el pronóstico y supervivencia de vida que se demostraría en estudios futuros sirviendo como piedra angular para intervenciones más oportunas según convengan. (3)

II Antecedentes.

El lupus eritematoso sistémico (LES), también denominado lupus, es un trastorno auto inmunitario donde el sistema inmunológico ataca de manera incorrecta los tejidos y los órganos propios del cuerpo, lo que provoca inflamación y daño. Afecta comúnmente a mujeres, es de causa desconocida y puede afectar casi todos los órganos del cuerpo. (4)

En España se realizó un estudio sobre la adherencia al tratamiento de LES elaborado por, Prados Moreno S, Sabio Mario, en junio del año 2017, publicaron un estudio de la influencia de las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con LES. (5)

Evaluaron 72 pacientes (edad media: $36,7 \pm 12,2$ años). El 63,9% no tuvieron adherencia. Un bajo nivel educativo, estar desempleada, vivir en pareja y el consumo de alcohol se asociaron a una baja adhesión al tratamiento. Se encontraron diferencias entre el grupo adherente y el no adherente en las subescalas psicopatológicas de somatización, obsesión-compulsión e índices psicopatológicos generales, así como en el estrés percibido, obteniendo puntuaciones más altas las pacientes adherentes. (5)

El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), padecer de: Artrosis y mayor alteración psicopatológica fueron predictores significativos de la adherencia al tratamiento, explicando entre el 35 y el 47% de la variabilidad de esta. (6)

Se concluyó que la falta de adherencia al tratamiento de las pacientes con LES fue alta y parece estar influida por factores clínicos y psicopatológicos. (7)

En países americanos no se encontró registro de estudio relacionado con la adherencia al tratamiento en paciente con LES. (7)

En la ciudad de León se realizó un estudio sobre Adherencia terapéutica al tratamiento en los pacientes con lupus eritematoso sistémico en la fundación (FLESNIC) en el año 2016. (7)

Donde estudiaron la adherencia a 41 pacientes de ellos el 75% son de zona urbana, la edad que predominó fue entre de 24-28 años con un 17%. Con una adherencia del 43 por ciento demostrado con la aplicación del de Test de Hermes modificado. (6,7)

La conclusión que se llegó en ese estudio fue que los principales factores que influyeron en relación a la no adherencia terapéutica son el olvido y el aburrimiento que representa el (17%), un 78% del paciente estaban desmotivados para tomar del medicamento. Un 26% no dejaban de tomar el medicamento. En el estudio no se incluyeron más factores determinantes de relevancia ni se realizó análisis cruzados con la adherencia. (6,7)

III Justificación.

La organización mundial de la salud (OMS) define adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito. La falta de adherencia se ha situado como un problema de salud pública y esta organización subraya que las intervenciones para eliminar las barreras de la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población. (8)

La falta de adherencia es responsable de entre el 5 y 10% de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas y 125.000 fallecimientos anuales en los Estados Unidos. De hecho, la falta de adherencia se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, en un incremento de la morbi-mortalidad, disminución de la calidad de vida y en la necesidad de administrar otros tratamientos. (9). En los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50%, siendo menor en los países en vías de desarrollo. (8)

En la función FLESNIC se realizó un estudio relacionados a la adherencia al tratamiento en paciente que cursan con LES, determinaron características sociodemográficas y algunos factores que afectan la adherencia, no se encontró una relación directa y significativa de los factores y la adherencia porque solo se reportó frecuencia de algunos que afectan la adherencia por tanto los hallazgos no fueron concluyentes.

Es por ello que aún se desconoce los principales factores por los cuales los pacientes no cumplen de forma oportuna con el tratamiento y analizarlos conllevaría a un mejor seguimiento.

Se pretende que con este estudio se puedan implementar estrategias oportunas que beneficien al paciente en el cumplimiento del tratamiento. Así mismo a la fundación le permitirá cumplir con uno de sus objetivos que consiste en mejorar el estado salud y calidad de vida de sus pacientes.

IV Planteamiento del problema.

Los estudios sobre adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas se han situado como un problema de salud pública a nivel global, por las implicancias clínica que genera al paciente que compromete directamente su condición (10). Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) cursa con la alternancia de períodos de actividad clínica y períodos de remisión. Por esta razón los pacientes reciben tratamiento médico crónico. Algunos estudios han determinado algunas circunstancias negativas asociadas a una baja adherencia al tratamiento y como consecuencia recaídas, hospitalizaciones y mortalidad (7-10). En vista de esta situación se plantea la siguiente interrogante.

¿Cuáles son los principales factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con LES en la fundación FLESNIC en la ciudad de León en el periodo 2018?

V Objetivos.

General.

- ❖ Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con LES de la fundación FLESNIC.

Específicos:

- ❖ Caracterizar aspectos sociodemográficos de los pacientes con LES de la fundación FLESNIC.
- ❖ Determinar el nivel de adherencia al cumplimiento del tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con LES de la fundación FLESNIC
- ❖ Identificar los principales factores que condicionan la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con LES de la fundación FLESNIC.

VI Marco teórico.

Definición de lupus eritematoso sistémico.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica poseedora de una gran variedad de presentaciones clínicas. Se han descrito enfermedades monogénicas que predisponen la aparición de LES. Como ejemplos los defectos en los genes reguladores de la expresión de interferón alfa o a nivel del complemento, que presentan comportamientos clínicos particulares. Estos defectos presentan una severidad distinta, por lo que se puede argumentar que el lupus no es una sola enfermedad sino varias. El tratamiento se podría individualizar dependiendo del defecto subyacente que genere el subtipo de lupus. (10)

Dado que LES es una enfermedad multisistémica y multiorgánica se puede manifestar de múltiples maneras no siguiendo un patrón específico ni prodrómico. (10)

Manifestaciones clínicas de lupus eritematoso sistémico.

La mayoría de las manifestaciones clínicas están mediadas directa o indirectamente por la formación de auto anticuerpos e inmunocomplejos. Los anticuerpos dirigidos contra antígenos de la membrana celular son los responsables de las manifestaciones hematológicas del LES, al unirse a la superficie de los glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas. Este mecanismo de lesión también se ha descrito en la afectación neuronal y en las vasculitis. La formación de inmunocomplejos y su posterior depósito y desencadenamiento de respuesta autoinmune ha sido implicado principalmente en el origen de nefropatía, sobre todo los que contienen anti-ADN catiónicos y anticuerpos contra la región similar al colágeno de C1q1. (10,11)

El patrón de afectación más frecuente es una combinación de síntomas constitucionales, junto a la afectación cutánea, musculoesquelética, hematológica y serológica, con presencia de auto anticuerpos. Sin embargo, no es infrecuente que predomine la afectación de un órgano, en especial el riñón o el sistema nervioso central. Usualmente, el patrón que domina durante los primeros años de enfermedad es el que predomina a lo largo de la evolución. (11)

Síntomas generales: Los síntomas constitucionales, incluyendo la astenia, la fiebre y la pérdida de peso, están presentes en prácticamente todos los enfermos en algún momento de la evolución de la enfermedad. La astenia es el síntoma más frecuente, y no se correlaciona directamente con otros parámetros de actividad de la enfermedad. La fiebre merece una consideración especial, ya que puede ser debida al LES (hasta en el 50% de los pacientes), pero siempre se debe descartar la posibilidad de que sea de origen infeccioso o secundaria a fármacos. (11)

Esta enfermedad no tiene un cuadro clínico específico no obstante las más importantes consisten en erupciones cutáneas, artritis y glomerulonefritis, aunque también son frecuentes las anemias hemolíticas, la trombocitopenia y la afectación del SNC. (12)

En los pacientes con LES se encuentran muchos auto anticuerpos distintos y los más frecuentes son los antinucleares, principalmente anti ADN; otros se dirigen frente a ribonucleoproteínas, histona y antígenos nucleares, los inmunocomplejos formados por estos auto anticuerpos y sus correspondientes antígenos son los responsables de la glomerulonefritis, la artritis y la vasculitis que afectan a las arterias de pequeño calibre de todo el organismo, la anemia hemolítica y la trombocitopenia se deben a auto anticuerpos dirigidos respectivamente contra los eritrocitos y las plaquetas. (12)

Epidemiología.

El lupus eritematoso sistémico (LES) afecta sobre todo a las mujeres con una incidencia de 1 por 700 mujeres de 20-60 años (alrededor de uno por 250 en las mujeres negras). Con una relación mujeres, varones 10-1 (12)

La prevalencia del LES está influida por muchos factores, entre los cuales se incluyen el género, la raza y la herencia genética, casi 85% de los pacientes corresponde a mujeres. Al parecer, las hormonas sexuales participan de alguna manera, ya que la mayor parte de los casos se desarrolla después de la menarquía y antes de la menopausia. (12)

El predominio de las mujeres resulta menor entre los pacientes que desarrollan LES durante la infancia o después de los 50 años de edad. La raza también resulta un

determinante, ya que el LES se presenta en 1:1000 mujeres de raza blanca, pero en 1:250 mujeres de raza negra. (12)

Cuando la madre presenta LES, el riesgo que tienen sus hijas para desarrollar la enfermedad es de 1:40 y para su hijo de 1:250. En los miembros asintomáticos de la familia se acumulan las anomalías séricas (positividad a los anticuerpos antinucleares), y entre los parientes cercanos de los pacientes aumentan otras enfermedades reumáticas. (12)

Pronóstico y supervivencia de los pacientes.

La supervivencia en los pacientes con LES es de 90 a 95% a dos años, de 82 a 90% a cinco años, de 71 a 80% a 10 años y de 63 a 75% a 20 años. El pronóstico es más sombrío con una mortalidad cercana a 50% en 10 años. (13)

Asimismo, el pronóstico entre los estadounidenses de ascendencia africana es más favorable que los de raza blanca. Los pacientes que necesitan un trasplante renal tienen una frecuencia relativamente alta de rechazo (casi del doble que otros con nefropatía terminal), además que en un 10% de los riñones trasplantados aparece nefritis por lupus. Muchos pacientes con LES se encuentran incapacitados por insuficiencia renal crónica, fatiga, artritis y dolor. Hasta 25% experimentan remisiones, a veces por algunos años, pero rara vez son permanentes. (13)

Las causas principales de muerte durante la primera década de la enfermedad son la actividad diseminada del LES, la insuficiencia renal y las infecciones; más tarde los incidentes tromboembólicos constituyen causas de muerte cada vez más comunes. (13)

Tipos de Lupus.

