



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 27 de junio de 2017

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Lina Andrea Sanchez Urrea, con C.C. No. 1'075.251.983,

María Alejandra Rodríguez Alvira, con C.C. No. 1'075.259.205,

Wilmar Mosquera Rico, con C.C. No. 1'079.173.528,

autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado Factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la unidad cardiovascular del HUHMP durante el segundo semestre del año 2016 presentado y aprobado en el año 2017 como requisito para optar al título de Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: *Lina Andrea Sánchez Urrea*

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: *Aleja Rodríguez A.*

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: *Wilmar Asprero Rico*



DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO

| | | | | | | | |
|---------------|---------------------|----------------|----------|-----------------|-------------|---------------|---------------|
| CÓDIGO | AP-BIB-FO-07 | VERSIÓN | 1 | VIGENCIA | 2014 | PÁGINA | 1 de 3 |
|---------------|---------------------|----------------|----------|-----------------|-------------|---------------|---------------|

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la unidad cardiovascular del HUHMP durante el segundo semestre del año 2016 presentado y aprobado en el año 2017 como requisito para optar al título de Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico;

AUTOR O AUTORES:

| Primero y Segundo Apellido | Primero y Segundo Nombre |
|--|--|
| Sanchez Urrea Rodríguez Alvira Mosquera Rico | Lina Andrea María Alejandra Wilmar |

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

| Primero y Segundo Apellido | Primero y Segundo Nombre |
|----------------------------|--------------------------|
| | |

ASESOR (ES):

| Primero y Segundo Apellido | Primero y Segundo Nombre |
|----------------------------|--------------------------|
| Gómez Tovar | Luz Omaira |

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Especialista Enfermería en Cuidado Crítico

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Especialización Enfermería Cuidado Crítico

CIUDAD: Neiva **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2017 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 98

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___
Grabados___ Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___
Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas o Cuadros X

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:



PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

1. Adherencia al tratamiento
2. Farmacoterapia
3. Enfermedad Cardiovascular

Inglés

- Adherence to treatment
Pharmacotherapy
Cardiovascular Disease

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Introducción: La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, es aquel cumplimiento de las recomendaciones dadas por un equipo de salud, quienes deben brindar herramientas que permitan a los usuarios tomar decisiones conscientes de los beneficios y complicaciones que conlleva el tratamiento de su enfermedad.

Objetivo: Identificar los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular del HUHMP.

Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo, de corte trasversal, con una población de 43 pacientes, aplicando el "Instrumento para valorar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular", creado, validado y modificado por Bonilla y Gutiérrez en 2009, su última actualización fue en 2014.

Resultados: Se evidenciaron aspectos sociodemográficos y clínicos, donde 62,8% eran hombres, estrato socioeconómico bajo (86%), escolaridad entre ninguna y bachiller incompleto (70%), encontrándose que a menor escolaridad menor grado de adherencia ($p=0.044$). Se evaluaron los factores que afectan la adherencia al tratamiento, siendo el factor socioeconómico el de mayor influencia (comportamientos no adherentes 20,9% y riesgo de no adherencia 39,5%), mientras que los factores relacionados con la terapia, mostraron una influencia positiva, teniendo una ventaja de adherencia del 79,1%.

Conclusiones: Los pacientes manifestaron un grado de adherencia positivo, pero hay que resaltar que casi la mitad de la población tuvo riesgo o comportamientos poco adherentes, lo que es necesario realizar un seguimiento a estos pacientes para prevenir las complicaciones de la enfermedad.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)



Introduction: The adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment is the compliance with the recommendations given by a health team, who must provide tools that allow users to make mindful decisions about the benefits and complications related with the treatment of their disease.

Objective: To identify the factors that affect the adherence to the pharmacological and non-pharmacological treatment of the patients who were treated in the Cardiovascular Unit of the Hernando Moncaleano Perdomo university hospital.

Methodology: A descriptive, quantitative, cross-sectional study with a target population of 43 patients, applying the "Instrument to assess the factors that influence adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments in people with risk factors for cardiovascular disease", created, Validated and modified by Bonilla and Gutiérrez in 2009, its last update was in 2014.

Results: The socio-demographic and clinical aspects of the population were evidenced, where 62.8% were men, the socioeconomic stratum low (86%), schooling between none and incomplete high school (70%), finding that the lower schooling had a lower degree of adherence ($p = 0.044$). Factors affecting adherence to treatment were evaluated, with the socioeconomic factor being the most influential (non-adherent behaviors 20.9% and risk of non-adherence 39.5%), whereas factors related to therapy showed an influence Positive, having an adhesion advantage of 79.1%.

Conclusions: Patients showed a positive degree of adherence, but it should be noted that almost half of the population had risk or poorly adherent behaviors, which is necessary to follow up these patients to prevent complications of the disease.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Brayant Andrade Méndez

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES QUE
FUERON ATENDIDOS EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR DEL HUHMP
DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2016

LINA ANDREA SANCHEZ URREA
MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ ALVIRA
WILMAR MOSQUERA RICO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION ENFERMERIA EN CUIDADO CRÍTICO
NEIVA
2017

FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES QUE
FUERON ATENDIDOS EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR DEL HUHMP
DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2016

LINA ANDREA SANCHEZ URREA
MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ ALVIRA
WILMAR MOSQUERA RICO

Trabajo presentado como requisito para optar al título de Especialista Enfermería
en Cuidado Crítico

Asesora:
Luz Omaira Gómez Tovar
Enfermera Universidad Surcolombiana
Magister en Enfermería

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION ENFERMERIA EN CUIDADO CRÍTICO
NEIVA
2017

Nota de aceptación:

Aprobado mediante Acta No. 001 del
9 de junio de 2017



Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, junio de 2017

Dedicado a las personas que
nos apoyaron en la realización del
presente proyecto investigativo y a su
motivación constante para el desarrollo
de la investigación en Enfermería

Lina
Aleja
Wilmar

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Sus familias por el apoyo incondicional, motivación y acompañamiento.

La Docente Luz Omaira Gómez Tovar, asesora de la investigación, por su disposición y orientación, por compartir sus conocimientos, su experiencia y su enorme paciencia, por lo cual se cumplió con los objetivos propuestos.

La Universidad Surcolombiana y a la Vicerrectoría de Investigación por el financiamiento de la investigación a través de la convocatoria para financiar trabajos de grado de grado y semilleros de investigación.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, por su disposición y acceso al sistema y a la información requerida para ubicar y contactar a los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular.

Los pacientes, que accedieron a participar en la investigación, permitiendo acudir a sus hogares y brindando información veraz y oportuna.

Por último, a los compañeros del grupo de investigación por su responsabilidad y dedicación en el desarrollo de la investigación, logrando el cumplimiento de los objetivos planteados.

CONTENIDO

| | Pág. |
|---|-------------|
| INTRODUCCIÓN | 16 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 19 |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 24 |
| 3. OBJETIVOS | 26 |
| 3.1. OBJETIVO GENERAL | 26 |
| 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 26 |
| 4. MARCO REFERENCIAL | 27 |
| 4.1. ANTECEDENTES | 27 |
| 4.2. MARCO CONCEPTUAL | 32 |
| 4.2.1. Rehabilitación Cardiopulmonar | 32 |
| 4.2.2. Adherencia terapéutica | 32 |
| 4.2.3. Factores que influyen en la adherencia terapéutica | 33 |
| 4.3. MARCO TEORICO | 35 |
| 4.3.1. Teoría de autocuidado | 35 |
| 4.3.2. Teoría del déficit de autocuidado | 37 |
| 5. DISEÑO METODOLÓGICO | 39 |
| 5.1. TIPO DE ESTUDIO | 39 |
| 5.2. POBLACIÓN | 39 |
| 5.3. MUESTRA | 39 |
| 5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN | 39 |
| 5.4.1. Criterios de inclusión | 39 |

| | Pág. |
|---|-------------|
| 5.4.2 Criterios de exclusión | 39 |
| 5.5. MÉTODO | 40 |
| 5.6. TÉCNICA | 40 |
| 5.7. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN E INSTRUMENTO | 40 |
| 5.8. PRUEBA PILOTO | 41 |
| 5.9. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | 41 |
| 5.9.1. Tabulación | 41 |
| 5.9.2. Análisis | 41 |
| | |
| 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS | 42 |
| | |
| 7. RESULTADOS | 43 |
| 7.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR. | 44 |
| 7.1.1. Características sociodemográficas | 44 |
| 7.1.2. Características clínicas | 46 |
| 7.2. FACTORES SOCIOECONÓMICOS, RELACIONADOS CON EL EQUIPO DE SALUD, CON EL TRATAMIENTO Y CON LA CONDICIÓN DEL PACIENTE, QUE AFECTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR | 49 |
| 7.2.1. Factores socioeconómicos que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular | 49 |
| 7.2.2. Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular. | 52 |
| 7.2.3. Factores relacionados con la terapia que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular. | 54 |

| | |
|---|----|
| 7.2.4. Factores relacionados con la condición del paciente que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular. | 55 |
| 7.3. GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR | 57 |
| 8. DISCUSIÓN | 62 |
| 9. CONCLUSIONES | 69 |
| 10. RECOMENDACIONES | 72 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 74 |
| ANEXOS | 79 |

LISTA DE TABLAS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Tabla 1 Distribución y medidas de tendencia central según edad de los pacientes. | 44 |
| Tabla 2 Distribución porcentual de pacientes participantes, según características sociodemográficas. | 45 |
| Tabla 3 Distribución porcentual de pacientes según el diagnóstico actual | 46 |
| Tabla 4 Distribución y medidas de tendencia central según el tiempo de diagnóstico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular. | 46 |
| Tabla 5 Distribución porcentual de pacientes según antecedentes patológicos. | 47 |
| Tabla 6 Distribución porcentual de pacientes a quienes les realizaron intervenciones quirúrgicas en los últimos 5 años. | 47 |
| Tabla 7 Distribución porcentual de pacientes con limitaciones físicas relacionadas con la enfermedad. | 47 |
| Tabla 8 Distribución porcentual de pacientes presencia de síntomas relacionados a su enfermedad. | 48 |
| Tabla 9 Distribución porcentual de pacientes según opciones de respuesta, para valoración del factor socioeconómico (Preguntas de la 1 a la 14 del Instrumento de Bonilla y Gutiérrez). | 49 |
| Tabla 10 Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión socioeconómica que afecta la adherencia. | 50 |
| Tabla 11 Análisis entre las características sociodemográficas de los pacientes encuestados y los factores socioeconómicos que afectan la adherencia. | 51 |

Tabla 12 Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud (Preguntas de la 15 a la 35 del Instrumento de Bonilla y Gutiérrez). 52

Tabla 13 Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con el proveedor: sistema y equipo de salud. 53

Tabla 14 Análisis entre el tipo de seguridad y los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud. 53

Tabla 15 Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con la terapia que afectan la adherencia (Preguntas de la 36 a la 45 del Instrumento de Bonilla y Gutiérrez). 54

Tabla 16 Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con la terapia. 54

Tabla 17 Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con la condición del paciente (Preguntas de la 46 a la 53 del Instrumento de Bonilla y Gutiérrez). 55

Tabla 18 Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con el paciente. 56

Tabla 19 Análisis entre las limitaciones con la movilidad y los factores relacionados con la condición del paciente que afectan la adherencia. 56

Tabla 20 Análisis entre el síntoma palpitaciones y los factores relacionados con la condición del paciente que afectan la adherencia. 57

Tabla 21 Distribución porcentual de los pacientes según el grado de adherencia al tratamiento. 57

Tabla 22 Coeficiente de Correlación de Pearson entre el estrato socioeconómico y el grado de adherencia. 58

Tabla 23 Coeficiente de correlación de Pearson entre los factores que afectan la adherencia y el grado de adherencia de los pacientes participantes en el estudio. 58

Tabla 24 Distribución porcentual de los 19 pacientes no adheridos o en riesgo de no adherencia, según sus características sociodemográficas y clínicas. 60

LISTA DE ANEXOS

| | Pág. |
|---|-------------|
| ANEXO A operacionalización de variables | 81 |
| ANEXO B Formato de recolección de la información sobre características sociodemográficas y clínicas que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la unidad cardiovascular del HUHMP | 88 |
| ANEXO C Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular | 89 |
| Anexo D Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación en enfermería | 92 |
| ANEXO E Cronograma | 98 |
| ANEXO F Presupuesto | 99 |

RESUMEN

Introducción: La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, es aquel compromiso y cumplimiento de las recomendaciones dadas por un equipo de salud, quienes deben brindar herramientas que permitan a los usuarios tomar decisiones con seguridad, autonomía y conscientes de los beneficios y complicaciones que conlleva el tratamiento de su enfermedad. Según la OMS 2013 (1) estas patologías son la principal causa de muerte en el mundo. Por esta razón, es necesaria la realización de investigaciones que evidencien los factores que afectan la adherencia al tratamiento, y el aporte de todas las personas participes de este proceso como la familia y el personal de salud.

Objetivo: Identificar los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes atendidos en la Unidad Cardiovascular del HUHMP, durante el segundo semestre del año 2016.

Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo y de corte trasversal, con una población de 43 pacientes, a quienes se les aplicó el instrumento denominado "Instrumento para valorar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular", creado, validado y modificado por Bonilla y Gutiérrez en 2009, su última actualización fue en 2014, quienes dieron asentimiento para su uso en la presente investigación.

Resultados: Dentro de los aspectos sociodemográficos y clínicos de la población, fue relevante que el 62,8% eran hombres, su estrato socioeconómico fue principalmente bajo (86%) con una correlación positiva directa (Pearson= 0.82), mostrando que a menor estrato socioeconómico menor grado de adherencia. La escolaridad entre ninguna y bachiller incompleto (70%), aspecto que fue estadísticamente significativo ($p=0.044$). Se evaluaron los factores que afectan la adherencia, siendo el factor socioeconómico el de mayor influencia (comportamientos de no adherencia 20,9% y riesgo de no adherencia 39,5%). Mientras que los factores relacionados con la terapia, mostraron una influencia positiva, teniendo una ventaja de adherencia del 79,1%.

Conclusiones: Los pacientes manifestaron un grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico prioritariamente positivo, pero hay que resaltar que casi la mitad de la población tuvo riesgo o comportamientos poco adherentes, lo que es necesario realizar un seguimiento y continuidad a estos pacientes para que no tengan una recaída y prevengan las complicaciones propias de la enfermedad.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, farmacoterapia, enfermedad cardiovascular (fuente: DeCs).