Existen tres tipos de lupus: Discoide, sistémico y el secundario a medicamentos. (13)

El lupus discoide.

Siempre se limita a afectar la piel. Las lesiones se manifiestan en la cara y en zonas expuestas a la luz donde aparecen lesiones de placas enrojecidas, ronchas en la cara, cuello y cuero cabelludo. El diagnóstico de lupus discoide se corrobora con una biopsia

donde se observan cambios anormales que no existen en la piel sana o sin ronchas. (12,13)

Este tipo de lupus habitualmente no afecta los órganos internos del cuerpo y por este motivo el examen de los anticuerpos antinucleares (ANA) que se usa para diagnosticar la forma sistémica del lupus es negativa en estos pacientes. Sin embargo, en un gran número de personas con esta forma de lupus, los ANA son positivos, aunque a niveles o títulos bajos. (13)

Aproximadamente el 10% de los pacientes con lupus discoide pueden cambiar a la forma sistémica de la enfermedad, la cual afecta casi cualquier órgano del cuerpo. Esto no es posible predecir o prevenir. El tratamiento del lupus discoide no previene la progresión a la forma sistémica. Los pacientes que progresan a esta forma de la enfermedad, probablemente tenían lupus sistémico desde el principio, con las ronchas discoides como principal síntoma. (13)

El lupus eritematoso sistémico.

Es generalmente más severo que el lupus discoide y puede afectar casi cualquier órgano del cuerpo. En algunas personas, puede afectar solamente la piel y las articulaciones, en otras, afectan las articulaciones, pulmones, riñones y otros órganos o sistemas. Por lo general, no hay dos pacientes con lupus sistémico que tengan síntomas idénticos. En el lupus sistémico se pueden presentar periodos en donde pocos o ningún síntoma estén presentes (periodos de "remisión") o en donde la enfermedad esté activa. Con mayor frecuencia cuando la gente menciona la palabra "lupus" se refiere a la forma sistémica de la enfermedad. (11-13).

El lupus secundario a medicamentos.

Se presenta después de algún tiempo de tomar fármacos recetados para diferentes enfermedades no relacionadas a lupus. (13).

Los síntomas de este tipo de lupus son similares a aquellos de la forma sistémica. Los medicamentos relacionados más frecuentemente con este tipo de lupus son la

hidralazina y la procainamida que se usa para el tratamiento de las alteraciones del ritmo cardíaco. (14).

El lupus inducido por medicamentos es más común en los hombres, dado que este tipo de fármacos son prescritos más frecuentemente en pacientes del sexo masculino. Sin embargo, solamente el 4% de la gente que toma este tipo de medicinas desarrollará anticuerpos sugestivos de lupus, de éste 4%, solo un número extremadamente pequeño presentará este tipo de lupus. Los síntomas generalmente van disminuyendo cuando se suspenden estos medicamentos hasta desaparecer (15).

Criterios de clasificación.

Para clasificar a un paciente son necesarios 4 de los 11 criterios que se encuentran en el cuadro 1, aunque no se trata de criterios diagnósticos, más del 90% de los casos los cumplen al ser diagnosticados. (16).

Cuadro 1

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Criterio.	Definición.
1 Exantema malar.	Eritema fijo en área malar que respeta el surco nasogeniano.
2 Lupus discoide.	Placas eritematosas, descamativas o hiperqueratósicas con tendencia a la cronicidad y a dejar cicatrices.
3 Foto sensibilidad.	Exantema tras la exposición al sol, recogido en la historia clínica y observado por el médico.
4 Úlceras orales.	Ulceraciones orales o nasofaríngeas generalmente no dolorosas.
5 Artritis.	Inflamación dolorosa de al menos 2 articulaciones.
6 Serositis.	Pleuritis o pericarditis documentadas.
7 Afectación renal.	Proteinuria > 0,5 g/día o cilindros celulares o hemáticos en el sedimento.
8 Afectación neurológica.	Convulsiones/psicosis en ausencia de alteraciones metabólicas o de fármacos posibles responsables de esta afectación.

9 Alteración hematológica.	Anemia hemolítica con reticulocitosis o leucopenia < 4.000/mm ³ en 2 o más ocasiones o linfopenia < 1.500/mm ³ en 2 o más ocasiones o trombopenia < 100.000/mm ³ .
10 Alteración inmunológica.	1. Ac anti-ADN positivos o 2. Ac anti-Sm positivos o 3. Ac antifosfolípido positivos Ac anticardiolipina IgG o IgM o Anticoagulante lúpico o Serología luética falsamente positiva.
11 Anticuerpos antinucleares positivos.	Determinados por inmunofluorescencia o técnica equivalente.

Métodos diagnósticos.

La principal prueba diagnóstica de la enfermedad es la presencia de anticuerpos antinucleares; los anticuerpos frente a ADN nativo bicentenario son específicos de LES, puesto que la prueba resulta positiva en más del 90% de los casos casi siempre al principio de los síntomas. En unos cuantos pacientes el ANA aparecen al año de haber iniciado los síntomas, por tal razón que se recomienda repetir el estudio, por otra parte, también existe la presencia de la enfermedad sin presentar ANA, pero es muy raro y suele acompañarse de otros anticuerpos (Anti ADN). (16)

Objetivo del análisis de laboratorio.

- 1) Establecer o descartar el diagnóstico.
- 2) Vigilar la evolución de la enfermedad, en particular para prever qué está ocurriendo una exacerbación o lesión orgánica.
- 3) Identificar algún efecto adverso del tratamiento.

Tratamiento.

El tratamiento del LES es paliativo, está diseñado para aliviar o controlar los síntomas mas no para curar la enfermedad. En el cuadro 2 están los principales fármacos utilizados para esta enfermedad (16)

Cuadro 2

MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LES			
Medicamento	Dosis	Interacción	Efectos adversos
Hidrocortisona 1%	Aplicar 1 o 2 veces al día.	Ninguna.	Atrofia cutánea, dermatitis por contacto, foliculitis, hipo pigmentación, infección.
Filtros solares.	SPF de 15 o 30+	Ninguna.	Dermatitis por contacto
Hidroxicloroquina.	200-400 mg/día.	Se requiere ajuste posológico con antiácidos, insulina, antihelmínticos, Antipsicóticos (fenotiazina).	Lesión retiniana, agranulocitosis, anemia aplásica, ataxia, miocardiopatía, mareo, miopatía, ototoxicidad, convulsiones, trombocitopenia.
Dehidroepiandrosterona	200 mg/día.	Inciertas.	Acné, irregularidades menstruales, testosterona sérica alta.
Metotrexato.	10-25 mg por semana, con ácido fólico; reducir la dosis ante CrCl <60 ml/min.	Salicilatos, penicilinas, probenecid, sulfonamidas, trimetoprim.	Anemia, supresión medular, leucopenia, trombocitopenia, hepatotoxicidad, nefrotoxicidad, infecciones.
Prednisona, prednisolona.	Prednisona, prednisolona 0.5-1 mg/kg/ Día.	Anti arrítmicos clase III, ciclosporina 2, salicilatos, fenitoína, quinolonas, rifampicina, warfarina.	Hipertensión, hiperglucemia, hipocalcemia, acné, reacciones alérgicas, ansiedad, cambios similares al cushing.
Prednisolona	10-20 mg/día.	IECA, beta bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio, hidralazina	Edema, HTA, ICC, alcalosis hipocalcemia, debilidad muscular, rotura tendinosa, osteoporosis, arritmia.

Succinato sódico de metilprednisolona.	Para los casos graves nefritis lúpica Administrar 1 g IV Diariamente por tres días.	Igual que los glucocorticoides orales.	Igual que los glucocorticoides.
Ciclofosfamida Oral	7-25 mg/kg cada mes x 6 meses IV; considerar la posibilidad de administrar mesna con cada dosis. 1.5-3 mg/kg/ Día PO Reducir la dosis ante una CrCl <25 ml/min.	Alopurinol, supresores de la médula ósea, doxorubicina, rituximab, succinilcolina, zidovudina.	Infección, supresión medular, leucopenia, anemia, trombocitopenia, cistitis hemorrágica (menor por vía IV), carcinoma vesical, alopecia, náuseas, diarrea, malestar general, cáncer, esterilidad.
Mofetil de micofenolato (aprobado en la nefritis por lupus).	2-3 g/día PO.	Aciclovir, antiácidos, azatioprina, resinas, fijadoras de ácidos biliares, ganciclovir, sales de hierro, probenecid, anticonceptivos orales.	Infección, leucopenia, anemia, trombocitopenia, linfoma, cáncer, alopecia, tos, diarrea, fiebre, síntomas digestivos, cefalalgia, hipertensión, hipocaliemia, insomnio, edema periférico, transaminitis, temblor, eritema.
Azatioprina	2-3 mg/kg/día PO.	Alopurinol, supresores de la médula ósea, interferones, warfarina.	Leucopenia, anemia, trombocitopenia, pancreatitis, hepatotoxicosis, cáncer, alopecia, fiebre.