ABSTRACT

Introduction: Adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment is that commitment and compliance with the recommendations given by a health team, who must provide tools that allow patients to make decisions with security, autonomy and aware of the benefits and complications that entails the treatment of his illness. This factor is of great importance in cardiovascular diseases, the main cause of death in the world, being responsible for the death of 42% of men and 52% of women (1), according to the WHO database on mortality in the year 2013. For this reason, it is necessary to carry out a research that shows the factors that affect adherence to treatment, and the contribution of all the people involved in this process, such as the family and health personnel.

Objective: To identify the factors that affect the adherence to the pharmacological and non-pharmacological treatment of the patients treated in the Cardiovascular Unit of HUHMP during the second half of 2016.

Methodology: A descriptive, quantitative and cross-sectional study with a population of 43 patients, who were given the instrument called "Instrument to assess the factors that influence adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments in people with risk factors of cardiovascular disease", created, validated and modified by Bonilla and Gutiérrez in 2009, its last update was in 2014, who gave assent to its use in the present investigation.

Results: Various data were collected for 6 months, where the sociodemographic and clinical aspects of the population were initially recorded, of which 62.8% were men, their socioeconomic stratum was mainly low (86%), their education between none and incomplete bachelors (70%), finding that the lower schooling had a lower degree of adherence ($p = 0.044$); (32.6%), AMI (23.3%), valvular change (18.6%) and multiple vessel disease (16.3%) were the most common medical diagnoses. Factors affecting adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment were evaluated, with the socioeconomic factor being the most influential (non-adherence behaviors 20.9% and non-adherence risk 39.5%), while factors related to Therapy, showed a positive influence, having an adherence advantage of 79.1%.

Conclusions: Patients showed a positive adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment, but it should be noted that almost half of the population had a risk or poorly adherent behaviors, which is necessary to follow up and continue these patients so that do not have a relapse and prevent complications of the disease.

Key words: Adherence to treatment, pharmacotherapy, cardiovascular disease
(source:DeCs)

INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, es aquel compromiso y cumplimiento de las recomendaciones dadas por un prestador de salud y además depende de múltiples factores que comprenden todos los aspectos de un ser biopsicosocial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el grado en que el comportamiento de una persona, entendido en términos de toma de los medicamentos, seguimiento a un régimen alimentario y en ejecución de cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de cuidados de la salud (1). También es definida como el grado en el cual los pacientes siguen las instrucciones y sugerencias para seguir un tratamiento (2).

Además de esto, el término adherir proviene del latín adhaerere “estar pegado”, compuesta del prefijo latino ad-(hacia), es un concepto intransferible, directamente relacionado con la percepción y perseverancia de cada individuo, sometido diariamente a llevar a cabo un tratamiento para mejorar y conservar su bienestar.

Así, son principalmente las enfermedades cardiovasculares, aquellas que requieren mayor adherencia a los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, debido a su complejidad y alto impacto en el estado de bienestar y calidad de vida de las personas que las padecen, debido a que son las responsables del fallecimiento del 42% de hombres y del 52% de mujeres(3), según la base de datos de la OMS sobre mortalidad en el año 2013. Además en el 2012 la OMS indica que murieron por esta causa aproximadamente 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los accidentes cerebrovasculares(1), pero, además, refiere que el 80% de los Infartos Agudos al Miocardio (IAM) y de los Accidentes cerebrovasculares prematuros, son prevenibles(4).

La no adherencia al tratamiento, por parte de las personas que tienen enfermedades cardiovasculares, representa grandes riesgos y costos para los pacientes, sus familias, para las aseguradoras y para el sistema de salud en general, ya que continúan siendo la principal causa de muerte en el mundo (4), ocasionan complicaciones ampliamente limitantes y reducen la calidad y expectativa de vida.

Por lo cual, en los diferentes programas y servicios hospitalarios se deben ofrecer las herramientas que permitan a los usuarios tomar decisiones con seguridad, autonomía, conscientes de los beneficios y complicaciones que

conlleva no dar continuidad al tratamiento médico, las recomendaciones sobre el ejercicio, alimentación y cuidados específicos dependientemente de la patología.

Sin embargo, múltiples factores limitan o condicionan esta adherencia al tratamiento, ya que los pacientes requieren de recursos económicos, de acompañamiento familiar, de capacidades cognitivas, de De este modo, se han estructurado múltiples estrategias sociales, económicas y culturales respondiendo a las necesidades de mejoramiento continuo, cumpliendo con las normas y procesos de habilitación, respondiendo a la satisfacción del usuario. Por esta razón, es necesaria la realización de investigaciones que evidencien la realidad de la adherencia al tratamiento, y el aporte de todas las personas participes de este proceso como la familia y el equipo de salud.

Así, desde la disciplina de Enfermería se han hecho aportes significativos para el abordaje de la adherencia, teniendo en cuenta que es un factor de gran impacto en la recuperación y calidad de vida de los pacientes. Desde 2006, las enfermeras Bonilla y Gutiérrez, a través de un proceso investigativo, diseñaron y validaron un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, teniendo como base las premisas expuestas por la OMS y el Modelo Conceptual de Dorotea Orem con la cual se construye el autocuidado como un acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia que cuando se lleva a cabo eficazmente contribuye en forma específica a la integridad estructural, el funcionamiento y el desarrollo de los seres humanos. Este instrumento evalúa los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, se encuentra en su tercera versión con 53 ítems y está validado con un Alfa de Crombach de 0.85 (5).

Razón por la cual, esta investigación tuvo como objetivo identificar los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular del Hospital Universitario de Neiva, mediante la aplicación de un instrumento diseñado para tal fin, creado y validado por Bonilla y Gutiérrez. Para, el logro de este objetivogeneral se siguió un diseño metodológico, con un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal con respecto al tiempo de medición de las variables y recolección de la información.

La población de estudio correspondió a 43 usuarios de la unidad cardiovascular, quienes ingresaron durante los meses de junio a diciembre de 2016. Se estudiaron las características sociodemográficas y su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. La información fue tabulada y analizada en el programa Microsoft Office Excel versión 2010.

Se tuvieron en cuenta los principios éticos para la investigación en salud, principalmente los expuestos en la Resolución 8430 de 1993 y la declaración de

Helsinki, por lo cual se dio a conocer un consentimiento informado a los participantes y tenían la libertad de participación en el estudio. De igual manera, el presente estudio no representó riesgo alguno para los participantes, pero si genera un impacto positivo para los pacientes, para el Hospital y el sistema de salud, ya que permite acceder a información sobre el comportamiento de los usuarios frente a unas recomendaciones fundamentales para el bienestar de su salud y así poder evitar complicaciones a corto y largo plazo, que afecten la calidad de vida.

Posteriormente, después de un proceso y rigor metodológico, se presentan los resultados obtenidos, junto con un análisis sustentado por las diversas investigaciones que enmarcan esta problemática y desde la teoría de Dorotea Orem. Se finaliza este proceso con las conclusiones y recomendaciones del estudio; evidenciando que se brinda solución a la pregunta de investigación y se da cumplimiento a los objetivos formulados.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Adherencia terapéutica es definida en 2004 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su proyecto “Adherencia a los tratamientos a largo plazo” como el grado en que el comportamiento de una persona, entendido en términos de toma de los medicamentos, seguimiento a un régimen alimentario y en ejecución de cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de cuidados de la salud; teniendo en cuenta que la relación entre el prestador y el paciente, sea de calidad, aspecto fundamental para la adherencia al tratamiento (1). También es definida como el grado en el cual los pacientes siguen las instrucciones y sugerencias para seguir un tratamiento (2).

De este modo, son principalmente las enfermedades cardiovasculares, aquellas que requieren mayor adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, debido a su complejidad y alta afectación en el estado de salud y calidad de vida de las personas que las padecen.

Estas Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son definidas por la OMS como un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluye: la cardiopatía coronaria, las enfermedades cerebrovasculares, las arteriopatías periféricas, la cardiopatía reumática, las cardiopatías congénitas, las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares (3). Además, continúan siendo la principal causa de muerte en el mundo, al ser las responsables del fallecimiento del 42% de hombres y del 52% de mujeres (3), según la base de datos de la OMS sobre mortalidad en el año 2013.

Así mismo, la OMS reportó que en el 2012 murieron por esta causa aproximadamente 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los accidentes cerebrovasculares (3), pero además, refiere que el 80% de los Infartos Agudos al Miocardio (IAM) y de los Accidentes cerebrovasculares prematuros, son prevenibles (3)

De igual manera, en 2012, Gómez (6) en su estudio denominado “Morbilidad cardiovascular en el mundo”, refiere que en Estados Unidos para los próximos 20 años, más del 40% de la población tendrá algún tipo de enfermedad cardiovascular, lo que triplicaría los costos médicos relacionados con el cuidado de las enfermedades cardiovasculares, pasando de un valor actual de 273 a 800 billones de dólares; además, el autor cita a la American Heart Association (AHA), quienes calculan que la prevalencia de la enfermedad cardiovascular aumentará en un 10% para los próximos 20 años, debido a los pocos cambios en prevención y tratamiento.

Por otro lado, la Sociedad Europea de Cardiología en su informe sobre Estadísticas de Enfermedades Cardiovasculares Europeas del 2012 (7), estima que cada año la enfermedad cardiovascular causa 4 millones de fallecimientos en Europa, con un 47% del total de muertes y 1,9 millones en la Unión Europea, con un 40% del total de muertes. Por tanto, en Europa el costo estimado de la enfermedad cardiovascular es de 196.000 millones de euros anuales, aproximadamente el 54% de la inversión total en salud.

De igual manera, Di Cesare (8), en el documento “Perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones”, del año 2011, destaca que entre las primeras causas de muerte en Latinoamérica se encuentran las enfermedades del corazón, con el 10,9% del total de defunciones y las enfermedades cerebrovasculares, con el 8,2% lo que conlleva al gran reto que deben enfrentar estos países en vía de desarrollo, puesto que dichas enfermedades generan grandes costos para su tratamiento y rehabilitación, siendo indispensable implementar el componente de promoción y prevención para disminuir su incidencia.

Colombia no es ajena a esta situación, según lo expone el Ministerio de Salud y la Protección social en el año 2014, en la población femenina del país predomina la enfermedad cardiovascular y la Insuficiencia Cardíaca, mientras que los hombres la enfermedad coronaria y la cardiopatía isquémica (9).

Además, el Ministerio de Salud afirma que, en la actualidad, Colombia enfrenta una epidemia de enfermedades cardiovasculares, siendo el infarto, la trombosis, la hipertensión y la diabetes, las principales causas de mortalidad. En el caso de la ECV, caracterizada por una aparición gradual de los síntomas, una larga duración y es causada por hábitos de vida poco saludables, como sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol (9), es de resaltar que las acciones de promoción y prevención son de gran importancia para disminuir estas complicaciones.

Según Gómez, en su artículo “Las Enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global”, refiere que las cifras anteriormente mencionadas, se podrían explicar por varios factores, por un lado, las deficiencias en los sistemas de salud, en cuanto a su capacidad para generar acciones de promoción y prevención, igualmente por las deficiencias en las intervenciones y tratamientos; y por otro lado, el aumento de los factores de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular (6).

Esta información estadística evidencia el impacto de la enfermedad cardiovascular en la sociedad, sin embargo, lo más preocupante radica en los factores de riesgo, los cuales son bastante comunes en el contexto actual, son prevenibles, algunos de estos guardan relación con la forma de vivir, lo que denota una gran relevancia

al ser necesaria su identificación oportuna, para que posteriormente puedan ser intervenidos.

Estos factores influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, actuando directamente sobre la evolución favorable, rehabilitación y mejoría de los estilos de vida del paciente. De igual forma, se considera que el deficiente cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas, son un tema prioritario de la salud pública (10).

Es por esto, que dentro de las múltiples acciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas que se implementan para la recuperación de estos pacientes, se encuentra el programa de rehabilitación cardiopulmonar, definido por la OMS como el conjunto de medidas terapéuticas para el cuidado integral de los pacientes con ECV, los cuales según, Suarez (11), se consideran como una de las principales estrategias de intervención, que han demostrado efectividad en múltiples patologías cardiopulmonares, lo que conlleva a una mejoría de la capacidad funcional y de la calidad de vida de los pacientes cardiacos sometidos a estas.

Así, en 2013 Clarck (12), desarrolla una revisión sistemática de 62 estudios denominada "Factors influencing participation in cardiac rehabilitation programmes after referral and initial attendance" donde identifica la existencia de ciertas barreras que impiden la participación en los programas de rehabilitación cardíaca. Dichas limitaciones hacen referencia a aquellas que están relacionadas con los siguientes aspectos: creencias acerca del manejo de su enfermedad, el medio en el que vive, la distancia que debe recorrer desde donde se encuentra hasta el sitio del programa, las situaciones laborales y la atención del sistema de salud al que pertenece; finalmente concluyen que estos factores que reducen la participación en estos programas, pero susceptibles de intervención, los cuales también podrían influenciar en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Respecto a la adherencia terapéutica es importante resaltar que la deficiente adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles tiene consecuencias negativas, principalmente para la salud del paciente, para el sistema de servicios de salud en lo relativo al incremento del costo económico y la calidad de la atención (13).

Por tanto, la deficiente adherencia en el tratamiento a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la promoción de la salud de la población mundial y local, desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud (14).

Así, es fundamental identificar los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico para disminuir la posibilidad de presentar complicaciones que van a reducir la calidad de vida de los pacientes, de forma que podrán reconocerse y en un futuro intervenir oportunamente.

Para este propósito es necesaria la participación de profesionales de Enfermería, quienes desempeñan una labor imprescindible en la educación al paciente y la familia, partiendo de unos conocimientos y experiencias necesarias para un abordaje holístico, con el propósito de crear intervenciones eficaces que permitan la adherencia a los programas y reducir el impacto económico y social de las enfermedades crónicas.

Esta problemática también se presenta en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de Neiva, donde se cuenta con una Unidad Cardiovascular que brinda los servicios de Hemodinamia y cirugías cardiovasculares, entre otros. Aquí los pacientes que ingresan al programa han sido sometidos a cirugías cardíacas, cateterismos cardíacos o reciben tratamiento médico para su patología.

Por lo cual, el HUHMP ha orientado el programa de Rehabilitación Cardiopulmonar según lo define López (15), como el conjunto de actividades necesarias para asegurar a las personas con enfermedades cardiovasculares una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como le sea posible en la sociedad. Igualmente, encaminado para realizar seguimiento a su tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

En la actualidad el programa no cuenta con un equipo multidisciplinario, solo con la participación activa y continua de una terapeuta física especialista en rehabilitación cardiopulmonar; careciendo de una enfermera profesional que oriente los cuidados a los pacientes de una manera holística, donde se incluya a su familia, su vida laboral, social, cultural y espiritual, para favorecer el restablecimiento de la salud y la adquisición de nuevos hábitos de vida saludable.

En el HUHMP, durante el primer semestre del año 2016 han sido atendidos en la unidad cardiovascular aproximadamente 65 pacientes, con un promedio de 13 personas por mes, de los cuales 69% no asistieron al programa de rehabilitación cardiovascular, hecho que genera amplia preocupación, ya que es indispensable contar con un seguimiento y participación constante de los pacientes, para lograr el mejoramiento y la prevención de complicaciones. Esto suscita la necesidad de conocer qué factores afectan la adherencia al tratamiento.

Después de una revisión bibliográfica, se pudo destacar que en el departamento del Huila no se ha estudiado este tema, por tanto, es necesario realizar estudios que aborden dichos aspectos, que sirvan de base para promover en los pacientes

la adherencia al tratamiento. Lo anteriormente enunciado evidencia un vacío en el conocimiento relacionado con la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular del HUHMP, durante el segundo semestre del año 2016?

2. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad cardiovascular es una patología que ha aumentado su incidencia, según la OMS continúan siendo la principal causa de muerte en el mundo, al ser las responsables del fallecimiento del 42% de los hombres y 52% de las mujeres (3), por lo cual es de gran valor su prevención y adecuado manejo de complicaciones que generen limitaciones, poca calidad de vida y un alto costo, tanto para el paciente y su familia, como para el sistema de salud.

De tal forma, dentro del manejo que se hace de estas patologías, es relevante el control de los factores de riesgo que intervienen en su desarrollo, siendo necesario tener un buen manejo tanto farmacológico como de medidas de soporte, para mejorar las condiciones de vida y el bienestar de los pacientes (16).

Es entonces indispensable identificar dichos factores que afectan a los pacientes, ya que la adherencia a un tratamiento es un problema que se evidencia en todas las edades, en el cual influyen unos determinantes como cronicidad de la enfermedad, factores socio-demográficos, entre ellos la edad, la comprensión y la percepción de la enfermedad, la educación y el estrato social, éste último por los costos de la medicación (17).

Por esta razón es pertinente la realización del presente estudio, ya que pretende hacer aportes para la detección de los factores que afectan a los pacientes cardiovasculares de la localidad, teniendo en cuenta las diversas características situacionales de la región y las propias del paciente y su familia.

De igual manera, esta investigación es novedosa, debido a que en el departamento del Huila y en su capital Neiva, no se han realizado investigaciones que aborden dicha problemática sobre los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular, esto es preocupante debido a que las instituciones de salud deben investigar los aspectos que contribuyen a la noadherencia para implementar estrategias y actuar en favor de la calidad de vida.

Su realización es viable y factible porque la investigación cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para su ejecución, investigadores idóneos, acceso a la información y pacientes, a través del convenio docencia servicio entre la Universidad y el Hospital, al igual que asesores metodológicos y temáticos.

Los resultados de la investigación beneficiarán a los pacientes, a sus familiares, al equipo de salud y a la profesión de Enfermería, ya que permitirán conocer los verdaderos motivos que afectan la adherencia al tratamiento desde las realidades que cada paciente vive de manera individual, familiar y socialmente, para de esta manera contar con información que sirva de insumo para el planteamiento de

futuras estrategias que reduzcan dichos factores desde los cuidados de Enfermería.

Finalmente, se hace un aporte a la disciplina de Enfermería, con la aplicación de un instrumento elaborado y validado por Enfermería, el cual surgió desde un análisis concienzudo de la teoría de Enfermería de Dorotea Orem sobre el Autocuidado, y pretende hacer aportes que beneficien y encausen el cuidado que requieren los pacientes con patologías crónicas.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular del HUHMP, durante el segundo semestre del año 2016.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes participantes en el estudio.
- Identificar los factores socioeconómicos, relacionados con el equipo de salud, con el tratamiento y con la condición del paciente, que afectan su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Determinar el grado de adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la unidad cardiovascular.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. ANTECEDENTES

La adherencia es un fenómeno de amplio estudio y discusión, debido a las implicaciones que conlleva su medición y a los efectos que genera en el estado de salud de las personas, principalmente para aquellos que cursan con patologías cardiovasculares, ya que el seguir las recomendaciones y cuidados indicados, puede garantizarles mejor calidad de vida y reducción en el riesgo de presentar complicaciones. Así, a través de diversos estudios, la adherencia se ha determinado como un elemento condicionante en la situación de salud y se han establecido los factores que la afectan; por lo cual, en el presente capítulo se relaciona el estado del arte de los últimos años, que enmarca este tema, y desde el cual puede percibirse un vacío en el conocimiento que pretende ser abordado en esta investigación.

De este modo, En el año 2012, se realizó un estudio en Montería-Colombia, por Herrera ((18)), sobre la adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial, donde concluyó que la mayoría de las personas, el 61%, se encontraron en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo cual guarda relación con los factores socioeconómicos y los relacionados con el proveedor. Los factores relacionados con la terapia y con el paciente reflejaron una situación de ventaja para la adherencia.

En Turquía, Karakurt y Kasikçi 2012 (19), en su estudio "Factors affecting medication adherence in patients with hypertension", describe que la adherencia está asociada principalmente con un fracaso o incapacidad para comprender el comportamiento esencial de la salud por parte de los pacientes y un fracaso en la sensibilización a través de la formación necesaria por parte de los administradores.

Además, en un estudio realizado en Mangaduari-Brasil, en el 2014, por Da Silva y colaboradores (20), relacionado con el conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia, se evidenció que las prescripciones farmacológicas complejas, poco conocimiento sobre la enfermedad e insatisfacción con el servicio de salud influyen en el proceso de la no adhesión al tratamiento medicamentoso antihipertensivo.

En el mismo año, se desarrolló en Chile, por Sandoval y colaboradores (21) una investigación acerca de la influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, demostrando que la inadecuada

relación médico-paciente, alto nivel de estrés emocional y depresión, bajo nivel de educación e ingreso y el sexo masculino influyen en la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Igualmente, en Madrid-España en el 2014, se realizó un estudio por Escolar y colaboradores (22), sobre de la relación profesional sanitario-paciente en la adherencia al tratamiento, donde se encontró que la percepción que tienen los pacientes del apoyo recibido por los profesionales en los programas de rehabilitación cardiaca, ejerce un efecto positivo en la adhesión al tratamiento a largo plazo, manteniendo los cambios en el estilo de vida promovidos por el tratamiento por más de 12 meses. Estos resultados muestran, por tanto, que la buena relación profesional sanitario-paciente en los programas de rehabilitación cardiaca, favorece que los pacientes adquieran y mantengan un estilo de vida más saludable.

Al mismo tiempo, en el estudio realizado por Núñez en el año 2014 (23), sobre adherencia en pacientes polimedcados, se analizó una población de 375 individuos mayores de 65 años donde la mayoría de los sujetos de la muestra tenían más de ocho medicamentos; concluyendo que este es un factor primordial porque influye directamente en la adherencia, de tal manera que, a mayor número de medicamentos, menor es el cumplimiento.

Es importante mencionar el estudio realizado por Conthe y colaboradores en el año 2017 (24), donde atribuyen la inadecuada adherencia terapéutica a la falta de educación sanitaria sobre la enfermedad padecida, la complejidad del tratamiento, la inadecuada relación médico-paciente, falta de conocimiento del uso del medicamento, la aparición de reacciones adversas y la falta de soporte sanitario, social y familiar. Por tanto, es fundamental el planteamiento de estrategias donde se actué o intervengan las diferentes causas de manera repetitiva y durante un largo periodo de tiempo debido a que su eficacia disminuye con el tiempo.

En cuanto a la adherencia a tratamientos de enfermedades crónicas el estudio realizado por Burnier en el año 2014 (25), apoya la idea de que la adhesión al fármaco es uno de los principales problemas de la hipertensión resistente, que afecta probablemente al 30-50% de los pacientes, además refiere que la adherencia a la medicación se basa esencialmente en tres componentes: primero, la aceptación inicial que conduce al inicio de la terapia; En segundo lugar, la ejecución diaria del régimen de dosificación y, en tercer lugar, la persistencia del tratamiento. El proceso de aceptación inicial es crucial y explica por qué aproximadamente el 5% de los pacientes nunca inician su tratamiento. Sin embargo, parece claro que el principal problema en el manejo a largo plazo de enfermedades como la hipertensión es la baja persistencia. De hecho, algunos estudios clínicos que involucran a médicos y pacientes motivados, la persistencia

de la terapia al año es de aproximadamente el 50%, lo que significa que la mitad de los pacientes han dejado de tomar sus medicamentos.

Seguidamente en el año 2016, Shehab et al (26), en Emiratos Árabes Unidos, desarrollan el estudio “Evaluation and implementation of behavioral and educational tools that improves the patients’ intentional and unintentional non- adherence to cardiovascular medications in family medicine clinics” donde describen que la falta de comprensión de los pacientes de su estado de salud y la adhesión al tratamiento son retos para el personal de salud. Identificaron que los pacientes son resistentes a modificar su estilo de vida y su régimen farmacológico, lo que conduce aún más al desarrollo de enfermedades vasculares, esto debido a creencias negativas o barreras motivacionales ($p=0,027$), barreras de recuerdo o memoria del tratamiento ($p=0,014$) y barreras de acceso ($p=0,019$). De forma que implementan herramientas conductuales y educativas dirigidas a los pacientes, al proveedor y al sistema de salud, para mejorar la adherencia en pacientes con patologías cardiovasculares; al final de estudio, lograron una mejora significativa de la adherencia farmacológica ($p<0,01$).

En 2015 en Perú, González Torres (27) desarrolla la tesis: “Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar, asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2”, allí, a través de un método analítico de casos y controles, prospectivo, transversal, encuentra que la adherencia al tratamiento está influenciada por la disfunción familiar ($p=0,00$; $OR=4$) y el pobre conocimiento sobre la diabetes ($p=0,01$; $OR=3,1$). Estos elementos denotan un gran aporte para el planteamiento y desarrollo de estrategias encaminadas a fortalecer o mejorar la adherencia farmacológica y no farmacológica.

De igual manera, una investigación realizada en Ecuador en el 2016, por Orellana y colaboradores (28), sobre la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo y a factores relacionados, arrojó que la prevalencia de adherencia al tratamiento alcanzó el 39,9%, siendo el factor más importante para la no adherencia el relacionado con el paciente ($p<0,05$), estos hallazgos indican que una eficiente motivación de la persona permite lograr altos índices de adherencia al tratamiento, por lo que el esfuerzo debe basarse en cambiar la concepción del individuo en relación a su enfermedad.

En el mismo año en Jordan, Akhu-Zaheya y W. Shiyab (29), realizan un ensayo clínico controlado denominado “The effect of short message system (SMS) reminder on adherence to a healthy diet, medication, and cessation of smoking among adult patients with cardiovascular diseases”. Inicialmente, las autoras encuentran que los programas de rehabilitación para los pacientes con patologías cardiovasculares tienen una muy alta inasistencia debido principalmente a barreras logísticas como dificultades de transporte, costo financiero, vergüenza y accesibilidad a los servicios de salud; por lo cual, a través de la tele-enfermería

logran mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y a la alimentación saludable con el uso de mensajes cortos a sus pacientes, donde les motivaban a dejar de fumar, tomar la medicación y consumir una dieta mediterránea.

Específicamente en el estudio “Factors that influence treatment delay in patients with colorectal cancer”, Zarcos y colaboradores en el año 2017 (30), resalta que es esencial la realización de estudios donde se brinde información acerca de los factores que influyen en la adherencia terapéutica para conformar acciones en las cuales se tomen ciertos grupos de población, con hábitos de vida poco saludables y un bajo perfil educativo, características que aumentan el riesgo de no adherencia, donde se ofrezca una mayor atención a la educación saludable respecto a los síntomas iniciales relacionados con las enfermedades crónicas estudiadas y especialmente entre los grupos sociales con un nivel educativo bajo. Además, el personal de salud responsable del tratamiento también debe ser consciente de que estos pacientes requieren atención especial.

Posteriormente en Dinamarca, Lynggaard et al, en 2017 (31) también desarrollan un ensayo clínico controlado aleatorizado llamado: “The patient education — Learning and Coping Strategies — improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB)”, donde aplicaron a 825 pacientes con cardiopatía isquémica o insuficiencia cardiaca dos herramientas educativas que fortalecían la adherencia al tratamiento. Ambos grupos (intervención y control) recibieron la misma cantidad de horas de entrenamiento y educación. Aquí, se observó alguna evidencia de efectos mayores en el grupo intervención sobre la adherencia en los pacientes con baja educación y bajos ingresos familiares. De este modo, llama la atención que factores como los bajos niveles de educación y de ingresos de los hogares, son los que más requieren intervención para mejorar su adherencia, más aún teniendo en cuenta que dicho estudio fue realizado en un país desarrollado, por lo que es posible suponer que dichos factores también pueden afectar la adherencia en Colombia, país en vía de desarrollo, donde se agudiza el bajo nivel educativo y los bajos ingresos económicos.

Continuando con los factores sociodemográficos en el estudio realizado por Sidney C. Smith en el mismo año (32), resalta la educación como un marcador para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico recomendado, además considera importante el impacto de los medios en la educación del paciente ya que en una publicación reciente de Dinamarca sobre 674.000 individuos de 40 años de edad, los cuales habían iniciado la terapia con estatinas durante el período 1995-2010, se reconoció la asociación de 1.931 noticias relacionadas con las estatinas (110 clasificadas como negativas, 1.090 como neutras y 731 como positivas) de los periódicos, las revistas, la radio, la televisión, los Web, y las noticias, donde la suspensión temprana de las estatinas aumentó durante el período del estudio del 6% al 18% y se asoció positivamente con noticias negativas.

Por lo tanto, es de gran importancia la elaboración de estudios donde se evalúe, la adherencia a los diferentes programas, efectividad en la recuperación de la salud y calidad de vida de las personas para disminuir la morbimortalidad y la ocurrencia de nuevos eventos coronarios, al igual que reduce costos para los pacientes, su familia y para el sistema en general.

Lo anterior muestra que en Colombia existe un importante interés por aquellos temas relacionados con la enfermedad cardíaca y su proceso de adherencia. Sin embargo, es preocupante que a nivel regional no se encuentran estudios relacionados, encontrándose un vacío en el conocimiento, que pretende ser abordado en la presente investigación.