Los AINE: Son otros fármacos utilizados y los principales son ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco y las principales reacciones adversa de estos fármacos incluyen

principalmente alteraciones gastrointestinales: Dispepsia, diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, pirosis, micro lesiones intestinales, activación ulcerosa. Dermatológicas: principalmente erupción cutánea, urticaria, exantema. Otras: Cefalea confusión, tinnitus, somnolencia etc. (15)

Adherencia al tratamiento de lupus eritematoso sistémico.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica que cursa con la alternancia de períodos de actividad clínica y períodos de remisión. Por esta razón, los pacientes con LES suelen requerir tratamiento médico de forma habitual. El incumplimiento terapéutico en estos pacientes supone un importante problema asistencial. Diversos estudios han puesto de manifiesto numerosas consecuencias negativas asociadas a una baja adherencia al tratamiento, como una peor evolución clínica (mayor riesgo de recaídas, hospitalizaciones y mortalidad), una peor calidad de vida general, un crecimiento del coste sanitario y una mayor insatisfacción en el paciente y en el personal sanitario (16)

La adherencia se define como el grado en el que el comportamiento de un paciente (toma de medicación, seguimiento de un programa de intervención, la modificación de un estilo de vida o la adhesión a recomendaciones de tratamiento) coincide con el consejo médico o del personal sanitario. La falta de adherencia al tratamiento suele presentarse durante el curso clínico de casi todas las enfermedades crónicas y tiende a empeorar si el tratamiento es prolongado. La tasa de incumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con LES puede oscilar entre el 3 y el 76%, en función de los métodos de evaluación utilizados. (17)

La ausencia de adherencia en pacientes con LES se ha asociado a diferentes factores, como las características sociodemográficas, personales, ambientales o del personal sanitario. Según estudios de adherencia al tratamiento de LES se ha determinado que, en primer lugar, como factores sociodemográficos se han identificado la edad, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, la etnia, las creencias o la motivación del paciente. Por otra parte, se han reconocido factores clínicos relacionados con el tratamiento

farmacológico, como la dosificación, la vía de administración, la duración, los efectos adversos y la complejidad de la administración del tratamiento. (18)

Por otro lado, juega un papel importante factores organizativos asociados a los servicios de salud, como la continuidad en la atención sanitaria, la programación de citas y la posibilidad de supervisión de la adherencia al tratamiento. Una mayor continuidad y una adecuada comunicación en la atención al paciente se relacionan con una probabilidad mayor de adhesión. (19).

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e 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. Numerosos estudios confirman que la mitad de los pacientes no sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida. (20).

En España, la población mayor de 60 años representa el 17% de 42.7 millones de personas que son responsables del 30% del consumo total de medicamentos y 75% de ellos los consume de forma crónica; se estima que su consumo por día oscila entre dos y tres fármacos por anciano; si se considera la automedicación, el número de medicamentos aumenta a 5. Por lo anterior, la no adherencia al tratamiento, también llamada incumplimiento terapéutico, se ha convertido en un problema de salud pública. (20-21).

Numerosas investigaciones indican que aproximadamente la mitad de los ancianos tratados no realiza correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico, lo que condiciona resultados desfavorables y por lo tanto gastos innecesarios para el sector salud. La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública. Los pacientes toman decisiones sobre su medicación,

considerando factores personales relativos a sus creencias, sobre la percepción de la causa de su enfermedad o la manera como cree que debe hacerle frente. (21)

Por lo tanto, no se les puede considerar como cumplidores de las prescripciones médicas, sino personas que toman decisiones autónomas, por lo cual el médico debe establecer una alianza con ellos, para mejorar la efectividad de los tratamientos farmacológicos; aquí es donde tiene un papel relevante la adherencia terapéutica y los pasos a seguir para alcanzarla. (21).

El término adherencia 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, facilite la toma de decisiones compartidas y como resultado mejora la efectividad de los tratamientos farmacológicos. El término cumplimiento culpa directamente al paciente ya sea de forma intencionada, no intencionada, por ignorancia o por olvido. (22).

Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas.

La mayoría de los estudios realizados hasta el momento sobre adherencia al tratamiento son de enfermedades crónicas que tienen un costo elevado para el paciente, para el sector salud y, como tal, para los gobiernos. Se ha estudiado en pacientes hipertensos, con dislipidemia, tuberculosis, diabetes mellitus y VIH. Generalmente, la adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria: cumplidor/no cumplidor, adherencia/ no adherencia, y los factores que la determinan se clasifican en 4 áreas: (23).

- 1. Relación médico-paciente*
- 2. El paciente y su entorno ambiental*
- 3. La enfermedad*
- 4. La terapéutica*

La relación médico-paciente incluye la motivación que existe en el enfermo derivada de la relación con su médico tratante, la buena comunicación y, finalmente, la confianza en la obtención de un beneficio, hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento. (24).

Respecto al factor ambiental, destacan las creencias de cada paciente, su entorno emocional, afectivo, su rol en la sociedad, el aislamiento, las creencias sociales o mitos de salud (ejemplo: tomar medicinas sólo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, pensar “que, si la dosis prescrita es buena, una dosis mayor es mejor”, etc.). (25).

En esta área se encuentran también las características sociodemográficas, 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, no siga de forma adecuada las instrucciones. (26).

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 el tratamiento 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. (24).

Al considerar las características de la terapéutica, se ha mostrado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia; ésta disminuye cuando el tratamiento es prolongado como en las enfermedades crónicas, cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea o el esquema de dosis es complicado; también cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos considerables; por ejemplo: virilización o

impotencia. La no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones, una de ellas es de acuerdo al periodo de seguimiento: (25).

Incumplimiento parcial: En ésta, el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos. (26).

Incumplimiento esporádico: Si el individuo incumple de forma ocasional (en personas ancianas que olvidan dosis o toman dosis menores por miedo a los efectos adversos). (26).

Incumplimiento secuencial: El tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas. (-26).

Incumplimiento completo: Cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida; esta forma de incumplimiento es más frecuente en los jóvenes. (26)

Cumplimiento de bata blanca: Sólo se adhiere al tratamiento cuando está cercana la visita médica.

Otras formas de clasificar la no adherencia:

Primaria: Cuando no se lleva la prescripción de la consulta o no la retiran de la farmacia. (26)

Secundaria: Cuando se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvidos en el número de dosis o bien se aumenta la frecuencia de la dosis, o se deja el tratamiento antes de lo indicado por el médico. En la atención primaria se ha estimado que del 6 al 20% de los pacientes que se les prescribe un medicamento no lo retiran de la farmacia. (26)

Una forma más de evaluar la no adherencia al tratamiento es la intencionalidad:

Incumplimiento intencionado: Se refiere a dejar el tratamiento debido a los efectos adversos o al costo elevado.

Incumplimiento no intencionado: Olvido de la dosis. Existen varios métodos para medir la no adherencia al tratamiento; sin embargo, actualmente no existe un método único para medirla, por lo que se deben utilizar varios de ellos para recabar la mayor información posible, ya que todos los métodos poseen carencias. En la clínica es muy importante identificar a los pacientes no cumplidores, incorporando esta actividad a la rutina diaria; por lo tanto, es conveniente el uso de pruebas sencillas que no consuman grandes esfuerzos o tiempo. (27)

Los artículos publicados, hasta el momento, hacen mención del paciente anciano con polifarmacia, en el que es importante actuar, detectar incumplimiento y reforzar actitudes correctas que mejoren la adherencia. (28)

- *Métodos objetivos directos.*
- *Métodos objetivos indirectos.*
- *Métodos subjetivos.*

Métodos objetivos directos: Se utilizan técnicas de laboratorio para medir niveles de fármacos o metabolitos, frecuentemente por medio de líquidos como sangre u orina. La presencia en estos líquidos corporales sólo expresa que el medicamento ha sido ingerido, por lo que podemos tener falsos positivos y estar ante un cumplidor de bata blanca; por lo general son objetivos y específicos; sin embargo, obtienen índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos. No tienen mucha utilidad ya que son caros y se requiere de infraestructura. (28)

Métodos objetivos indirectos: En ellos se valora la no adherencia a partir de las circunstancias que se relacionan con el grado de control de la enfermedad. Los más utilizados son:

1. Recuento de comprimidos: Puede llevarse un registro de la medicación del enfermo en cada cita programada o bien acudir por sorpresa a casa de los pacientes para recuento personal de los comprimidos; actualmente existen envases muy sofisticados, que realizan el conteo por medio de un dispositivo colocado en el recipiente donde son contenidos los medicamentos; se basa en el número de veces que es abierto; sin

embargo, posee dos inconvenientes: uno, que es caro, y el otro que puede arrojar respuestas falsas positivas cuando un menor se pone a jugar con el envase. (26,28)

2. *Asistencia a citas programadas*: Se estima que la ausencia a citas es una de las formas más frecuentes y graves de incumplimiento; no obstante, no implica que los pacientes que acuden a citas sean cumplidores, ni tampoco los que no acuden sean incumplidores. (26-28)

3. *Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada*: Detectar el grupo de pacientes con fracaso terapéutico. (28)

4. *Valoración de los efectos adversos de los medicamentos*: Es poco fiable en función de la individualidad; por ejemplo, el efecto esperado con los beta bloqueadores es la bradicardia. (28)

Por último, se encuentran los *métodos subjetivos indirectos*; en éstos se emplean cuestionarios, técnicas de entrevista, el juicio del médico y la impresión clínica. Dentro de las técnicas de entrevista encontramos cuestionarios validados que analizan el grado de conocimiento que el enfermo tiene acerca de su enfermedad; se ha demostrado que a mayor conocimiento de la enfermedad mayor adherencia al tratamiento. En este tipo de cuestionarios encontramos: (29).

A) *Test de batalla*: Se ha utilizado en la terapéutica de la hipertensión arterial y ha sido modificado para aplicarlo a la dislipidemia. Pero se pueden ajustar las preguntas dependiendo de la enfermedad crónica que se estudia. Expresa mal cumplimiento si no responden correctamente a las 3 preguntas: (30).

1. ¿Es la dislipidemia una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?
3. Mencione al menos un órgano que pueda lesionarse por la dislipidemia.

B) Test de Morisky-Green: Tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento; no es útil para la prescripción a demanda. Si responde de forma incorrecta alguna de las cuatro preguntas se considera incumplidor. (33)

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿Deja de tomar la medicación?

C) Cuestionario de “Comunicación del auto cumplimiento”. Según la metodología de Haynes-Sackett.

Consta de 2 partes.

Primera parte. Consiste en evitar una pregunta directa al paciente sobre la toma de medicación, ya que automáticamente contestaría que si lo toma.