Desde la disciplina de Enfermería se han hecho aportes significativos para el abordaje de la adherencia, teniendo en cuenta que es un factor de gran impacto en la recuperación y calidad de vida de los pacientes. Así, desde 2006, las enfermeras Bonilla y Gutiérrez, a través de un proceso investigativo, diseñó y validó un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, teniendo como base el Modelo Conceptual de Dorotea Orem, en particular la capacidad de agencia del autocuidado; y las premisas expuestas por la OMS como comportamiento de la adherencia en la salud. Este instrumento evalúa los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, de forma que estimula la creación de estrategias o programas de promoción y prevención más dinámicos, basados en las experiencias de los pacientes, y puede ser aplicado en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (2).

El instrumento denominado “Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” inicialmente se construyó teniendo en cuenta las cinco dimensiones de la OMS con una escala de valor tipo liker de tres puntos y contó con 79 ítems, fue sometido a validez de contenido y validez facial consolidándose con 72 ítems, siendo esta la versión 1; posteriormente se realizaron estudios complementarios los cuales dieron sugerencias de cambio, supresión o modificación de ítems, determinando la versión 2 con 62 ítems, lo que llevó a que las autoras originales revisarán nuevamente el instrumento y se consolidará la tercera versión con 53 ítems, validado con un Alfa de Crombach de 0.85 (5).

4.2. MARCO CONCEPTUAL

4.2.1. Rehabilitación Cardiopulmonar

De acuerdo con la OMS, la rehabilitación cardiovascular es “el conjunto de actividades necesarias para asegurar a las personas con enfermedades cardiovasculares una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como le sea posible en la sociedad” (15).

4.2.2. Adherencia terapéutica

Para el presente estudio se tomará la definición de adherencia terapéutica dada por la OMS como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (1).

De igual manera es importante tener en cuenta las diferentes definiciones de adherencia y la diferencia que existe con otro termino como es el de cumplimiento, según Nieto (33) determina que existe diferencia entre estos términos. Define cumplimiento como la coincidencia de las acciones del paciente con las indicaciones dadas por el médico o el personal sanitario sin que se tenga en cuenta de alguna manera la opinión o decisión del paciente con respecto al tratamiento, por otro lado define adherencia como esa escenificación de tratamiento donde el paciente tiene una participación activa en su proceso terapéutico y el personal sanitario como el responsable por generar el contexto en que el consultante obtenga información que facilite la toma de decisiones.

De igual manera, Nieto en su estudio hace mención a lo dicho por Cáceres, F. en el 2004, quien refiere que la adherencia está influenciada por una serie de factores relacionados con el consultante, el medio ambiente, los servicios de salud y el tratamiento, factores que son de suma importancia y que se deben considerar en la presente investigación.

Por otro lado, y teniendo en cuenta el amplio concepto de adherencia y la importancia de la opinión y conductas propuestas por el paciente, Sanabria (34), en el 2008, establece que existen una serie de componentes en la adherencia que están relacionados directamente con el paciente, los cuales se deben tener en cuenta para lograr el éxito de la adherencia, dentro de los cuales se mencionan:

- El paciente debe aceptar que formar parte de un plan o programa de tratamiento: conocerlo, haber aceptado un diagnóstico o una evaluación inicial.
- Poner en práctica las indicaciones: cumplir.
- Evitar comportamientos de riesgo.
- Incorporar al estilo de vida conductas saludables (34).

4.2.3. Factores que influyen en la adherencia terapéutica

La OMS refiere que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional, determinado por la acción recíproca de cinco parámetros que inciden sobre la adherencia a los tratamientos: factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el sistema de atención sanitaria y factores socioeconómicos; todos interactúan unos con otros.

4.2.3.1 Factores Socioeconómicos

Se atribuye un efecto considerable sobre la adherencia a factores como el estado socioeconómico deficiente, pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de redes de apoyo social, condiciones de vida inestable, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, alto costo de los medicamentos, disfunción familiar, cultura y creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento; los cuales de manera conjunta actúan negativamente sobre la adherencia terapéutica en personas con procesos crónicos como los cardiovasculares (35).

Por el contrario, se ha informado que las organizaciones comunitarias, la educación de los pacientes analfabetos, la evaluación de las necesidades sociales y el estado de preparación de la familia son intervenciones sociales efectivas para mejorar la adherencia terapéutica (35).

Por tanto, es importante tener en cuenta que el perfil de bajo nivel socioeconómico pone en evidencia el riesgo de no poder responder con los comportamientos de adherencia a los tratamientos (18).

4.2.3.2 Factores Relacionados con el Equipo o el Sistema de Salud

La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el prestador de asistencia sanitaria, el paciente y el sistema de atención en salud. De hecho, las buenas relaciones entre los pacientes y sus prestadores de asistencia sanitaria son imperativas para la buena adherencia. La actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los

profesionales de asistencia sanitaria, que han demostrado ser determinantes de la adherencia de los pacientes (35).

Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla (1).

4.2.3.3 Factores Relacionados con la Enfermedad y Condición de Salud del Paciente

Estos factores constituyen exigencias particulares que enfrenta el paciente; algunos determinantes son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad. Su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción del paciente y en la prioridad asignada a la adherencia terapéutica(35).

La repercusión de la no adherencia al tratamiento o adherencia deficiente depende de la prioridad que el cliente le dé a su tratamiento (36).

4.2.3.4 Factores Relacionados con el Tratamiento

Entre los factores que más influyen en la adherencia están: la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad del apoyo médico para tratarlas (1).

4.2.3.5. Factores Relacionados con el Paciente

Estos factores representan el conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia (35).

Algunos de los factores relacionados con el paciente que actúan sobre la adherencia terapéutica son el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el no percibir la necesidad de tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, el entender mal las instrucciones del tratamiento, la falta de aceptación del monitoreo, las bajas expectativas de tratamiento, la inadecuada asistencia a los controles de seguimiento, los sentimientos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad (35).

4.3. MARCO TEORICO

La importancia de las actitudes y conductas de autocuidado que debe tener el paciente con afección cardíaca en su proceso de adherencia, se hace indispensable relacionar este estudio con la teórica de Enfermería, Dorothea Orem con su teoría del déficit de autocuidado.

Dorothea Orem propone su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, la cual describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, describe y explica como la Enfermería puede realizar acciones que ayuden a la gente y la teoría de sistemas de enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero (37).

4.3.1. Teoría de autocuidado

4.3.1.1. Autocuidado

El autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo (37).

El concepto básico de la teoría, es el autocuidado, el cual se define como el conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que realiza o debería realizar la persona por sí misma. Según Orem, el autocuidado no es innato, sino se aprende esta conducta a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela y amigos (38).

Agencia de autocuidado:

Persona que lleva a cabo las acciones de autocuidado. Cuando las acciones van desde la persona que las realiza hacia personas sin capacidad de autocuidado (niños, ancianos con discapacidad, enfermos en coma, etcétera), la conceptualiza como agente de cuidado dependiente y cuando se habla en términos de cuidados especializados, se refiere a la agencia de Enfermería (38).

Requisitos de autocuidado:

Es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas (37).

Son de tres tipos:

- Requisitos universales: Satisfacción de las necesidades básicas de todo ser humano (38). Los cuales son:

- ✓ Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- ✓ Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- ✓ Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- ✓ La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.
- ✓ Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- ✓ Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
- ✓ La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- ✓ La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo de los grupos sociales desacuero con el potencial humano.

-Requisitos de desarrollo: Satisfacción de necesidades según el período del ciclo vital (38). Los cuales son:

- ✓ Previsión de condiciones que fomentan el desarrollo.
- ✓ Implicación en el autodesarrollo.
- ✓ Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

-Requisitos de desviación de la salud: Satisfacción de necesidades en cada proceso de alteración de la salud (38).

Estos requisitos existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos incluidos los defectos y discapacidades (38).

4.3.2. Teoría del déficit de autocuidado

Expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado, donde manejando conceptos clave como (38):

4.3.2.1. Demanda de autocuidado terapéutico

Se refiere a la cantidad y el tipo de acciones o actividades que la persona realiza o debería realizar en un tiempo determinado para lograr los requisitos de autocuidado (38).

4.3.2.2. Agencia de autocuidado

Capacidad del individuo para llevar a cabo el autocuidado (38).

4.3.2.3. Déficit de autocuidado

Cuando las capacidades del individuo no son suficientes para realizar el autocuidado. Es aquí cuando tiene acción la enfermera para compensar la demanda de cuidados (38).

4.3.2.4. Conceptos según la teoría

Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además, es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente (37).

Concepto de Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado

del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos (37).

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo (37).

Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (38).

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse (38).

Conceptos de Entorno:

Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona (38).

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de enfoque cuantitativo, que pretende describir los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que ingresan a la unidad cardiovascular del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva; es transversal, debido a que se hará un corte en el tiempo en el cual se medirán las variables de estudio, correspondiente al segundo semestre del año 2016.

5.2. POBLACIÓN

Conformada por los pacientes atendidos en la unidad Cardiovascular del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el segundo semestre del año 2016.

5.3. MUESTRA

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, ya que se tomará a la totalidad de la población, la cual corresponde a 43 pacientes ingresaron a la unidad cardiovascular en el segundo semestre del año 2016.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes que expresen su deseo de participar en el estudio, a través de la firma del consentimiento informado.

5.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes atendidos en la Unidad Cardiovascular exclusivamente por patologías vasculares, no cardíacas.

5.5. MÉTODO

La unidad de análisis y de información son los pacientes y sus historias clínicas, quienes hayan sido atendidos en la unidad cardiovascular del HUHMP. El método a utilizar será la aplicación de una encuesta que describa las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes; posterior a ésta se empleará el instrumento para valorar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, con el que se determinará el grado de adherencia y los factores que la afectan.

5.6. TÉCNICA

La técnica que se aplicará, corresponde a la revisión de los registros en la historia clínica, para obtener datos de localización y antecedentes patológicos del paciente; de esta manera se reclutan los participantes y se verifican el cumplimiento de los criterios de selección. Posteriormente, previa firma del consentimiento informado, se aplica el formato de recolección de la información y el instrumento validado. Los datos recolectados serán registrados en una hoja de registro de la información que identifica al individuo y relaciona las variables de interés. De este modo, una vez reclutados los pacientes que cumplen con los criterios de selección, se esperará a su egreso de la unidad para hacer un primer contacto con él vía telefónica y fijar fecha y hora de visita para diligenciamiento de la encuesta e instrumentos, la cual se realizará al mes del egreso hospitalario.

5.7. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN E INSTRUMENTO

Con el fin de recolectar la información y desarrollar la investigación, a los pacientes atendidos en la Unidad Cardiovascular se les aplicará los siguientes instrumentos:

- Formato de recolección de la información: donde se registrarán los datos concernientes a características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, el cual es creado por los investigadores y contará con revisión de un asesor metodológico y un asesor temático (Anexo A).
- Instrumento para valorar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, creado y validado por Bonilla y Gutiérrez en 2014 (5); contiene 53 ítems, divididos en 4 dimensiones acordes a las propuestas por la OMS que abordan: Primera dimensión: factores socioeconómicos que consta de 14 ítems. Segunda dimensión: factores relacionados con el proveedor, el sistema y el equipo de salud, conformado

21 ítems. Tercera dimensión: factores relacionados con la terapia, que incluye 10 ítems. Y la Quinta dimensión: factores relacionados con el paciente, que comprende 8 ítems. Contiene una escala de medición con 3 puntos de posible escogencia que señalaban la frecuencia en que el evento descrito en el ítem ocurría; se calificó como nunca = 0; a veces = 1 y siempre = 2 (Anexo C).

5.8. PRUEBA PILOTO

Se llevará a cabo la prueba piloto con 2 pacientes atendidos en la Unidad Cardiovascular. La realización de la prueba piloto se llevará a cabo en el mes de junio del año 2016 y luego de esta se realizarán los ajustes respectivos a los instrumentos.

5.9. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

5.9.1. Tabulación

Los datos recolectados serán tabulados en una base de datos en el programa Microsoft Excel, versión 2016, diseñada para tal fin; la cual será direccionada por los investigadores. Los datos se irán ingresando en el archivo, a medida que se va recolectando la información. Una vez finalizado este proceso, se condensarán para ser exportados a un software compatible que permita un adecuado análisis de la información.

5.9.2. Análisis

Se realizará análisis según interés a tratar, teniendo en cuenta las variables de estudio y la interpretación establecida por las autoras del instrumento, empleados para tal fin. Para la descripción de las características individuales de los participantes y de las variables en general, se utilizarán medidas de tendencia central y de dispersión en variables cuantitativas. Las variables cualitativas serán descritas en proporciones. Los datos serán analizados utilizando el software SPSS versión 23.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se fundamentará en la resolución 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se considera que es una investigación que se clasifica dentro de la categoría riesgo mínimo, puesto que para el registro de los datos se utilizan procedimientos comunes, en este caso la valoración física, psicológica y conductual, adicionalmente no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables (39).

Durante la investigación se tendrán en cuenta los principios consignados en el código deontológico de Enfermería, ley 911 de 2004, tales como la **No Maleficencia**, donde “la persona debe ser tratada de tal forma que no solo se respete en sus decisiones sino evitando hacerle daño y haciendo un esfuerzo por asegurar su bienestar”; **Autonomía**, en el cual se debe respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones eminentes de sus valores y convicciones personales, con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones; **Veracidad**, como la armonía entre lo que se es, siente, piensa, dice y hace la persona, facilitando a los demás el acceso a lo que percibe honradamente como cierto y **Fidelidad**; obligación de cumplir con los compromisos (40).

De igual manera los principios específicos de la práctica de Enfermería contemplados en la Ley 266 del 1996, integralidad, individualidad, dialogicidad y continuidad (41).

Los datos y los resultados reportados son creíbles y precisos, y están protegidos los derechos, integridad y confidencialidad de los sujetos del estudio, según lo dispuesto en la Resolución 2378 de 2008 (42). Por lo tanto, durante el desarrollo de la investigación se mantendrá la confidencialidad de los datos y cuestionarios de tal manera que no serán utilizados con fines diferentes a los propuestos en la investigación. A cada participante se le asignará un número y la información obtenida será conocida exclusivamente por los tres investigadores y la asesora.

A todos los integrantes de esta población, se les informará sobre el derecho a desistir en cualquier momento y no participar como sujetos de la investigación. Se diligenciará el formato de consentimiento informado (Anexo D). Igualmente, se les explicará los objetivos de la investigación y el beneficio personal y familiar que de la misma se puede derivar.