Segunda parte. Se realiza al paciente la siguiente pregunta. La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos. ¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos?

Si la respuesta es afirmativa, se solicita el número medio de comprimidos olvidados durante un periodo de tiempo (los últimos 7 días o el último mes) y se determina el porcentaje de cumplimiento comparado con el número de comprimidos indicados. (33).

Si el test es satisfactorio se puede profundizar proponiéndole al paciente análisis de orina para detectar restos del medicamento tomado; posteriormente se debe de preguntar al paciente si cree que en la muestra de orina existirá mucho, poco o nada del medicamento; si responde que existirá mucho será un buen cumplidor, pero si la respuesta es nada, probablemente es un incumplidor. Se puede realizar si existen dudas sobre el cumplimiento o si se quiere profundizar más en la detección de los no cumplidores. (34,35,36)

En un estudio realizado en 1997, con el fin de validar los 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipidemias, concluyeron que los más confiables son el juicio médico y el test de batalla; sin embargo, varios artículos han constatado que el juicio médico es tan sencillo como inexacto, ya que existe baja correlación entre la estimación de los médicos del cumplimiento y la adherencia real de los enfermos. Hasta el momento, no se ponen de acuerdo hacia quién tienen que ir dirigidos estos esfuerzos, a los pacientes y al buen control de la enfermedad o bien a identificar a los pacientes incumplidores y dirigirnos directamente a ellos. (34,35,36)

Elementos que favorecen el cumplimiento del tratamiento.

- ❖ Tener buena relación médico-paciente.
- ❖ Buena comunicación.
- ❖ Tener en cuenta el nivel de educación para realizar explicaciones congruentes con términos coloquiales, tanto de la enfermedad como del tratamiento.
- ❖ Escribir todas las indicaciones en las recetas médicas para finalmente obtener la confianza de nuestro paciente. Elaborar un plan terapéutico lo menos complejo posible.
- ❖ Prescribir el menor número de medicamentos y la dosis mínima necesaria.
- ❖ Atender las características del paciente: Horario, ocupación, gustos, economía, apoyo familiar o social.
- ❖ Diseñar un plan educativo con objetivos claros, en caso de tratar de cambiar los hábitos o estilos de vida.
- ❖ Información adecuada a cada paciente sobre:
- ❖ Especificar al paciente los hábitos y estilos de vida a modificar.
- ❖ Valorar los pacientes desde un punto de vista global. (34,35,36)

VII Diseño metodológico.

1) Tipo de estudio: Descriptivo, de corte transversal.

2) Población de estudio: Lo constituyen todos los pacientes afiliados a la fundación FLESNIC conformado por un total de 648 pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y discoide.

3) Área de estudio: Fundación de Lupus Eritematosos Sistémico Nicaragüense (FLESNIC) ubicada en la ciudad de León.

4) Periodo del estudio: De abril a diciembre del año 2018.

5) Muestra: No se realizó muestreo dado que se trabajaron con todos los pacientes del municipio de León conformado por 94 pacientes afiliados a la fundación.

6) Criterio de inclusión.

- ❖ Tener un mínimo de 3 meses de afiliación.
- ❖ Aceptación del paciente de participar en el estudio.
- ❖ Ser procedente del municipio de León atendidos en la fundación.
- ❖ Edad comprendida entre 15-75 años de edad.

7) Fuente de información: Primaria puesto que se realizó entrevista a los pacientes en cuestión mediante una ficha y secundaria porque se obtuvo información de los expedientes clínicos para completar datos de interés.

8) Instrumento de recolección de datos:

Se diseñó un formulario con un catálogo donde se le asigna un valor determinado a las variables, con el fin de facilitar llenado y digitalización de la información, por otro lado, hace más práctica y confidencial la información del paciente.

Está estructurado en 6 apartados que contienen variables que permiten determinar aspectos sociodemográficos, adherencia y factores que condicionan la adherencia. Consta de:

8.1 Datos del paciente. Donde se perfila información básica y sociodemográfica de cada paciente y algunos factores que inciden en la adherencia al tratamiento.

8.2 Núcleo de la familia: Contiene datos que permiten relacionar factores y aspectos de interés con su entorno familiar.

8.3 Datos clínicos y de programa: Contiene información sobre su ingreso al programa, tiempo de diagnóstico de la enfermedad y enfermedades asociadas que puedan influir en la adherencia.

8.4 Conocimiento sobre LES (Test de Batalla): Mediante preguntas sencillas, se analizó el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento de la enfermedad por su parte representa un mayor grado de cumplimiento, es uno de los test más habituales, por su buena sensibilidad, que se fundamenta en el conocimiento de la enfermedad. Se considera incumplidor al paciente que falla a alguna de las siguientes preguntas: (31-34)

¿Es el lupus una enfermedad para toda la vida?

¿Se puede controlar con medicamentos?

¿Qué complicaciones podría ocasionarle esta enfermedad?

8.5 Adherencia.

Se determinó a través del test de Morisky-Green. El cual ha sido probado y validado en varios estudios científico sobre esta temática.

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. (35-36).

Evalúa la adherencia y actitudes respecto al tratamiento. Este instrumento consta de 4 preguntas, incluidas dentro de una entrevista semiestructurada que incluye preguntas como:

1. ¿Algunas veces olvida tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?
3. ¿Cuándo se encuentra bien deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja de tomarlo?

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación al tratamiento prescrito para su enfermedad, se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. (35-36).

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, 1) = No; 2) = Si; 3) = No y 4) = No. (35-36).

8.6 Factores que influyen en la adherencia.

Se formularon 4 grupos de factores relacionado a la adherencia al tratamiento, cada uno contiene una serie de preguntas abiertas y cerradas con el fin de recolectar información adicional a las previamente estructuradas y que puedan ser de interés en el estudio.

9) Procedimiento de recolección de información.

Se solicitó autorización de la directora de FLESNIC, una vez concedida la autorización se procedió a la búsqueda y selección de los pacientes.

Se asistieron algunas reuniones que organiza la fundación, donde se explicó a los asistentes el objetivo del estudio, luego se identificaron los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y donde se realizaron algunas entrevistas

Una vez seleccionado se estableció un entorno afable para tener una buena comunicación entre el paciente y el entrevistador con el fin de mitigar tensiones y captar la mayor atención del paciente para evitar sesgos. Por otro lado, se obtuvo datos de los expedientes clínicos para evitar errores de información y brindar mayor validez a la información obtenida.

Se realizaron 1 pruebas piloto a un total de 12 pacientes con el objetivo de identificar inconsistencias en la ficha estructurada.

El llenado de la ficha lo realizó el investigador con el fin de incluir a pacientes iletrados al estudio y además brindar mayor fiabilidad en el llenado de la ficha y evitar sesgos.

Los pacientes afiliados y no llegaron a los encuentros establecidos por FLESNIC se ubicaron con datos obtenidos del expediente clínico y se realizó una visita a su vivienda donde se determinó el deseo de participación.

10) Plan de análisis:

Se elaboró una base de datos en el Access 2013 donde se insertaron los datos codificados con un catálogo previamente estructurado con el fin de poder recodificar algunas variables con muchos datos ejemplo la variable de tratamiento. Luego de exporto al programa SPSS versión 25. Para su análisis estadístico.

Se hicieron 2 tipos de análisis descriptivo: Las variables cualitativas se presenta a través de frecuencia simple y porcentaje, en el caso de las variables cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central y de dispersión, por ejemplo, la edad se representa a través de la media y la desviación estándar, en el caso de otras variables de importancia se consideró el cálculo del valor mínimo y máximo.

El segundo tipo de análisis fue descriptivo Bi variado donde se estableció asociaciones mediante la prueba de chi cuadrado utilizando como parámetro de p menor de 0.05 para establecer significancia estadística.

Los resultados se presentan en tablas de frecuencia y cruce de variables.

11) Operacionalización de las variables.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad.	Tiempo transcurrido entre la fecha nacimiento y la entrevista.	Entrevista, cédula, expediente clínico.	15-25 26-35 36-45 46-55 56 a mas
Sexo.	Características fenotípicas que diferencian al hombre y la mujer.	Fenotipo del paciente.	Masculino. Femenino.
Municipio.	Sitio o lugar de origen del paciente en el momento del estudio.	Entrevista	Municipios del departamento de León.
Zona.	Para designar lo perteneciente o relativo a la ciudad o el campo.	Expediente clínico Referencia del paciente.	Urbano. Rural.
Ocupación.	Actividad laboral que desempeña la persona.	Entrevista.	Ama de casa. Comerciante. Obrero. Operario. Otros. Ninguno.
Religión.	Comportamientos, prácticas, cosmovisiones y organización social, que relaciona la humanidad a una categoría existencial.	Entrevista.	Católico (a). Evangélico (a). Testigo de Jehová (a). Otro.
Estado civil.	Relación conyugal de cada uno de los/las pacientes.	Entrevista.	Soltero(a). Casado(a). Divorciado(a). Unión Libre.
Educación.	Se considerará una educación baja a paciente iletrados y que cursaron primaria y los que cursaron secundaria o universidad alta.	Entrevista.	Baja. Alta.
Habitantes de la casa	Número de personas que habitan en la casa	Entrevista	1-4 Habitantes. 5-8 Habitantes. 9 a Mas
Número de hijos	Cantidad de hijo que tiene el paciente	Entrevista	1-4 Hijos. 5-8 Hijos. 9 a Más.

Adherencia al tratamiento.	El contexto en el cual el comportamiento de la persona acata las recomendaciones y prescripciones médicas.	Entrevista (Test de Morisky-Green).	Adherente. No adherente.
Diagnóstico de la enfermedad.	Tiempo transcurrido desde la fecha del diagnóstico hasta el momento de la entrevista.	Expediente clínico.	Menos de un año 1-3 años 4-6 años 6 a más.
Afiliación.	Tiempo transcurrido desde la fecha de ingreso a la fecha de la entrevista.	Expediente clínico	Menos de 1 año 2-3 años 4 años a más.
Tipo de lupus.	Existen 3 tipos de lupus.	Expediente clínico	LES Discoide Medicamentoso
Numero de fármacos prescritos.	Número de medicamentos prescritos para la enfermedad.	Expediente clínico.	1-3 Fármaco 4-6 Fármaco 7 a mas
Enfermedades asociadas.	Padecimientos crónicos no transmisibles de otra enfermedad.	Expediente clínico.	Hipertensión Cardiopatía Diabetes Nefropatía Otras.
Adherencia por sexo.	Relación de adherencia en cuanto al sexo.	Sexo	Adherente No adherente
Tipo de LES y Adherencia	Relación de adherencia y el Tipo de lupus.	Lupus eritematosos sistémico Lupus discoide	Adherente No adherente
Relación médico paciente	Relación interpersonal con connotaciones éticas, y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud.	Relación médico paciente. Entiende las explicaciones del médico. El medico ha proporcionado alguna técnica para tomar el medicamento. El medico supervisa el cumplimiento del esquema de	Adherente No adherente

		tratamiento.	
Relación con la familia	Vínculo entre los miembros familiares donde se prodiga bastante amor, afecta, cariño protección.	Los miembros del grupo familiar son consiente de su enfermedad Recibe asistencia de los miembros de su hogar cuando lo necesita. Los miembros del núcleo familiar contribuyen al fortalecimiento de su estado de ánimo.	Adherente. No Adherente.
Calidad de vida	Evalúa bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad y salud)	¿Cómo valora su calidad de vida? ¿Ha manifestado síntomas depresivos? ¿Se ha familiarizado con su problema de salud? ¿Confía en el esquema de tratamiento?	Adherente. No Adherente.
Medicamentos ingeridos al día	Cantidad de medicamentos que consume durante el día.	1-3 medicamentos 4-6 medicamentos de 7 a mas	Adherente. No Adherente.
reacciones adversas	Cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas	Expediente clínico	Acidez. Anemia. Cefalea. Gastritis. Inflamación de cara. Insomnio. Nauseas Pérdida de peso

12) Consideraciones éticas.

La ejecución del estudio se realizó de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos establecidos en la declaración de Helsinki.

En todo el abordaje de la investigación estuvimos comprometidos con las normas establecidas por la fundación y sus aspectos éticos en la revisión de expedientes clínicos.

El estudio será arbitrado para determinar si cumple con los criterios científicos y éticos.

Al paciente se le notifico sobre el estudio y su principal propósito, además que los datos obtenidos se mantendrán de forma confidencial.

VIII Resultados.

Los análisis corresponden a una muestra de 94 pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y Discoide. Los datos sociodemográficos reflejan una edad media de 39.7 años, la edad mínima de 15 años y la edad máxima de 71 años con una desviación estándar de 13.68. El rango de edad que prevalece es de 36-45 (25.5 %), el sexo más frecuente son las mujeres (80.9%). La zona en que reside la mayor parte de los pacientes es la urbana (80.9%), el estado civil más frecuente es el soltero con el 37.2% seguido de los casados con el 35.1%, en la región la católica es de mayor predominio con el 45.7% seguido del evangelio con el 35%. Ver Tabla 1.

Tabla 1 Aspectos sociodemográfico.

Demografía.	N	%
Edad.		
<i>Media</i>		40 Años
<i>Desviación</i>		14 Años
<i>Mínimo</i>		15 Años
<i>Máximo</i>		71 Años
<i>15 a 25 Años</i>	16	17.02
<i>26 a 35 Años</i>	22	23.40
<i>36 a 45 Años</i>	24	25.53
<i>46 a 55 Años</i>	18	19.15
<i>56 a más Años</i>	14	14.89
Sexo.		
<i>Mujer</i>	81	86.2
<i>Hombre</i>	13	13.8
Procedencia.		
<i>Urbano</i>	76	80.9
<i>Rural</i>	18	19.1
Estado Civil.		
<i>Casado</i>	33	35.1
<i>Divorciado</i>	14	14.9
<i>Soltero</i>	35	37.2
<i>Unión libre</i>	12	12.8
Religión.		
<i>Católico</i>	43	45.7
<i>Evangélico</i>	33	35.1
<i>Testigo de Jehová</i>	11	11.7
<i>Otro</i>	7	7.4

Fuente: Primaria

En la ocupación las amas de casa son más frecuentes con un 31.9 por ciento seguido de los operarios con un 21.3 por ciento, el 69% tienen una educación alta, el 58% habitan en el hogar entre 4-8 personas y tiene entre 1-3 hijos el cual refleja el 54.3%, el 60% no son Cabeza de Familia. Ver tabla 2

Tabla 2. Aspectos sociodemográficos.

Demografía	N	%
Ocupación.		
<i>Ama de casa</i>	30	31.9
<i>Comerciante</i>	12	12.8
<i>Obrero</i>	13	13.8
<i>Operario</i>	20	21.3
<i>Otros</i>	19	20.2
Educación.		
<i>Alta</i>	65	69.1
<i>Baja</i>	29	30.9
Habitantes de la casa.		
<i>1-4 Habitantes</i>	30	31.9
<i>5-8 habitantes</i>	50	53.2
<i>9 a más Habitante</i>	14	14.9
Número de hijos.		
<i>0 Hijos</i>	18	19.1
<i>1-3 Hijos</i>	51	54.3
<i>4-6 Hijos</i>	18	19.1
<i>7 a Mas</i>	7	7.4
Cabeza de familia.		
<i>Si</i>	38	40.4
<i>No</i>	56	59.6

Fuente: Primaria

La tabla 3 refleja que 49 personas son no adherentes que corresponde al 52.1 %. Del total de las 81 mujeres el (44.4%) son adherente. Y en el caso de los 13 hombres el 30.8 es no adherente. El valor de P manifiesta que no existe asociación entre ambas variables. Ver Tabla 3.

Tabla Numero 3 Adherencia entre hombre y mujeres.

<i>Adherente.</i>	<i>Total.</i>		<i>Sexo.</i>				<i>Valor de P.</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Mujeres.</i>		<i>Hombres.</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
<i>Adherente</i>	45	47.9	36	44.4	9	69.2	
<i>No dherente</i>	49	52.1	45	55.6	4	30.8	0.97
<i>Total</i>	94	100	81	100	13	100	

De acuerdo al tipo de lupus, 82 pacientes padecen *LES*. De ellos 44 (53.7%) son no adherente. Hay 12 casos de *lupus Discoide* de los cuales 5 (41.7%) son no adherentes. Se determina que el valor de P no muestra significancia estadística entre ambas variables. Tabla 4.

Tabla 4 Tipo de lupus y adherencia.

<i>Tipo de lupus</i>	<i>Total</i>		<i>Adherencia</i>				<i>Valor de P</i>
			<i>Adherente</i>		<i>No Adherente</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
<i>LES</i>	82	100	38	46.3	44	53.7	
<i>Lupus Discoide</i>	12	100	7	58.3	5	41.7	0.43
	94	100	45	47.9	49	52.1	

En la relación médico paciente 32 la consideran excelente, de ello 20 (62.5%) son adherentes. En la categoría de buena hay 47 pacientes, 22(46.8%) son adherente. Con relación a entender las explicaciones de su médico 53 la consideran correctamente, de ello 31(58.5%) son adherentes.

En la categoría su médico le proporciona alguna técnica para tomar medicamento 47 la poseen, siendo 29 (61.7%) adherentes, en cambio 31 (66.7%) no son adherentes de 47 que no le proporcionan una técnica para tomar el medicamento.

Con respecto a su médico supervisa el cumplimiento del esquema de tratamiento, 38 reflejan que siempre son supervisados, siendo 23(60.5%) adherentes y 15(39.5%) no adherentes.

Las categorías relación médico paciente y su médico ha proporcionado alguna técnica para tomar medicamento son estadísticamente significativo excepto para las categorías entiende las explicaciones de su médico y su médico supervisa el cumplimiento del esquema de tratamiento. Ver tabla 5.

Tabla 5. Relación médico paciente y adherencia.

<i>Factores</i>	<i>Adherente</i>						<i>Valor de P</i>
	<i>Total</i>		<i>SI</i>		<i>NO</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
<i>Relación médico paciente.</i>							
<i>Excelente</i>	32	100	20	62.5	12	37.5	0.024
<i>Buena</i>	47	100	22	46.8	25	53.2	
<i>Regular</i>	15	100	3	20.0	12	80.0	
<i>Entiende las explicaciones de su médico.</i>							
<i>Correctamente</i>	53	100	31	58.5	22	41.5	0.64
<i>Poco</i>	32	100	11	34.4	21	65.6	
<i>Nada</i>	9	100	3	33.3	6	66.7	
<i>Su médico ha proporcionado alguna técnica para tomar el medicamento.</i>							
<i>Si</i>	47	100	29	61.7	18	38.3	0.007
<i>No</i>	47	100	16	34.0	31	66.0	
<i>Su médico supervisa el cumplimiento del esquema de tratamiento.</i>							
<i>Siempre</i>	38	100	23	60.5	15	39.5	0.129
<i>Algunas veces</i>	38	100	15	39.5	23	60.5	
<i>Nunca</i>	18	100	7	38.9	11	61.1	

Para la variable los miembros del núcleo familiar son conscientes de su enfermedad, se encontró que 53 pacientes manifestaron que todos los miembros del núcleo familiar son conscientes de su enfermedad, de los cuales 31(58.5%) son adherentes, 34 paciente dijeron que algunos miembros del núcleo familiar son conscientes con 14(41.2%) adherentes. Con relación a recibir asistencia de los miembros de su hogar cuando lo necesita 55 pacientes dijeron que siempre reciben asistencia de los miembros de su hogar cuando se necesita, siendo 36(65.5%) adherentes, 30 pacientes manifestaron que algunas veces recibe asistencia de los miembros de su hogar cuando se necesita, siendo 8(26.7%) adherentes. En relación a los miembros del núcleo familiar contribuyen al fortalecimiento de su estado de ánimo, 52 pacientes manifestaron que constantemente lo hacen, siendo 32(61.5%) adherente, 32 pacientes dijeron que

algunas veces los miembros del núcleo familiar contribuían al fortalecimiento de su estado de ánimo siendo 11(34.4%) adherentes. Con un valor de P que refleja que hay asociación significativa para todas las variables. Ver tabla 6