7. RESULTADOS

Para el desarrollo del presente estudio, se realizó la solicitud mensual de bases de datos de las personas que fueron atendidos en la unidad cardiovascular del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, al departamento de información, la cual fue fundamental para la revisión de historias clínicas y determinar los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Una vez obtenida esta información se procedió a contactar a los individuos vía telefónica, luego de brindarles información acerca de la investigación y que estos manifestarán su aprobación para participar, se acordó una cita en sus lugares de residencia para la respectiva aplicación de los instrumentos.

Las bases de datos suministradas por el sistema de información durante el periodo de julio a diciembre del año 2016, arrojaron un total de 147 pacientes atendidos en la unidad cardiovascular del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, de los cuales 58 no cumplían con los criterios de inclusión, del número restante (89 pacientes), 14 habían fallecido, 16 no aceptaron participar, 16 tenían el teléfono fuera de servicio, para finalmente obtener una población total de 43 pacientes.

Es necesario aclarar que, durante el periodo anteriormente mencionado, la institución de salud, presentó una disminución en la atención de los pacientes, debido a problemas financieros y suspensión de contratación con ciertas EPS, lo cual disminuyó la realización de procedimientos cardiovasculares, afectando negativamente en el número de pacientes para la muestra.

Los datos se incorporaron en una matriz creada en Microsoft Excel 2016 y se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 23, con el cual se generaron estadísticas descriptivas (frecuencias absolutas y relativas), para las variables cualitativas; medidas de tendencia central, y medidas de dispersión para las variables cuantitativas. Para identificar las variables asociadas al grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y sus dimensiones, se hizo uso del test de Kruskal Wallis. En todos los casos se tuvo en cuenta un nivel de significación estadística cuando el valor $p < 0,05$. Además de esto se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, para establecer correlación de variables y el grado de adherencia.

La presentación de los resultados se encuentra dividida en características sociodemográficas y clínicas y en los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, los cuales se describen a continuación:

7.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR.

7.1.1. Características sociodemográficas

Tabla 1 Distribución y medidas de tendencia central según edad de los pacientes.

| VARIABLE | N | MEDIA | IC 95% | | MEDIANA | DESVIACIÓN | | MÍNIMO | MÁXIMO | RANGO | NORMALIDAD |
|----------|----|-------|-----------------|-----------------|---------|------------|------|--------|--------|-------|------------|
| | | | LÍMITE INFERIOR | LÍMITE SUPERIOR | | ESTÁNDAR | | | | | |
| Edad | 43 | 65,4 | 60,9 | 69,9 | 70,0 | 14,7 | 18,0 | 89,0 | 71,0 | 0,001 | |

La edad mínima en la tabla demuestra que las afecciones cardiacas no solamente se presentan en edades avanzadas, sino también en personas jóvenes, lo cual está relacionado con enfermedades congénitas, en comparación con las enfermedades de edades tardías que son coherentes con estilos de vida inadecuados.

Tabla 2 Distribución porcentual de pacientes participantes, según características sociodemográficas.

| VARIABLE | n (%) |
|---------------------------------------|-----------|
| 1. Sexo | |
| Mujer | 16 (37,2) |
| Hombre | 27 (62,8) |
| 2. Ocupación | |
| Desempleado | 1 (2,3) |
| Empleado | 1 (2,3) |
| Estudiante | 1 (2,3) |
| Hogar | 15 (34,9) |
| Pensionado | 13 (30,2) |
| Trabajador independiente | 12 (27,9) |
| 3. Estrato socioeconómico | |
| Estrato 1 | 17 (39,5) |
| Estrato 2 | 20 (46,5) |
| Estrato 3 | 6 (13,9) |
| 4. Lugar de residencia | |
| Rural | 14 (32,6) |
| Urbana | 29 (67,4) |
| 5. Estado civil | |
| Casado | 24 (55,8) |
| Separado | 2 (4,7) |
| Soltero | 5 (11,6) |
| Unión libre | 7 (16,3) |
| 6. Escolaridad | |
| Bachillerato completo | 6 (14) |
| Bachillerato incompleto | 6 (14) |
| Ninguna | 2 (4,7) |
| Primaria completa | 10 (23,3) |
| Primaria incompleta | 12 (27,9) |
| Técnico completo | 2 (4,7) |
| Universidad completa | 4 (9,3) |
| Universidad incompleta | 1 (2,3) |
| 7. Tipo de seguridad | |
| Contributivo | 1 (2,3) |
| Régimen especial | 24 (55,8) |
| Subsidiado | 18 (41,9) |
| 8. EPS a la cual está afiliado | |
| Asmetsalud | 1 (2,3) |
| Cafesalud | 4 (9,3) |
| Comfamiliar | 4 (9,3) |
| Comparta | 6 (14) |
| Ecopetrol | 1 (2,3) |
| Emcosalud | 16 (37,2) |
| Ferrocarriles | 1 (2,3) |
| Nueva EPS | 1 (2,3) |
| Policia nacional | 6 (14) |
| Sanidad militar | 1 (2,3) |
| Sisben | 2 (4,7) |

En la población encuestada predominan los hombres. La ocupación se encuentra relacionada con la edad de los pacientes, teniendo en cuenta que en su mayoría son personas en la sexta década de la vida, dedicados a ocupaciones como hogar y pensionados.

En su mayoría pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 y 2 (86%), que corresponden a estratos bajos, los cuales albergan a los usuarios con menores recursos y son beneficiarios de subsidios en los servicios públicos domiciliarios, además están distribuidos tanto en la zona rural como la zona urbana.

El 55,8% de los pacientes encuestados son casados y 16,3% conviven en unión libre, esto indica que el 72,1% de la muestra tiene una pareja estable, lo cual puede ser determinante para la adherencia al tratamiento.

Respecto al nivel de escolaridad la mayoría de la población tiene un nivel educativo bajo, tan solo un 11,6% obtuvieron un nivel universitario lo cual coincide con las diferentes ocupaciones y esto puede influir en el grado de adherencia al tratamiento.

El tipo de seguridad social con mayor predominio fue el régimen especial, donde las EPS con mayor proporción fueron Emcosalud, con un 37,2% y Policía Nacional con un 13,9%. El régimen especial prevaleció debido a que en su mayoría eran beneficiarios y su pareja o hijos eran los cotizantes.

7.1.2. Características clínicas

Tabla 3 Distribución porcentual de pacientes según el diagnóstico actual

| VARIABLE | n (%) |
|------------------------------|-----------|
| Falla cardiaca | 14 (32,6) |
| Cambio valvular | 8 (18,6) |
| IAM | 10 (23,3) |
| Enfermedad de vasos | 7 (16,3) |
| Fibrilación auricular | 3 (7) |
| Revascularización miocárdica | 6 (14) |
| Colocación de marcapaso | 1 (2,3) |
| CIV | 1 (2,3) |

Los diagnósticos predominantes para la población de estudio, fue la falla cardiaca, los cuales requirieron una intervención como cambio valvular o implante de marcapasos y el diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM), relacionados con enfermedad de múltiples vasos, los cuales fueron sometidos a revascularización miocárdica.

Tabla 4 Distribución y medidas de tendencia central según el tiempo de diagnóstico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular.

| VARIABLE | N | MEDIA | IC 95% | | MEDIANA | DESVIACIÓN ESTÁNDAR | MÍNIMO | MÁXIMO | RANGO | NORMALIDAD |
|--|----|-------|-----------------|-----------------|---------|---------------------|--------|--------|-------|------------|
| | | | LÍMITE INFERIOR | LÍMITE SUPERIOR | | | | | | |
| Tiempo en meses del diagnóstico actual | 43 | 31,0 | 7,6 | 54,4 | 6,0 | 75,9 | 1,0 | 360,0 | 359,0 | 0,000 |

En la tabla relacionada con el tiempo de diagnóstico de la patología, 6 meses fue el tiempo que se encontró con mayor frecuencia, a pesar del amplio rango entre los datos.

Tabla 5 Distribución porcentual de pacientes según antecedentes patológicos.

| VARIABLE | n (%) SI |
|-----------------|---------------------------|
| HTA | 24 (55,8) |
| DM 2 | 8 (18,6) |
| Ninguno | 13 (30,2) |
| Otros | 10 (23,3) |

En la población predominaron las enfermedades crónicas, directamente relacionadas con el sistema cardiovascular, como consecuencia de los malos hábitos en el transcurso de su vida.

Tabla 6 Distribución porcentual de pacientes a quienes les realizaron intervenciones quirúrgicas en los últimos 5 años.

| VARIABLE | N (%) SI |
|------------------------------|---------------------------|
| Cateterismo cardiaco | 32 (74,4) |
| Cambio valvular | 6 (14) |
| Revascularización miocárdica | 5 (11,6) |
| Otros | 14 (32,6) |

El 25.6% de los encuestados fueron sometidos a intervenciones de alta complejidad (Cambio valvular y revascularización miocárdica), lo que puede influir en la adherencia al tratamiento debido al cuidado que requieren para la recuperación de estos pacientes.

Tabla 7 Distribución porcentual de pacientes con limitaciones físicas relacionadas con la enfermedad.

| VARIABLE | n (%) SI |
|-----------------|---------------------------|
| Movilidad | 16 (37,2) |
| Auditivas | 5 (11,6) |
| Visuales | 16 (37,2) |
| Ninguna | 16 (37,2) |

La mayoría de la población presentó algún tipo de limitación física (86%), esto puede relacionarse con el proceso patológico y edades avanzadas de los pacientes encuestados. Además, refleja la necesidad permanente de un cuidador lo cual puede contribuir a la falta de adherencia al tratamiento.

Tabla 8 Distribución porcentual de pacientes presencia de síntomas relacionados a su enfermedad.

| VARIABLE | n (%) |
|--------------------------------|--------------|
| Fatiga | 9 (20,9) |
| Cefalea | 5 (11,6) |
| Mareo | 7 (16,3) |
| Palpitaciones | 5 (11,6) |
| Adormecimiento de extremidades | 8 (18,6) |
| Dolor torácico | 17 (39,5) |
| Ninguno | 8 (18,6) |
| Otros | 13 (30,2) |

Los síntomas más sobresalientes fueron: dolor torácico y fatiga, lo cual se relaciona con los diagnósticos predominantes como IAM, insuficiencia cardiaca y procedimientos quirúrgicos a los cuales fueron sometidos. Además, el 30.2% de la población, refirió otros síntomas tales como a asfixia, insomnio, dificultad respiratoria y dolor epigástrico.

7.2. FACTORES SOCIOECONÓMICOS, RELACIONADOS CON EL EQUIPO DE SALUD, CON EL TRATAMIENTO Y CON LA CONDICIÓN DEL PACIENTE, QUE AFECTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR

7.2.1. Factores socioeconómicos que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular

Tabla 9 Distribución porcentual de pacientes según opciones de respuesta, para valoración del factor socioeconómico (Preguntas de la 1 a la 14 del Instrumento de Bonilla y Gutiérrez).

| VARIABLE | n (%) | | |
|--|-----------|-----------|-----------|
| | NUNCA | A VECES | SIEMPRE |
| 1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación) | 6 (14) | 20 (46,5) | 17 (39,5) |
| 2. Puede costearse los medicamentos | 14 (32,6) | 18 (41,9) | 11 (25,6) |
| 3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta | 5 (11,6) | 19 (44,2) | 19 (44,2) |
| 4. Cuenta con permisos laborales para asistir a sus citas | 0 (0) | 2 (4,7) | 41 (95,3) |
| 5. Reconoce que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo | 0 (0) | 7 (16,3) | 36 (83,7) |
| 6. Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados | 7 (16,3) | 20 (46,5) | 16 (37,2) |
| 7. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad | 10 (23,3) | 18 (41,9) | 15 (34,9) |
| 8. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento | 2 (4,7) | 6 (14) | 35 (81,4) |
| 9. Las relaciones entre los miembros de la familia que viven con usted lo desaniman para seguir los tratamientos | 34 (79,1) | 6 (14) | 3 (7) |
| 10. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento | 37 (86) | 6 (14) | 0 (0) |
| 11. El contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven de ejemplo | 9 (20,9) | 12 (27,9) | 22 (51,2) |
| 12. Los que le ayudan saben qué tan grave es la enfermedad y su tratamiento | 1 (2,3) | 8 (18,6) | 34 (79,1) |
| 13. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas | 16 (37,2) | 20 (46,5) | 7 (16,3) |
| 14. Comparte con otras personas sus preocupaciones y estos lo animan a seguir su tratamiento | 5 (11,6) | 18 (41,9) | 20 (46,5) |

Tabla 10 Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión socioeconómica que afecta la adherencia.

| ANALISIS DIMENSION SOCIOECONOMICA | n (%) |
|--|--------------|
| COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA | 9 (20,9) |
| RIESGO DE NO ADHERENCIA | 17 (39,5) |
| VENTAJAS DE ADHERENCIA | 17 (39,5) |

Durante la recolección de los datos fue posible evidenciar que el factor socioeconómico genera un impacto importante en la temática de adherencia al tratamiento, ya que en aspectos como la insuficiente solvencia para cubrir sus necesidades básicas (alimentación, vestido y educación), asistir a sus citas de control por los largas distancias de su domicilio a éstas, la imposibilidad económica para costearse sus medicamentos y los altos costos en la dieta, fueron aspectos evidentemente negativos que predominaron en la población encuestada, a pesar de que se encontró un apoyo importante por parte de los miembros de la familia frente a la patología. Esto se evidenció que los comportamientos y riesgos de no adherencia arrojaron una sumatoria de 60.4%.