Tabla 6. Relación con la familia

Factores	Total		Adherente				Valor de P
	N	%	SI		NO		
	N	%	N	%	N	%	
Los miembros del núcleo familiar son consiente de su enfermedad							
<i>Todos</i>	53	100	31	58.5	22	41.5	0.009
<i>Algunos</i>	34	100	14	41.2	20	58.8	
<i>Ninguno</i>	7	100	0	0	7	100	
Recibe asistencia de los miembros de su hogar cuando lo necesita							
<i>Siempre</i>	55	100	36	65.5	19	34.5	0.000
<i>Algunas veces</i>	30	100	8	26.7	22	73.3	
<i>Nunca</i>	9	100	1	11.1	8	88.9	
Los miembros del núcleo familiar contribuyen al fortalecimiento de su estado de animo							
<i>Constantemente</i>	52	100.0	32	61.5	20	38.5	0.009
<i>Algunas veces</i>	32	100.0	11	34.4	21	65.6	
<i>Nunca</i>	10	100.0	2	20.0	8	80.0	

En el apartado cómo valora la calidad de vida 27 pacientes la consideran muy buena, siendo 19(70.4%) adherentes. En la categoría ha manifestado síntomas depresivos 74 paciente han presentado síntomas depresivos de los cuales 36(48.6%) son adherentes y 20 pacientes no han presentado síntomas depresivos de los cuales 9(45.0%) son adherentes. Con relación a la variable se ha familiarizado con su problema de salud 51 pacientes lo han hecho completamente siendo 35(68.6%) adherentes, en cambio los pacientes que se han familiarizado muy poco son 23(74.2%) no adherentes de 31 pacientes. En la variable confía en el esquema de tratamiento 77 pacientes confían, siendo 44(57.1%) adherente, en cambio los que no confían son 16(94.1%) no son adherentes de 17 pacientes. Las variables como valora su calidad de vida, se ha familiarizado con su problema de salud y confía en el esquema de tratamiento es estadísticamente significativa excepto la variable ha manifestado síntomas depresivos.

Ver tabla 7.

Tabla 7. Calidad de vida del paciente.

Factores	Total		Adherente				Valor de P
	N	%	SI		NO		
			N	%	N	%	
¿Cómo Valora su calidad de vida?							
<i>Muy buena</i>	27	100	19	70.4	8	29.6	0.005
<i>Buena</i>	46	100	22	47.8	24	52.2	
<i>Regular</i>	19	100	4	21.1	15	78.9	
<i>Mala</i>	2	100	0	0.0	2	100	
Ha manifestado síntomas depresivos							
<i>Si</i>	74	100	36	48.6	38	51.4	0.772
<i>No</i>	20	100	9	45.0	11	55.0	
Se ha familiarizado con su problema de salud							
<i>Completamente</i>	51	100	35	68.6	16	31.4	0.00
<i>Muy poco</i>	31	100	8	25.8	23	74.2	
<i>No lo he logrado</i>	12	100	2	16.7	10	83.3	
Confía en el esquema de su tratamiento							
<i>Si</i>	77	100	44	57.1	33	42.9	0.00
<i>No</i>	17	100	1	5.9	16	94.1	

Con relación al grupo de medicamento ingeridos al día, 37 pacientes ingieren de 1-3 medicamentos, siendo 26(70.3%) adherentes, 44 pacientes ingieren 4-6 medicamentos siendo 17(38.6%) adherentes y 13 pacientes ingieren de 7 a más medicamentos siendo 2(15.4%) adherente en contraste a 11(84.6%) no adherentes. Obteniendo una estadística significativa en dicho factor.

Tabla 8. Grupo de medicamentos ingeridos al día.

Factores	Total		Adherente				Valor de P
	N	%	SI		NO		
			N	%	N	%	
Grupo de medicamentos ingeridos al día							
<i>1-3 medicamentos</i>	37	100	26	70.3	11	29.7	0.001
<i>4-6 medicamentos</i>	44	100	17	38.6	27	61.4	
<i>7 a mas</i>	13	100	2	15.4	11	84.6	

En la tabla reacciones adversas y la relación con la adherencia se encontró que 48 pacientes presentan reacciones adversas al medicamento que representa el 51%. De los 94 pacientes el 26% es no adherente y presenta alguna reacción adversa, sin embargo, de todos los pacientes estudiados el 74% es adherente y no manifestó ninguna reacción adversa. El valor de P sugiere que estas variables tienen asociación por su significancia estadística. Se aprecia que las reacciones más comunes son cefalea (16%) y gastritis 13% de la población). Ver tabla 9.

Tabla 9. Reacciones adversas y su relación con la adherencia.

Factores	Total		Adherente				Valor de P
			SI		NO		
	N	%	N	%	N	%	
Reacciones adversas	48	51	12	26	36	74	0.001
<i>Acidez</i>	2	2	2	4	0	0	
<i>Anemia</i>	2	2	1	2	1	2	
<i>Cefalea</i>	15	16	3	7	12	24	
<i>Gastritis</i>	12	13	3	7	9	18	
<i>Inflamación de la Cara</i>	4	4	1	2	3	6	
<i>Insomnio</i>	4	4	0	0	4	8	
<i>Nauseas</i>	8	9	2	4	6	12	
<i>Pérdida de peso</i>	1	1	0	0	1	2	
Sin reacción adversa	46	49	33	74	13	26	
Total	94	100	45	100	49	100	

IX Discusión de resultados.

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar el nivel de adherencia con relación a los principales factores que la condicionan, como lo es relación médico paciente, relación familiar, y actitud del paciente ante su condición asociados ante dicha adherencia, así como también identificar los principales factores sociodemográficos y tipo de lupus en pacientes con LES.

En una muestra de 94 pacientes en la fundación FLESNIC de la ciudad de León Nicaragua. Se observó que en un estudio realizado en la misma fundación FLESNIC en el año 2016 sobre adherencia, el 43% de su población en estudio fue adherente (6-8) en comparación con el nuestro que fue del 48% con una diferencia del 5% con relación a la adherencia en ambos estudios, evidenciando una tendencia sostenida hacia la no adherencia mayor al 50% en dichos estudios.

Diversos estudios han puesto de manifiesto numerosas consecuencias negativas asociadas a una baja adherencia al tratamiento, como una peor evolución clínica (mayor riesgo de recaídas, hospitalizaciones y mortalidad), una peor calidad de vida general, un crecimiento del coste sanitario y una mayor insatisfacción en el paciente. (16-18)

La falta de adherencia al tratamiento suele presentarse durante el curso clínico de casi todas las enfermedades crónicas y tiende a empeorar si el tratamiento es prolongado. La tasa de incumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con LES puede oscilar entre el 3 y el 76%, en función de los métodos de evaluación utilizados. (16-18) Siendo el método de evaluación utilizado en el estudio sobre adherencia en la fundación FLESNIC en el año 2016 el test de Hermes modificado, en cambio en el presente trabajo se aplicó el *Test de Morisky-Green* el cual Tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento; no es útil para la prescripción a demanda.

En relación a los aspectos sociodemográficos la variable sexo fue del (86.2%) para el sexo femenino y el (13.8%) varones, teniendo en cuenta que El lupus eritematoso sistémico (LES) afecta sobre todo a las mujeres con una incidencia de 1 por 700

mujeres de 20-60 años ⁽¹¹⁾. Con una relación mujeres, varones 10-1 y según lo reportando en este estudio la relación mujer-hombre es de 6-1.

La prevalencia del LES está influida por muchos factores, entre los cuales se incluyen el género, la raza y la herencia genética, casi 85% de los pacientes corresponde a mujeres. Al parecer, las hormonas sexuales participan de alguna manera, ya que la mayor parte ⁽¹¹⁾.

Se observó que en dicho estudio realizado en la fundación FLESNIC en el año 2016 Se describen las características sociodemográficas de las cuales la mayoría (17%) predomina entre las edades de 24-28 años y son económicamente inactivas (58%) siendo estas ama de casa, profesan la religión católica (48%), su nivel más alto de educación alcanzado fue universitario (41%), están solteras (46%), siendo procedentes del centro de la ciudad de León (24%). ⁽⁶⁻⁸⁾

Respecto a los resultados obtenidos en nuestro trabajo el 25.5% es la población mayoritaria entre las edades 36-45 años; (31.9%) amas de casa; de religión católica el (45.7%); el (69.1%) tiene un alto nivel de educación (acá se agrupo la población en dos grupos en alto y bajo, tomando en cuenta la secundaria como línea límite para clasificarlos.) y el (37.2%) es soltera; y de la región urbana el (80%). Observamos como existe concordancia entre la comparativa de resultados respectivamente y es que hay que tomar en cuenta que ambos estudios lo separan 2 años de diferencia y dichas características sociodemográficas no se ven modificados de manera notable.

Con relación a los factores que afectan la adherencia se identificaron varios factores como lo es: la relación médico paciente condicionando a la misma con los siguientes resultados; el 34% de la población la consideran excelente, de ello el (62.5%) son adherentes. Con relación a entender las explicaciones de su médico 56% de la población la consideran correctamente, de ello (58.5%) son adherentes, En la categoría su médico le proporciona alguna técnica para tomar medicamento 50% de la población la poseen, siendo (61.7%) adherentes.

Con respecto a su médico supervisa el cumplimiento del esquema de tratamiento, 40% de la población reflejan que siempre son supervisados, siendo (60.5%) adherentes. Los factores: relación médico paciente y su médico ha proporcionado alguna técnica para tomar medicamento son estadísticamente significativo excepto para los factores entiende las explicaciones de su médico y su médico supervisa el cumplimiento del esquema de tratamiento. Valorando la significancia estadística por el valor de P.

Para la variable los miembros del núcleo familiar son conscientes de su enfermedad, se encontró que 56% de la población manifestaron que todos los miembros del núcleo familiar son conscientes de su enfermedad, de los cuales (58.5%) son adherentes. Con relación a recibir asistencia de los miembros de su hogar cuando lo necesita 58% de la población dijeron que siempre reciben asistencia de los miembros de su hogar cuando se necesita, siendo 36(65.5%) adherentes.

En relación a los miembros del núcleo familiar contribuyen al fortalecimiento de su estado de ánimo, 55% de la población manifestaron que constantemente lo hacen, siendo (61.5%) adherente. Con un valor de P que refleja que hay asociación significativa para todas las variables. Con relación a recibir asistencia de los miembros de su hogar cuando lo necesita 58% de la población manifestaron que siempre reciben asistencia de los miembros de su hogar cuando se necesita, siendo (65.5%) adherentes.

Con relación al factor cómo valora la calidad de vida el 28% de la población la consideran muy buena, siendo 19(70.4%) adherentes. En la categoría ha manifestado síntomas depresivos 78% de la población han presentado síntomas depresivos de los cuales (48.6%) son adherentes y 22% de la población no han presentado síntomas depresivos de los cuales (45.0%) son adherentes. Con relación a la variable se ha familiarizado con su problema de salud 54% de la población lo han hecho completamente siendo (68.6%) adherentes. En la variable confía en el esquema de tratamiento 81% de la población confían, siendo (57.1%) adherente, Las variables como valora su calidad de vida, se ha familiarizado con su problema de salud y confía en el

esquema de tratamiento es estadísticamente significativo excepto la variable ha manifestado síntomas depresivos.

Con relación a comparar el presente estudio con algún antecedente en este aspecto, se nos fue imposible, ya que los estudios anteriores solamente presentaron frecuencia de los factores que encontraron y no hicieron cruce de variables con la adherencia como lo detalla nuestro problema de tesis que es uno de los puntos prioritarios del mismo. Esto aplica a todos los factores que condicionan la adherencia.

Se formuló 4 grupos de factores relacionado la adherencia al tratamiento, cada uno contiene una serie de preguntas abiertas y cerradas con el fin de recolectar información adicional a las previamente estructuradas, demostrando ser de gran interés e importancia a nuestro estudio ya que proporciona la relación directa de los factores con la adherencia

Se identificó otro factor relacionado con la adherencia en la cual esta guarda relación al grupo de medicamento ingeridos al día, 37 pacientes ingieren de 1-3 medicamentos, siendo 26(70.3%) adherentes, 44 pacientes ingieren 4-6 medicamentos siendo 17(38.6%) adherentes y 13 pacientes ingieren de 7 a más medicamentos siendo 2(15.4%) adherente en contraste a 11(84.6%) no adherentes. Obteniendo una estadística significativa en dicho factor. Se observó que los que toman 1-3 fármacos hay mayor adherencia en proporción a los otros grupos de medicamento, encontrando la mayor población de pacientes en la agrupación de 4-6 fármacos, demostrando que a mayor cantidad de fármaco menor adherencia.

Con relación a los factores que influyen en la adherencia no se comprobó con ningún otro estudio ya que carecían de una relación directa entre factores y adherencia y solo reflejaban frecuencia de factores sin análisis cruzado con adherencia.

X Conclusiones.

Los pacientes estudiados son 94 pacientes, la edad media de 39.7 años, la edad mínima de 15 años y la edad máxima de 71 años, El rango de edad que prevalece es de 36-45 (25.5 %), el sexo más frecuente son las mujeres (80.9%). La zona en que reside la mayor parte de los pacientes es urbana (80.9%).

El tipo de condición clínica que más se presenta en la población de estudio es el Lupus eritematosos sistémico 87% y 13% discoide. El 48% de los pacientes es adherente y el 52% era no adherente, y del total de mujeres y hombre se determina que los hombres tuvieron mayor adherencia con una representación de 69%.

Con respecto a los factores que condicionan la adherencia se hizo una agrupación de aspectos importante del paciente como lo es la relación médico-paciente, relación con su familia y actitud personal con su problema de salud.

En cuanto a la relación médico paciente que consideraron tener una excelente relación con su médico, el porcentaje de adherencia en pacientes que contestaron ser excelente y buena se obtuvo un 84% de adherencia, otro factor determinante es que, si el medico proporciona técnica para tomar el medicamento de forma oportuna, un 50% obtuvieron instrucciones para la toma, de ello el 62 por ciento fueron adherente y de los que no tuvieron orientación de alguna técnica solo el 34 por ciento es adherente.

La familia juega un papel influyente en la adherencia y se evidencia en el estudio. Al estar consiente los miembros del núcleo familiar sobre la condición médica del paciente, recibir asistencia de los miembros del hogar cuando lo necesita y la contribución al estado de ánimo del paciente fue estadísticamente significativas mostrando adherencia en todos los casos en más del 58 por ciento. En cambio, los que no tenía apoyo del núcleo familiar mostraron tener menor adherencia.

Otro factor de relevancia es la actitud positiva que el paciente tiene ante su problema de salud, este punto es significativo con relación a ser adherentes, evidenciando que los pacientes que Valora su calidad de vida como regular son no adherente en más del 78%, las manifestaciones depresivas que el paciente ha manifestado ante su condición no fueron estadísticamente significativa sin embargo es un punto importante donde se tendría que hacer énfasis. En relación a la familiarización con el problema de salud, los pacientes que manifestaron poco o no haberlo logrado más del 74% son no adherentes.

En el estudio se determina que a mayor número de medicamento prescrito menor es la adherencia, los pacientes con más de 4 comprimidos al día tienen menor adherencia. Otro factor determinante son las reacciones adversas que los fármacos provocan al paciente, se determinó que de los 94 pacientes estudiados 46 no presentaron reacción adversa y de ellos el 72% fueron adherente, lo que permite discernir que hay que prescribir el menor número de comprimidos posible y dosis tolerables lo que es un reto para el médico.

XI Recomendaciones.

1. En la fundación se deberá consensuar e Implantar un algoritmo que Permita medir la adherencia al tratamiento.
2. Definir protocolos de coordinación y actuación de los profesionales ante pacientes con sospecha de perfil incumplidor.
3. Optimizar y simplificar los tratamientos en relación al número de fármacos prescritos, la dosis, que se ajusten más a las necesidades del paciente.
4. Implementar un sistema de información a través de murales sobre las consecuencias de la no adherencia en el empeoramiento de la condición de salud.
5. Individualizar los esquemas terapéuticos a cada paciente y establece lazos fiables para alcanzar acuerdo terapéutico médico-paciente asegurando que el paciente recibe del médico la información adecuada.
6. Elaborar y difundir materiales con mensajes clave que puedan ser trasladados por los profesionales sanitarios, a través de los programas de actuación que se lleven a cabo para mejorar la adherencia a los tratamientos.
7. En la práctica médica es indispensable que el médico, en las consultas de manera aleatoria este pendiente del cumplimiento oportuno de los medicamentos aplicando el Test de Morisky Green o bien otro método.
8. Organizar eventos donde se pueda involucrar a los familiares de los pacientes y concientizarla sobre la importancia del apoyo moral y el impacto que tiene sobre la actitud del paciente ante su enfermedad y su influencia con la adherencia.
9. Tener una atención psicológica integral y más comprometida con el paciente y la familia en aquellos pacientes que estén afectado psicosocialmente.
10. A pesar que es una fundación con más de una década de existir no se conoce mucho sobre la enfermedad ni de la fundación es por ello que hay que continuar con campañas educativas utilizando todo el medio (televisivos, Radio, Redes sociales etc.) con el fin concientizar y de fortalecer el apoyo económico a la institución y de esa manera contar con recurso para tener mayor cobertura tanto farmacológica como de recursos humano y profesional para el seguimiento oportuno de esta noble acción.

XII Referencias Bibliográficas.

1. Hidalgo C, Tenorio J. Biblioteca Española. [Online].; 2011 [cited 2017 julio 15]. Available from:
http://www.chospab.es/biblioteca/libros/GUIA_LUPUS_ERITOMASO.pdf.
2. Hernández J. Foro para la adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida, ed pfizer OMS, 2009 disponible en.
https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf
3. Delgado H, Córdoba S. Tratamiento de Lupus Eritematoso Sistémico en pacientes atendidos en FLESNIC en el período 2007-2008. Disponible en.
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/4893/1/213907.pdf>.
4. Jiménez D, Flores Corea C. Aplicación de un sistema de farmacovigilancia a pacientes con lupus eritematoso sistémico que asisten a la fundación de lupus eritematoso sistémico de Nicaragua (FLESNIC), febrero a marzo del 2009. Disponible en.
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/847/1/214560.pdf>.
5. Ardila M, Bustamante S. Reacciones adversas medicamentosas de corticoides en el abordaje terapéutico de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico atendidos en FLESNIC- León Junio-agosto 2014. Disponible en:
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/4207/1/230250>.
6. Sarah R, Writer Cassio M. Lupus eritematoso sistémico, Ed, JAMA, 10 de agosto de 2011—Vol. 306, Núm. 6
7. Prados-Moreno S, et al. Adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Med Clin (Barc). 2017.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.05.035>
8. Gómez-Puerta J, Cervera R. Lupus eritematoso sistémico. Medicina & Laboratorio

2008; 14: 211-223.