Tabla 11 Análisis entre las características sociodemográficas de los pacientes encuestados y los factores socioeconómicos que afectan la adherencia.

| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | ANÁLISIS DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA | | | P |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------|-------|
| | COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA | RIESGO DE NO ADHERENCIA | VENTAJAS DE ADHERENCIA | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | |
| 1. Ocupación | | | | |
| Desempleado | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (5,9) | 0,075 |
| Empleado | 1 (11,1) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | |
| Estudiante | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (5,9) | |
| Hogar | 3 (33,3) | 10 (58,8) | 2 (11,8) | |
| Pensionado | 2 (22,2) | 2 (11,8) | 9 (52,9) | |
| Trabajador independiente | 3 (33,3) | 5 (29,4) | 4 (23,5) | |
| 2. Estado civil | | | | |
| Casado | 4 (44,4) | 8 (47,1) | 12 (70,6) | 0,142 |
| Separado | 2 (22,2) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | |
| Soltero | 1 (11,1) | 2 (11,8) | 2 (11,8) | |
| Unión libre | 1 (11,1) | 3 (17,6) | 3 (17,6) | |
| Viudo | 1 (11,1) | 4 (23,5) | 0 (0,0) | |
| 3. Escolaridad | | | | |
| Bachillerato completo | 1 (11,1) | 1 (5,9) | 4 (23,5) | 0,044 |
| Bachillerato incompleto | 0 (0,0) | 5 (29,4) | 1 (5,9) | |
| Ninguna | 1 (11,1) | 1 (5,9) | 0 (0,0) | |
| Primaria completa | 3 (33,3) | 5 (29,4) | 2 (11,8) | |
| Primaria incompleta | 4 (44,4) | 5 (29,4) | 3 (17,6) | |
| Técnico completo | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (11,8) | |
| Universidad completa | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 4 (23,5) | |
| Universidad incompleta | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (5,9) | |
| 4. Tipo de seguridad | | | | |
| Contributivo | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (5,9) | 0,009 |
| Régimen especial | 2 (22,2) | 9 (52,9) | 13 (76,5) | |
| Subsidiado | 7 (77,8) | 8 (47,1) | 3 (17,6) | |

En la tabla anterior, en la cual se relacionan las características sociodemográficas con la dimensión socioeconómica, es importante destacar que el bajo grado de escolaridad es un determinante importante frente a los comportamientos de adherencia, a menor grado de escolaridad menor grado de adherencia, ($p= 0.044$). Respecto al tipo de afiliación, específicamente los pacientes del régimen especial, mostraron comportamientos adherentes al tratamiento, lo que determina una fuerte correlación entre estos dos aspectos con un nivel de significancia de 0.009.

7.2.2. Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular.

Tabla 12 Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud (Preguntas de la 15 a la 35 del Instrumento de Bonilla y Gutiérrez).

| VARIABLE | n (%) | | |
|--|-----------|-----------|------------|
| | NUNCA | A VECES | SIEMPRE |
| 15. El trato del médico y las enfermeras lo anima a volver a sus controles | 1 (2,3) | 3 (7) | 39 (90,7) |
| 16. El personal de enfermería le enseña y da recomendaciones escritas sobre sus tratamientos | 1 (2,3) | 8 (18,6) | 34 (79,1) |
| 17. La información verbal de parte del médico es detallada y precisa | 1 (2,3) | 0 (0) | 42 (97,79) |
| 18. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas | 20 (46,5) | 8 (18,6) | 15 (34,9) |
| 19. La institución a la que consulta muestra desorganización en la atención que le brinda | 37 (86) | 4 (9,3) | 2 (4,7) |
| 20. Las personas que lo atienden se ven demasiado ocupadas para escucharlo por mucho tiempo | 36 (83,7) | 4 (9,3) | 3 (7) |
| 21. Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento | 1 (2,3) | 3 (7) | 39 (90,7) |
| 22. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace | 3 (7) | 11 (25,6) | 29 (67,4) |
| 23. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico | 2 (4,7) | 4 (9,3) | 37 (86) |
| 24. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias | 1 (2,3) | 9 (20,9) | 33 (76,7) |
| 25. En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos | 13 (30,2) | 13 (30,2) | 17 (39,5) |
| 26. Conoce por medio escrito que señala fecha, horario y lugar del próximo control | 10 (23,3) | 15 (34,9) | 18 (41,9) |
| 27. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familiar o usted entienden | 1 (2,3) | 4 (9,3) | 38 (88,4) |
| 28. Cuando le cambian el médico que lo atiende, esto lo confunde | 26 (60,5) | 15 (34,9) | 2 (4,7) |
| 29. El cambio frecuente de medicamentos lo confunde | 29 (67,4) | 14 (32,6) | 0 (0) |
| 30. Siente que no recibe atención de salud con la misma calidad de los demás | 33 (76,7) | 7 (16,3) | 3 (7) |
| 31. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que le está dando | 2 (4,7) | 6 (14) | 35 (81,4) |
| 32. El trato que recibe del personal médico y los demás es el que usted espera | 1 (2,3) | 4 (9,3) | 38 (88,4) |
| 33. La institución de salud le da oportunidades de | 2 (4,7) | 8 (18,6) | 33 (76,7) |

| VARIABLE | n (%) | | |
|--|---------|-----------|-----------|
| | NUNCA | A VECES | SIEMPRE |
| aprenderá reconocer los riesgos que tiene y como modificarlos | | | |
| 34. Conoce los riesgos que llevan a una persona a sufrir enfermedad cardio-vascular | 2 (4,7) | 20 (46,5) | 21 (48,8) |
| 35. Puede conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afiliación a la que pertenece | 0 (0) | 8 (18,6) | 35 (81,4) |

Tabla 13 Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con el proveedor: sistema y equipo de salud.

| ANALISIS DIMENSION RELACIONADO CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD | n (%) |
|--|-----------|
| COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA | 2 (4,79) |
| RIESGO DE NO ADHERENCIA | 8 (18,6) |
| VENTAJAS DE ADHERENCIA | 33 (76,7) |

En esta dimensión, se evidencia que la percepción de los pacientes relacionada con el equipo de salud es positiva, ya que manifestaron que estos, brindaban una atención amable, los animan a asistir a sus controles, brindan información clara y demuestran interés por aclarar las dudas o inquietudes respecto a su tratamiento, aspectos que contribuyen en los comportamientos de ventajas de adherencia al tratamiento en la mayoría de los pacientes.

Tabla 14 Análisis entre el tipo de seguridad y los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud.

| TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL | ANALISIS DIMENSION RELACIONADO CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD | | | P |
|--------------------------|--|-------------------------|------------------------|-------|
| | COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA | RIESGO DE NO ADHERENCIA | VENTAJAS DE ADHERENCIA | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Contributivo | 1 (50,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | |
| Régimen especial | 1 (50,0) | 6 (75,0) | 17 (51,5) | 0,032 |
| Subsidiado | 0 (0,0) | 2 (25,0) | 16 (48,5) | |

El tipo de afiliación a la seguridad social tiene una correlación o relevancia positiva respecto a los factores relacionados con el sistema y equipo de salud, lo que podría indicar que las persona afiliadas a un régimen especial tienen una ventaja de adherencia a los tratamientos.

7.2.3. Factores relacionados con la terapia que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular.

Tabla 15 Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con la terapia que afectan la adherencia (Preguntas de la 36 a la 45 del Instrumento de Bonilla y Gutiérrez).

| VARIABLE | n (%) | | |
|---|-----------|-----------|-----------|
| | NUNCA | A VECES | SIEMPRE |
| 36. Tiene forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos | 1 (2,3) | 7 (16,3) | 35 (81,4) |
| 37. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento | 31 (72,1) | 7 (16,3) | 5 (11,6) |
| 38. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento | 27 (62,8) | 15 (34,9) | 1 (2,3) |
| 39. Piensa que algunos de los medicamentos, le crean dependencia por eso no lo toma | 33 (76,7) | 9 (20,9) | 1 (2,3) |
| 40. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo | 1 (2,3) | 7 (16,3) | 35 (81,4) |
| 41. Cree al igual que su familia que todo este tratamiento y cambios en sus costumbres son contrarios a su fe y sus valores | 41 (95,3) | 2 (4,7) | 0 (0) |
| 42. Reconoce que vale la pena cumplir el tratamiento y las recomendaciones para mejorar su salud | 1 (2,3) | 5 (11,6) | 37 (86) |
| 43. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar | 3 (7) | 22 (51,2) | 18 (41,9) |
| 44. Cree conveniente para su salud controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio | 2 (4,7) | 10 (23,3) | 31 (72,1) |
| 45. Los medicamentos que toma actualmente le alivian los síntomas | 1 (2,3) | 7 (16,3) | 35 (81,4) |

Tabla 16 Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con la terapia.

| ANÁLISIS DIMENSIÓN RELACIONADO CON LA TERAPIA | n (%) |
|---|-----------|
| COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA | 3 (7) |
| RIESGO DE NO ADHERENCIA | 6 (14) |
| VENTAJA DE ADHERENCIA | 34 (79,1) |

La dimensión relacionada con los factores propios del tratamiento, presentó un gran porcentaje de los pacientes con ventajas de adherencia, lo cual se evidenció en que manifestaron comportamientos como: no interrupción del tratamiento farmacológico ante la mejoría, reconocimiento de la importancia del cumplimiento de las recomendaciones y, además, durante la recolección de la información los pacientes presentaron la mejor actitud o disposición para cumplir su tratamiento. También es importante resaltar que un gran porcentaje (51,2%) de los pacientes refirieron dificultades en el cambio de costumbres sobre la alimentación, esto relacionado directamente con el nivel socioeconómico de los pacientes.

7.2.4. Factores relacionados con la condición del paciente que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular.

Tabla 17 Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con la condición del paciente (Preguntas de la 46 a la 53 del Instrumento de Bonillay Gutiérrez).

| VARIABLE | n (%) | | |
|--|-----------|-----------|-----------|
| | NUNCA | A VECES | SIEMPRE |
| 46. Su enfermedad limita sus oportunidades de estar con otras personas | 27 (62,8) | 12 (27,9) | 4 (9,3) |
| 47. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos | 0 (0) | 6 (14) | 37 (86) |
| 48. Siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce | 25 (58,1) | 16 (37,2) | 2 (4,7) |
| 49. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse | 1 (2,3) | 22 (51,2) | 20 (46,5) |
| 50. Se angustia y siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad | 21 (48,8) | 16 (37,2) | 6 (14) |
| 51. Se siente discriminado o alejado de su familia o grupo a causa de los tratamientos y recomendaciones que tiene que seguir | 35 (81,4) | 4 (9,3) | 4 (9,3) |
| 52. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud | 1 (2,3) | 3 (7) | 39 (90,7) |
| 53. Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud | 0 (0) | 1 (2,3) | 42 (97,7) |

Tabla 18 Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con el paciente.

| ANALISIS DIMENSION RELACIONADO CON EL PACIENTE | | n (%) |
|---|--|--------------|
| COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA | | 1 (2,3) |
| RIESGO DE NO ADHERENCIA | | 13 (30,2) |
| VENTAJA DE ADHERENCIA | | 29 (67,4) |

En la tabla anterior relacionada con los comportamientos propios del paciente, se destaca la ventaja de adherencia ya que la mayoría de entrevistados manifestaron que son ellos los directos responsables del mantenimiento de su salud y dar continuidad al tratamiento, sumado a esto revelaron de cierta manera el apoyo de su familia al no sentir ningún tipo de discriminación o rechazo por su patología, por otro lado, es de resaltar que el 30,2% de los encuestados, se encontraron en riesgo de no adherencia, lo cual está relacionado con aspectos como sentimientos de angustia y rabia por las incomodidades de su patología y el poco interés por conocer acerca su enfermedad.

Tabla 19 Análisis entre las limitaciones con la movilidad y los factores relacionados con la condición del paciente que afectan la adherencia.

| LIMITACIONES | | ANALISIS DIMENSION RELACIONADO CON LA CONDICION DEL PACIENTE | | | P |
|---------------------|----|---|------------------------------------|-----------------------------------|----------|
| | | COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA | RIESGO DE NO ADHERENCIA | VENTAJAS DE ADHERENCIA | |
| FISICAS | | n (%) | n (%) | n (%) | |
| MOVILIDAD | SI | 0 (0) | 8 (50) | 8 (50) | 0,037 |
| | NO | 1 (3,7) | 5 (18,5) | 21 (77,8) | |

No se encuentra una asociación importante entre las limitaciones físicas que presentaron los pacientes, con los factores relacionados con la condición del paciente y sus diferentes niveles de adherencia, por tanto, estas no interfieren en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Tabla 20 Análisis entre el síntoma palpitaciones y los factores relacionados con la condición del paciente que afectan la adherencia.

| SINTOMAS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD | | ANÁLISIS DIMENSION RELACIONADO CON LA CONDICION DEL PACIENTE | | | P |
|---|----|---|----------------------------|---------------------------|-------|
| | | COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA | RIESGO DE NO ADHERENCIA | VENTAJAS DE ADHERENCIA | |
| | | n (%) | n (%) | n (%) | |
| PALPITACIONES | SI | 0 (0) | 4 (80) | 1 (20) | 0,034 |
| | NO | 1 (2,6) | 9 (23,7) | 28 (73,7) | |

Dentro de los diferentes síntomas presentados en los pacientes encuestados la ausencia de palpitaciones presentó una relación positiva con los factores propios del paciente y sus niveles de adherencia.

7.3. GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR

Tabla 21 Distribución porcentual de los pacientes según el grado de adherencia al tratamiento.

| GRADO DE ADHERENCIA | n (%) |
|----------------------------------|-----------|
| COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA | 3 (7) |
| RIESGO DE NO ADHERENCIA | 16 (37,2) |
| VENTAJA DE ADHERENCIA | 24 (55,8) |

Teniendo en cuenta el análisis realizado en las tablas anteriores, fue posible evidenciar la afectación de las dimensiones sobre la adherencia de los pacientes, donde sólo el factor socioeconómico afecta negativamente la adherencia, mientras que los demás factores la afectan positivamente. En la tabla 21 se consolidan los resultados de las dimensiones evaluadas, donde fue posible identificar que a pesar de las diferentes dificultades demostradas por el riesgo de adherencia(37,2%), un número mayor de pacientes presentaron comportamientos de adherencia frente al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Se analizó la relación entre la edad y el grado de adherencia, encontrándose una $p=0.6$, lo cual demuestra que no hay evidencia estadística para asociar estas dos variables, demostrando que en cualquier grupo de edad puede verse afectada la adherencia al tratamiento.

Tabla 22 Coeficiente de Correlación de Pearson entre el estrato socioeconómico y el grado de adherencia.

| ESTRATO SOCIO-ECONOMICO | ANALISIS DEL GRADO DE ADHERENCIA | | | Pearson |
|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|------------------------|---------|
| | COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA | RIESGO DE NO ADHERENCIA | VENTAJAS DE ADHERENCIA | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | |
| 1 | 2 (66,7) | 9 (56,3) | 6 (25) | 0,829 |
| 2 | 1 (33,3) | 5 (31,3) | 14 (58,3) | |
| 3 | 0 (0) | 2 (12,5) | 4 (16,7) | |

Se evidencia una correlación en sentido directo entre el estrato socioeconómico y el grado de adherencia de los pacientes participantes en el estudio, a través del coeficiente de correlación de Pearson, mostrando que a mayor estrato socioeconómico mayor grado de adherencia.