9. Matamoros J, Marcano S. instituto de Biomedicina Escuela de medicina, universidad central de Venezuela. Factores Asociados con la respuesta inmunológica en el Lupus cutáneo 2004.
10. Jiménez L, Gutiérrez K. Lupus eritematoso Sistémico, Arch. argent. pediatr. vol.112 no.5 Buenos Aires oct. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.478>
11. Vicente Cuevas M, Olmedo A. Jiménez M. Lupus eritematoso sistémico. A propósito de un caso clínico con presentación cutánea, Rev Pediatr Aten Primaria vol.15 no.57 Madrid mar. 2013. http://scihub.bz/http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000100006
12. E. Lázaro, Richez C, Seneschal J. Lupus eritematoso sistémico, Volumen 48, Issue 1, Ed, elsevier. Febrero 2015, Pages 1-17.
13. Ruiz Irastorza A, Danza A. Tratamiento del lupus eritematoso sistémico: mitos, certezas y dudas, Ed, el sevier, Volume 141, Issue 12, 21 December 2013, Pages 533-542, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775313001917>.
14. González Naranjo L, Restrepo Escobar M. Lupus eritematoso sistémico y embarazo, revista Colombiana de reumatología Vol. 18 Núm. 3, septiembre 2011, pp. 175-186, <http://www.scielo.org.co/pdf/rcrc/v18n3/v18n3a04.pdf>.
15. Abul K Abba. Inmunología celular y molecular. sexta ed. Madrid: Ed, el sevier España; 2006. Pag. (232).
16. Tierney, Jr Lawrence M. Mcphee. Stephan J. (eds). Diagnóstico clínico y tratamiento. 41 ava edición. 2006. Manual moderno. pp 1623. Pag, 725
17. Harrison. Principios de Medicina from. Editorial, McGraw-Hill Medical. 19va edicion.

Medical updates. Multimedia. Q&A. Acronyms. Pag.10459 Pdf.

18. Lupus Foundation of America Resources, advocacy center, directory of local chapters, and calendar of upcoming events. www.lupus.org/ - 13k.
19. Merino Muñoz A. Lupus Eritematoso Sistémico. [Online]; 2013 [cited 2017 07 18]. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/sci-hub.io/science/article/pii/S1696281813701239>
20. Vanessa M. Bugni, (eds). Factors associated with adherence to treatment in children and adolescents with chronic rheumatic diseases, vol.88 no.6 Porto Alegre Nov./Dec. 2012.
21. Costedoat-Chalumeau N, Pouchot J. (eds). Adherence to treatment in systemic lupus erythematosus patients. *Best Pract Res Clin Rheumatic*. 2013; 27:329–40.
22. Pisano González M, González Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin*. 2014; 24:59–66.
23. Sabio M. Adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Med Clin (Barc)*. 2016. [Http://ciencedirx.doi.org/jui.1016/j.medc8li.2017.2.44](http://ciencedirx.doi.org/jui.1016/j.medc8li.2017.2.44)
24. Silva GE, Galeano E, (eds). Adherencia al tratamiento. *Acta Med Colombia* 2005; 30: 268-73.
25. Gil J, Belda F, Piñeiro J. Merino Métodos para medir el cumplimiento terapéutico El cumplimiento terapéutico, pp. 77-90.
26. Nogués Solán L, Sorli Redó J. Villar García Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento *An Med Interna (Madrid)*, 24 (2007), pp. 138-141.
27. Palop L, Martínez M. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2004; 28: 113-20.

28. Fernández Lisón B, Barón Franco B. eds. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados *Farm Hosp*, 30 (2006), pp. 280-28.
29. Piñeiro F, Gil V, Donis M. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipidemias. *Aten Primaria* 1997; 19: 465-468.
30. Gil V, Pineda M, Martínez J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
31. Piñeiro F, Donís M. Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado del control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulino dependiente y dislipidemia. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 565-7.
32. Cáceres FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB* 2004; 7:172-80.
33. Gene J, Font M. Utilización de los medicamentos. En: Martín A y Cano JF. *Aten. Primaria*. 3ª edición. Madrid; Mosby-Doyma, 1994: 220-35.
34. Palop L, Martínez M. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano: *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 113-20.
35. Merino SJ, Guillén F. (eds). El incumplimiento factor clave en el control de las enfermedades. Madrid; International Marketing and Communications, 2003: 9-16.
36. Rodríguez Chamorro M, Garcías E. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica, Madrid: Elsevier España; 2008. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicacion-del-cumplimiento-13125407> acceso 4 agosto 2017.

XIII ANEXO



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-LEON

Facultad de Ciencias Médicas

Adherencia al tratamiento en pacientes con LES en la fundación
FLESNIC ciudad de León.



No Ficha: _____

1) Datos del paciente.

- a) Nombres y apellidos _____ b) FechaNac D___/M___/A___
c) Sexo_____ d) Dirección domiciliar: _____
_____ e) Municipio: _____ f) Zona: _____
g) Estado Civil: _____ h) Religión: _____ i) Educación: _____ j) Ocupación: _____

2) Núcleo de la familia.

- a) Habitantes en la casa: ___ b) Número de hijos/a: ___ c) Es cabeza de familia _____

3) Datos de la enfermedad.

- a) ¿En qué año le diagnosticaron la enfermedad de LES? _____
b) ¿En qué año ingresa al programa? _____
c) Diagnostico:
1) LES_____ 2) Lupus discoide_____ 3) Secundario a medicamento_____
c) Enfermedades asociadas_____

4) Conocimiento sobre LES.

- a) ¿Es el lupus una enfermedad para toda la vida?
Si ___ No_____ No sabe _____
b) ¿Puede llevar una vida normal si toma correctamente el tratamiento?
Si ___ No_____ No sabe _____

c) ¿Mencione tres complicaciones que pueden ocasionarle la enfermedad?

a) _____ B) _____ C) _____ No sabe/no responde _____

5) Adherencia.

Test de Morisky-green.

¿Algunas veces olvida tomar los medicamentos? _____

¿Toma los medicamentos a la hora indicada? _____

¿Cuándo se encuentra bien deja de tomar la medicación? _____

Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja de tomarlo? _____

6) Factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

6.1 Relación médico paciente.

a) ¿Cómo clasifica la relación con su médico?

Excelente _____ Buena _____ Regular _____

b) ¿Entiende las explicaciones que su médico le indica sobre su enfermedad y la importancia del tratamiento?

Correctamente _____ Poco _____ Nada _____

c) ¿Su médico le ha proporcionado alguna técnica para que no olvide tomar el medicamento?

Si _____ No _____

d) ¿Su médico supervisa el cumplimiento del esquema de tratamiento?

Siempre _____ Algunas veces _____ Nunca _____

6.2 Relación con la familia.

a) ¿Los miembros del núcleo familiar son consciente de su enfermedad?

Todos _____ Algunos _____ Ninguno _____

b) ¿Recibe asistencia de los miembros de su hogar cuando la necesita?

Siempre _____ Algunas veces _____ Nunca _____

c) ¿Los miembros del núcleo de su familia contribuyen al fortalecimiento de su estado de ánimo?

Constantemente _____ Algunas veces _____ Nunca _____

d) ¿El acceso a los recursos económico afectan la adquisición del medicamento?

Si _____ No _____

6.3 Actitud personal ante su condición.

a) Pese a su condición ¿cómo valora su calidad de vida?

Muy buena ____ Buena ____ Regular ____ Mala ____

b) ¿Ha manifestado síntomas depresivos después del diagnóstico de su enfermedad?

Si ____ No ____

c) ¿Se ha familiarizado con su problema de salud?

Completamente ____ Muy poco ____ No lo he logrado ____

d) ¿Confía en el esquema de su tratamiento?

Si ____ No ____

6.4 Tratamiento.

Nombre del fármaco	Presentación en Mg	Intervalo	Vía de administración	Tiempo de tomarlo
Plaquinol				
Prednisona				
Ibuprofeno				
Pantoprazol				
Calcio				
Multivitaminas				
Loratadina.				
Hierro elemental.				
Protector solar				
Otros				

e) ¿La fundación le provee de todo el tratamiento? Si____ No_____

f) ¿Ha tenido algún malestar después de tomar sus medicamentos?

SI____ NO_____

Si es si ¿Qué malestares? _____

Después de tomar que medicamentos_____

Catálogo de las variables

VARIABLE	CATÁLOGO
Sexo	1 Femenino 2 Masculino
Municipio	1 León
Zona	1 Urbano 2 Rural
Estado civil	1 Soltero 2 Casado 3 Divorciado 4 Unión libre
Religión	1 Católico 2 Evangélico 3 Testigo de Jehová 4 Otro
Educación	1 Alta 2 Bajo
Ocupación	1 Ama de casa 2 Comerciante 3 Obrero 4 Operario 5 Otros
Cabeza De Familia	1 SI 2 NO
Enfermedad asociada	1 HTA 2 Cardiopatía 3 Diabetes 4 Nefropatía 5 Otro 6 Ninguno
4 a ¿Es el lupus una enfermedad para toda la vida?	1 Si 2 No 3 No sabe
4 b ¿Puede llevar una vida normal si toma correctamente el tratamiento?	1 Si 2 No 3 No sabe
5 Test de morisky-green	No Si No No
6 a ¿Cómo clasifica la relación médico	1 Excelente 2 Buena

paciente?	3 Regular
6 b Entiende las explicaciones que su médico le indica sobre su enfermedad y la importancia del tratamiento	1 Correctamente 2 Poco 3 Nada
6 c Su médico le ha proporcionado alguna técnica para que no olvide tomar el medicamento cirugía	1 Si 2 NO
6. d Su médico supervisa el cumplimiento del esquema de tx	1 Siempre 2 Algunas veces 3 Nunca
6.2 a Los miembros del grupo familiar son consiente de su enfermedad	1 Todos 2 Algunos 3 Ningunos
6.2 b Recibe asistencia de los miembro de su hogar cuando la necesita	1 Siempre 2 Algunas veces 3 Nunca
6.2 c Los miembros del núcleo familiar contribuyen al fortalecimiento de su estado de animo	1 Constantemente 2 Algunas veces 3 Nunca
6.2 d El acceso a los recursos económicos afecta la adquisición del medicamento	1 Si 2 No
6.3 a Pese a su condición ¿Cómo valora su calidad de vida?	1 Muy buena 2 Buena 3 Regular 4 Mala
6.3 b Ha manifestado síntomas depresivos después del diagnostico	1 Si 2 No
6.3 c Se ha familiarizado con su problema de salud	1 Completamente 2 Muy poco 3 No lo he logrado
6.3 d Confía en el esquema de su tratamiento	1 Si 2 No
6.4 Intervalo	1 una vez al día 2 dos veces al día 3 tres veces al día
6.4 Vía de administración	1 Oral 2 Parenteral 3 Tópica