Tabla 23 Coeficiente de correlación de Pearson entre los factores que afectan la adherencia y el grado de adherencia de los pacientes participantes en el estudio.

| FACTOR | RESULTADO | No de Pacientes | Pearson |
|--|---------------------------------|-----------------|-------------|
| SOCIOECONÓMICO | COMPORTAMIENTO DE NO ADHERENCIA | 9 | 0.926049008 |
| | RIESGO DE NO ADHERENCIA | 17 | |
| | VENTAJA DE ADHERENCIA | 17 | |
| RELACIONADO CON EL SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD | COMPORTAMIENTO DE NO ADHERENCIA | 2 | 0.888505951 |
| | ADHERENCIA | 8 | |
| | VENTAJA DE ADHERENCIA | 33 | |
| RELACIONADO CON LA TERAPIA | COMPORTAMIENTO DE NO ADHERENCIA | 3 | 0.840623357 |
| | ADHERENCIA | 6 | |
| | VENTAJA DE ADHERENCIA | 34 | |
| RELACIONADO CON EL PACIENTE | COMPORTAMIENTO DE NO ADHERENCIA | 1 | 0.976136799 |
| | RIESGO DE NO ADHERENCIA | 13 | |
| | VENTAJA DE ADHERENCIA | 29 | |
| RESULTADO GRADO DE ADHERENCIA | COMPORTAMIENTO DE NO ADHERENCIA | 3 | |
| | RIESGO DE NO ADHERENCIA | 16 | |
| | VENTAJA DE ADHERENCIA | 24 | |

Los resultados muestran una correlación positiva directa entre todos los factores y el resultado final del grado de adherencia, en los pacientes participantes en el estudio, es decir que en general todos influyen de manera positiva, sin embargo, los relacionados con el paciente son los que muestran una mayor correlación lineal casi perfecta.

Además de esto, se encontró correlación directa positiva entre el tipo de seguridad en salud de los pacientes y el grado de adherencia (Pearson = 0.80), por lo tanto, entre mejor sea el régimen de salud más ventaja sobre adherencia tuvieron los pacientes.

Tabla 24 Distribución porcentual de los 19 pacientes no adheridos o en riesgo de no adherencia, según sus características sociodemográficas y clínicas.

| | CARACTERÍSTICA | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|---|---------------------------------|----------|------------|
| EDAD | 44 - 89 AÑOS | | |
| SEXO | HOMBRES | 12 | 63.1 |
| | MUJERES | 7 | 36.9 |
| OCUPACIÓN | EMPLEADO | 1 | 5.2 |
| | HOGAR | 8 | 42.1 |
| | PENSIONADO | 3 | 15.7 |
| | INDEPENDIENTE | 7 | 37 |
| | | | |
| ESTRATO | 1 | 11 | 57.8 |
| | 2 | 6 | 31.5 |
| | 3 | 2 | 10.7 |
| ESTADO CIVIL | CASADO | 8 | 42.1 |
| | SEPARADO | 2 | 10.8 |
| | SOLTERO | 3 | 15.7 |
| | UNIÓN LIBRE | 3 | 15.7 |
| | VIUDO | 3 | 15.7 |
| ESCOLARIDAD | NINGUNA | 2 | 10.5 |
| | PRIMARIA INCOMPLETA | 7 | 37 |
| | PRIMARIA COMPLETA | 6 | 31.5 |
| | SECUNDARIA INCOMPLETA | 2 | 10.5 |
| | SECUNDARIA COMPLETA | 1 | 5.2 |
| | TÉCNICO O UNIVERSITARIO | 1 | 5.2 |
| TIPO DE SEGURIDAD | SUBSIDIADO | 12 | 63.1 |
| | REGIMEN ESPECIAL | 6 | 31.5 |
| | CONTRIBUTIVO | 1 | 5.2 |
| DX ACTUAL | FALLA CARDIACA | 8 | 42.1 |
| | CAMBIO VALVULAR | 2 | 10.5 |
| | IAM | 4 | 21 |
| | ENF VASOS | 2 | 10.5 |
| ANTECEDENTES | HTA | 13 | 68.4 |
| | DM | 5 | 26.3 |
| LIMITACIONES | MOVILIDAD | 9 | 47.3 |
| | AUDITIVAS | 4 | 21 |
| | VISUALES | 9 | 47.3 |
| FACTOR SOCIOECONÓMICO | VENTAJA DE ADHERENCIA | 2 | 10.5 |
| | RIESGO DE NO ADHERENCIA | 8 | 42.1 |
| | COMPORTAMIENTO DE NO ADHERENCIA | 9 | 47.3 |
| FACTOR RELACIONADO CON EL SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD | VENTAJA DE ADHERENCIA | 11 | 57.8 |
| | RIESGO DE NO ADHERENCIA | 6 | 31.5 |
| | COMPORTAMIENTO DE NO ADHERENCIA | 2 | 10.5 |
| FACTOR RELACIONADO CON LA TERAPIA | VENTAJA DE ADHERENCIA | 11 | 57.8 |
| | RIESGO DE NO ADHERENCIA | 5 | 26.3 |
| | COMPORTAMIENTO DE NO ADHERENCIA | 3 | 15.7 |
| FACTOR RELACIONADO CON EL PACIENTE | VENTAJA DE ADHERENCIA | 6 | 31.5 |
| | RIESGO DE NO ADHERENCIA | 12 | 63.1 |
| | COMPORTAMIENTO DE NO ADHERENCIA | 1 | 5.2 |

Dentro de las características de los pacientes que no tienen o están en riesgo de no adherencia, se encontró correlación negativa casi perfecta entre el estrato socioeconómico y los resultados del factor socioeconómico (Pearson= -0.946), lo que permitiría pensar que a menor estrato mayor ventaja de adherencia

socioeconómica, sin embargo este resultado es inverso al medido en el total de la población. Caso contrario ocurre con el tipo de seguridad en salud y el factor relacionado con el sistema y equipo de salud, en el cual se evidenció correlación positiva perfecta (Pearson= 0.999), significando que entre mejor sea el sistema de salud mejor será la adherencia en el mismo factor.

Representa gran preocupación estos pacientes, ya que son quienes demuestran estar en riesgo de presentar complicaciones o incluso llegar a fallecer debido a que no están adheridos a su tratamiento farmacológico y no farmacológico, además muestran antecedentes importantes de padecer hipertensión arterial y diabetes mellitus, limitaciones en su movilidad y visión, lo que aguda el riesgo. En ellos se encontró alterado el factor socioeconómico con predominancia al riesgo de no adherencia, mientras que los otros factores estuvieron en su mayoría en ventaja de adherencia.

8. DISCUSIÓN

En la presente discusión se analizan los resultados encontrados frente a los antecedentes y al marco teórico planteado, los cuales tienen como referencia los conceptos de adherencia farmacológica y no farmacológica en el paciente con enfermedad cardiovascular, los factores que pueden afectarla y la teoría de Dorotea Orem sobre el autocuidado. Se empleó un formato de recolección de la información para las variables sociodemográficas y clínicas y el instrumento denominado: "Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular" creado y validado por Bonilla y Gutiérrez en 2014.

Se logró cumplir con el objetivo general propuesto, donde se buscaba identificar los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad Cardiovascular del HUHMP, encontrándose que fueron los factores socioeconómicos los que tienen una influencia que favorece el riesgo y la no adherencia. Mientras que los otros factores, relacionados con la condición del paciente, con la terapia y el relacionado con el proveedor del sistema y equipo de salud, se mantuvieron en su mayoría como factores positivos para la adherencia.

De este modo, acerca de las características sociodemográficas de los pacientes objeto de estudio se encontró que el sexo más frecuente fueron los hombres con un 62,8%, en quienes se evidenció mayoritariamente ventaja de adherencia en el 62.1%, aunque este dato no tuvo significancia estadística; hallazgo que difiere con lo expuesto por Sandoval, en el 2014 (21), quien encuentra que el sexo, hombres principalmente, tiene relación significativa con el riesgo de no adherencia ($p=0,03$), siendo entonces un factor importante para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Así mismo, en relación a la edad, se halló que los participantes en el presente estudio tenían un rango bastante amplio, entre los 18 y los 89 años y que en su mayoría (55.8%), tenían ventaja de adherencia, éstos últimos también con un rango de edad que varió entre los 18 y 84 años, sin embargo no se considera que exista correlación entre la edad y el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes ya que no tuvo significancia estadística, lo cual concuerda con lo referido por Zambrano y colaboradores, en el 2012 (35), quienes señalan que no se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa con las dimensiones de la adherencia al tratamiento, reportan que las edades de las personas estaban entre 50 y 70 años. Esto confirma que la edad no representa una condicionante para lograr la adherencia al tratamiento.

En los estudios realizados por Núñez y colaboradores, en el 2014 (23), se demostró que la falta de adherencia al tratamiento recae sobre los pacientes que viven solos, lo cual es coincide con lo encontrado en la presente investigación, ya que la mayoría de los pacientes encuestados tenían una pareja estable, ya sea en unión libre o en matrimonio y estaban adheridos al tratamiento (87%), convirtiéndose en un factor protector para la adherencia al tratamiento.

Además, la ocupación mostró relevancia sobre el riesgo y la no adherencia al tratamiento en aquellos pacientes que se dedican al hogar o eran independientes, presentando una $p=0,07$. Del mismo modo, la escolaridad denotó impacto en la adherencia de los pacientes, pues se encontró que aquellos que no tenían estudios o su máximo nivel académico fue de bachillerato incompleto, presentaron riesgo de no adherencia o comportamientos no adherentes, esto con una $p=0,04$, por lo que puede haber una relación entre estos dos factores. Así mismo, estos resultados son similares a los publicados por Lynggaard et al en el 2017 (31), quien encuentra que en Dinamarca, los pacientes con baja educación y bajos ingresos familiares tienen menor adherencia al tratamiento, sin embargo esta es posible de mejorar con estrategias educativas. Igualmente, en Turquía, Karakurt y Kasikçi, en el 2012 (19), encontraron una diferencia muy significativa entre los niveles educativos y tomar los medicamentos prescritos.

De la misma forma lo menciona Salcedo en su investigación realizada en el 2014 (14), donde el 72.4% de la población muestral tiene un nivel de escolaridad primaria o menor, lo cual es una limitante a la hora de la comprensión de las indicaciones dadas por el personal asistencial para la adherencia al tratamiento.

También, en el estudio realizado por Smith en el 2016 (32), se identifica la educación como un componente crítico y marcador para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico; además, considera que los medios de comunicación impactan en los comportamientos de adherencia.

Así mismo, Zambrano y colaboradores (35), refieren diferencias estadísticamente significativas para la dimensión relacionada con los factores socioeconómicos, en donde se observa que a medida que aumenta la escolaridad existe mejor adherencia al tratamiento, asociada a los elementos socioeconómicos. De igual manera concuerda con lo referido por Herrera en el 2012 (18), quien describe que la población hipertensa participante en su estudio, tenía bajo nivel de escolaridad (29%) y algunos eran analfabetas (14%).

Igualmente, el grado de escolaridad de los pacientes se puede asociar con un estrato socioeconómico bajo, lo que se evidencia en el 86% de los pacientes, quienes se encuentran en los estratos 1 y 2. Esto es confirmado por Sandoval, en

el 2014 (21), donde se encuentra que el bajo nivel educativo (< 8 años aprobados) y el bajo ingreso familiar se relaciona con el riesgo de no adherencia al tratamiento.

En las investigaciones realizadas por Salcedo (14) y por Benavides (17), en donde los estratos 1 y 2 tenían mayor prevalencia en su población de estudio, describieron que los pacientes poseían un factor de riesgo como el componente económico deficiente, que puede intervenir en la suplencia de muchas de sus necesidades. Por otro lado, es de resaltar que, para la presente investigación, a pesar de que la población en su mayoría pertenecía a estratos bajos no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el estrato socioeconómico y el grado de adherencia al tratamiento ($p=0,08$).

El tipo de seguridad social en salud fue el factor de mayor significancia, ya que una gran mayoría (83%) de los participantes que pertenecen al régimen subsidiado están en riesgo o no tienen adherencia, mientras que la mayoría (54%) de los participantes que están afiliados a un régimen especial mostraron ventaja en la adherencia. Esta relación tuvo una $p=0,009$, lo que sugiere que el régimen de salud puede influir sobre la adherencia al tratamiento.

Además de esto, se identificó la hipertensión arterial como la principal patología asociada a los pacientes con alteraciones cardiovasculares, lo cual concuerda con lo mencionado por la OMS en el documento adherencia a los tratamientos a largo plazo, donde se establece que la hipertensión arterial incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general, de igual manera refiere que el 40% de los casos de infarto agudo de miocardio (IAM) o de accidente cerebrovascular (ACV) es atribuible a la hipertensión arterial (1).

Por otro lado, Gómez, en su estudio realizado en el 2012 (6), menciona que, para la OMS, la hipertensión arterial genera el 13% de las muertes a nivel mundial, el tabaquismo 9%, la diabetes mellitus 6%, el sedentarismo 6% y el sobrepeso y la obesidad 5%, igualmente, Zambrano y colaboradores (32), describen que los factores de riesgo cardiovascular que más se presentan en la muestra investigada son: la hipertensión arterial (86%), seguido de la dislipidemia (57%) y el sedentarismo (49,1%).

Dentro del análisis realizado a cada uno de los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, se encontró que el factor socioeconómico fue el más alterado, ya que el 60% de los participantes están en riesgo o comportamientos no adherentes en dicho factor, centrándose en la dificultad económica de los pacientes para suplir sus necesidades en alimentación, salud, vivienda y educación. Esto coincide con lo descrito por Akhu-Zaheya y W. Shiyab (29), quienes en 2016, insisten que hay poca asistencia a los

programas de rehabilitación debido a dificultades de transporte y costos financieros, por lo cual diseñaron una estrategia a través de tele-enfermería, con cortos mensajes de texto a los pacientes, logrando mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y a una dieta saludable, en su grupo de intervención.

Igualmente, el factor socioeconómico se ve afectado por la escasa posibilidad de costearse los medicamentos, los traslados a los sitios de consulta médica y sus largas distancias y cambios en la alimentación por su alto costo, lo que interfiere en la adherencia al tratamiento. Esto se evidencia en el estudio realizado por Herrera en el 2012 (18), donde los resultados apuntan a la presencia de factores socioeconómicos que influyen negativamente en la adherencia al tratamiento, debido principalmente al bajo nivel educativo y a la poca disponibilidad económica para cubrir los gastos que requiere el tratamiento, lo cual es compatible con las características de los participantes en la presente investigación. Por tanto, es importante tener en cuenta que el perfil de bajo nivel socioeconómico pone en evidencia el riesgo de no poder responder con los comportamientos necesarios para la adherencia a los tratamientos.

Lo contrario fue hallado en la investigación desarrollada por Salcedo (14), donde el nivel socioeconómico genera un impacto importante, ya que el 49.5% de la población se encontró en el nivel de riesgo alto, un 24.7% en riesgo medio y un 25.8% en riesgo bajo de no adherencia. Es importante aclarar, que el factor social y el apoyo familiar, fue un aspecto positivo dentro del presente estudio, manifestado por los propios pacientes, lo que disminuye el impacto negativo del aspecto económico en los resultados, lo mismo que refiere Herrera (18) en su investigación, donde el factor económico afecta de forma negativa en la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos, pero este se ve minimizado de cierta manera por el aspecto social, manifestado a través del apoyo de la familia y amigos de los pacientes.

Por otro lado, la dimensión relacionada con el proveedor: sistema y equipo de salud, obtuvo una valoración positiva con un 76,7% de los pacientes con ventaja de adherencia, lo que conlleva a realizar un fortalecimiento en las instituciones y entidades prestadoras de salud para cooperar con la adherencia al tratamiento de los pacientes, como se evidencia en la investigación realizada por Sandoval, en el 2014 (21), donde una inadecuada relación médico-paciente conlleva a una mala adherencia ($p=0,01$), igualmente en el estudio realizado por Escolar (22), se destaca que el apoyo emocional y educacional brindado por los profesionales de la salud favorece la adherencia, donde la importancia de la relación entre el profesional de la salud y el paciente en los programas de rehabilitación cardíaca, respalda el mantenimiento de los cambios en el estilo de vida a todos los niveles promovidos por el tratamiento a largo plazo mayor a 12 meses.

En la presente investigación, los pacientes encuestados manifestaron recibir educación, orientación y un trato humanizado por parte del equipo de salud, que contribuye a generar comportamientos que mejoraron la adherencia al tratamiento, sobre este aspecto Salcedo (14) y Herrera (18), describen que aspectos como deficiente educación, poca receptividad y poca comprensión por parte del paciente influyen negativamente en la adherencia; es allí donde el profesional de Enfermería debe individualizar el cuidado, adaptando las necesidades educativas de cada paciente para favorecer la comunicación asertiva y así mismo aumentar la adherencia a los tratamientos.

Además de esto, en la dimensión relacionada con la terapia, es importante resaltar la ventaja de adherencia que manifiestan los pacientes, con un 79,1%, lo contrario a lo encontrado en el estudio realizado por Da Silva en el 2014 (20), donde se evidenció que un 42,5% de los pacientes encuestados no estaban adheridos al tratamiento, principalmente debido al poco conocimiento de la enfermedad ($p=0,00$) y farmacoterapia compleja ($p=0,02$), los cuales tenían 2,1 veces más probabilidades de no adherirse al tratamiento medicamentoso; a pesar de que las características sociodemográficas, como estado civil (casado/unión libre), bajo nivel educativo (menor a 8 años) y bajo estrato socioeconómico eran relativamente parecidas, los pacientes del Departamento del Huila tienen mayor apropiación de su terapia, lo que beneficia su adherencia y su autocuidado.

Igualmente, se ve reflejado en lo descrito por Salcedo (14) donde resalta que el 46,4% presentaron riesgo bajo y 35,2% presentaron riesgo medio de no adherencia, mostrando una tendencia positiva frente a la dimensión relacionada con la terapia, determinada por la claridad de su tratamiento, dado por la educación impartida por el equipo de salud. Del mismo modo, Herrera (18), en su estudio describe comportamientos positivos frente a la terapia y resalta que la dificultad en el cambio en algunas costumbres como alimentación y ejercicio, están relacionadas con el bajo nivel socioeconómico de los pacientes y por el alto costo de algunos alimentos.

En los factores relacionados con la condición del paciente que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, se encontró principalmente (67%) una ventaja de adherencia, donde el aspecto más destacado por los pacientes participantes fue el apoyo y acogida de su familia o grupo, a causa de los tratamientos y recomendaciones a seguir; lo que demuestra la gran importancia de contar con un cuidador y núcleo familiar que provea afecto, compañía y apoyo en dicho proceso. Esto es confirmado por González (27) quien en 2015 encontró que los pacientes con disfunción familiar tienen casi 3.7 veces la probabilidad de tener una mala adherencia al tratamiento farmacológico, y que portanto, el apoyo familiar hacia el paciente significará compañía, saber que las personas que lo rodean lo quieren y lo demuestran interesándose en lo que les sucede.

Sin embargo, los resultados de ventaja de adherencia de este factor están en contravía con lo reportado por Shehab y colaboradores (26) en 2016, quienes identificaron que los pacientes son resistentes a modificar su estilo de vida y su régimen farmacológico, lo que conduce aún más al desarrollo de enfermedades vasculares, esto debido a creencias negativas o barreras motivacionales de recuerdo o memoria del tratamiento y dificultades en el acceso.

Igualmente, en el estudio realizado por Orellana en el 2016 (28), donde los pacientes que se interesaron por conocer acerca de su enfermedad y eran conscientes de la importancia de seguir el tratamiento, fueron 15,41 veces más adherentes, que quienes no lo hicieron. Estos hallazgos relevan que una buena educación y motivación al paciente hacen que se apodere de su enfermedad y ayuda a la adherencia al tratamiento.

También se encontró coincidencia en lo descrito por Salcedo (14), donde el 80.1% de su población tenía en un riesgo bajo de no adherencia al tratamiento, además, Herrera (18), describe en su estudio que los pacientes hipertensos son conscientes de que son ellos los directamente responsables del éxito de sus tratamientos lo cual está fuertemente relacionado con el nivel de autocuidado intrínseco en cada uno, es de resaltar que en la presente investigación, los pacientes encuestados, son conscientes de su responsabilidad sobre su salud y que de ellos depende tener una mejor calidad de vida, esto seguido de un acompañamiento y apoyo por parte de su familia.

Sobre el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, se evidenció en general una ventaja de adherencia de los pacientes, pero es preocupante que un 44,2% de los participantes tengan un riesgo de no adherencia o comportamientos poco adherentes, lo que podría influenciar en nueva recaída de la enfermedad cardiovascular.

Lo contrario ocurrió en la investigación realizada por Salcedo (14), en donde solo un 34,4% de la población, presentó bajo riesgo y un 47,2% estaba en riesgo medio de no adherencia, en una escala de bajo, medio y alto riesgo de no adherencia, pero cabe resaltar que los porcentajes de pacientes con comportamientos de no adherencia para ambos estudios no es significativo.

Además de esto, la teoría de Dorothea Orem plantea el autocuidado como una conducta donde las personas tienen la responsabilidad de cuidar de sí mismas, pero además, el Modelo de Orem definen una serie de factores inherentes a la persona y a su entorno que condicionan de diversa manera las demandas de autocuidado terapéutico. Estos factores son: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud (diagnóstico y modalidades de tratamiento), factores del sistema familiar, patrón de vida, incluyendo actividades de la rutina diaria, factores ambientales, y

disponibilidad y adecuación de recursos (43). Esto último principalmente, es coherente con los resultados del presente estudio, ya que los factores socioeconómicos tuvieron un gran impacto negativo en la adherencia, referido por Orem como disponibilidad de los recursos, los cuales son de gran importancia para que el paciente pueda acceder al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Del mismo modo, factores como los propios del paciente y los relacionados con el equipo y sistema de salud, en el presente estudio se comportaron de manera positiva frente a la adherencia, similar a lo referido por Orem en sus seis categorías de requisitos de autocuidado, sin embargo Orem va más allá y refiere que el paciente debe conocer dichos requisitos de autocuidado específicos que necesita para mejorar su situación de desviación de la salud (43).

Al respecto, Olivella Fernández y colaboradores en 2012 (43), afirman que la responsabilidad de enfermería radica en conocer y calcular cuál es la demanda de autocuidado terapéutico que tiene cada persona, la cual estaría influenciada por los factores aquí estudiados. Esto determina la importancia y pertinencia del presente estudio, ya que con los resultados encontrados, los profesionales de enfermería, en articulación desde los distintos niveles de atención, pueden brindar cuidados enfocados en potencializar los factores positivos y mejorar los factores negativos que influyen en la adherencia, respondiendo así a la demanda de autocuidado.

9. CONCLUSIONES

- Diversos factores pueden afectar la adherencia de los pacientes a su tratamiento farmacológico y no farmacológico, entre éstos, el factor socioeconómico representa un elemento de gran relevancia, ya que se encontró que un porcentaje representativo de los participantes, evidenciaban problemas socioeconómicos que sobrepasaban sus posibilidades y afectaban de forma negativa su adherencia al tratamiento. Esto confirma que, además de la disposición de los pacientes, se requiere de compromiso por parte del Estado para que la salud sea un derecho de todos.
- Las características sociodemográficas de la población estudiada evidenciaron un amplio rango de edad, lo que lleva a inferir que las enfermedades cardiovasculares no solo afectan a las personas en edades avanzadas, si no también aquellas que apenas están iniciando su vida, por lo que es necesario empezar a prevenirlas desde temprana edad para evitar sus complicaciones.
- La mayoría de la población fue hombres, lo que conlleva a pensar que puede ser la cabeza del hogar, quien proporciona la parte económica en la familia, por ende, desde el primero momento el factor socioeconómico se ve afectado, derivando las demás dificultades.
- La mayoría de los pacientes pertenecían a un régimen especial, lo que en este estudio se evidenció como un factor protector dentro de la adherencia a los tratamientos, ya sea porque dentro de estos regímenes de excepción está contenido un sistema de salud más completo e incluyente, donde se evitan filas, procesos administrativos y demoras en la atención, haciendo de esto un excelente servicio y una motivación más para que las personas continúen con sus tratamientos.
- En las características clínicas de los pacientes, prevaleció la falla cardíaca, quienes fueron sometidos a cateterismos cardíacos, derivados de un infarto agudo de miocardio, fibrilación auricular o comunicación interventricular, lo que resultó en procedimientos más complejos como cambios valvulares, revascularizaciones miocárdicas y colocaciones de marcapasos, sometiendo a los pacientes a cirugías más complicadas, periodos de hospitalizaciones más extensos y recuperaciones más largas, comprometiendo su estabilidad laboral, familiar y su calidad de vida.
- Igualmente, los pacientes encuestados manifestaron tener antecedentes patológicos como hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, lo que

conlleva a que las enfermedades cardiovasculares no se encuentran bien controladas, arrastrándolos a un desenlace catastrófico y a las complicaciones mismas de estas enfermedades.

- La mayoría de las personas entrevistadas expresaron que luego del evento, presentaban alguna limitación física para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria como, por ejemplo, deterioro en la movilidad, en la audición y en la visión, lo que conlleva a una disminución de su calidad de vida y el requerimiento de compañía permanente.
- Dentro del análisis de los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, el factor socioeconómico fue el más afectado, reflejando riesgo o comportamientos poco adherentes, relacionado con la poca disponibilidad económica para suplir las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación), como también el coste de los medicamentos y los traslados a los sitios de consulta médica.
- El factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud, tuvo una valoración positiva, relacionado con la buena actitud y atención de servicio por parte de los profesionales de la salud, reflejado en el buen trato, en una comunicación asertiva y en una educación continua al paciente y su familia.
- El factor relacionado con la terapia, arrojó una valoración positiva, siendo el de mejor adherencia entre todos los factores, donde el paciente es consciente de su enfermedad, se esfuerza por realizar cambios en su estilo de vida y mantenerlos, además de seguir las recomendaciones médicas y el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Igualmente, está convencido que la mejor forma de recuperar su salud y calidad de vida es apropiarse de su tratamiento y conocer sobre éste.
- El factor relacionado con el paciente, tuvo una valoración positiva, pero en ocasiones el paciente siente rabia, angustia y desanimado por la enfermedad presentaba, pero esto se compensa con el apoyo tanto de la familia como del personal médico y de Enfermería, para motivarlos a continuar con sus tratamientos, el apoderamiento de su terapia y el mejoramiento de su calidad de vida. Además se encontró correlación casi perfecta entre este factor y el grado de adherencia.
- El grado de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos tuvo una valoración positiva, pero hay que resaltar que casi la mitad de la población tuvo riesgo o comportamientos poco adherentes, lo que es necesario realizar seguimiento y continuidad a estos pacientes para

que no vuelvan a recaer y prevenir las complicaciones propias de la enfermedad.

10. RECOMENDACIONES

Investigativo

- ✓ Es fundamental para Enfermería continuar con la investigación en adherencia a los tratamientos aplicable en todas las patologías, pues es el “qué hacer” de la disciplina, fundamentado en educación y cuidado directo a los pacientes, así mismo fortalecer este componente para planear e intervenir, puesto que de la adherencia a las terapias depende la recuperación de la salud de los individuos.
- ✓ Se recomienda continuar realizando investigaciones sobre la adherencia en este grupo de pacientes, donde se logre medir esta variable en una mayor población y se promueva la realización de intervenciones de enfermería para el mejoramiento de cada factor.

Academia y docencia

- ✓ Es importante que desde los programas de Enfermería implementen componentes que incluyan los programas de adherencia a los tratamientos, brindando un seguimiento y control continuo de las patologías, beneficiando tanto los centros de enseñanza en el fortalecimiento de su proceso educacional y haciendo evidente su actuar dentro de la comunidad, además para el paciente ya que mejora sus condiciones de salud, disminuye sus complicaciones derivadas de su enfermedad y fortalece su empoderamiento de su patología, mejorando su calidad de vida.
- ✓ Es indispensable que Enfermería se apodere del seguimiento de pacientes con enfermedades cardiovasculares, fortaleciendo su adherencia, educación y promoviendo una buena calidad de vida.

Institución de salud

- ✓ Es esencial la identificación de la población vulnerable en la no adherencia a los tratamientos, antes de su egreso de una institución salud, más aún presentando un evento cardiovascular, para encaminar su tratamiento en una educación continuada y con criterios de autocuidado.
- ✓ Implementar y fortalecer dentro de las instituciones de salud, programas que contribuyan al seguimiento estricto de la adherencia a los tratamientos de todos los pacientes, haciendo énfasis en una rehabilitación integral, para devolvernos a la sociedad, luego de un evento cardiovascular, no solo dando información sobre la patología, sus complicaciones y tratamientos tanto farmacológicos y no farmacológicos, si no también empoderando al

paciente de su enfermedad y haciéndolo responsable de sus cuidado, por ende disminuyendo los costos de estas patologías, sus reingresos hospitalarios, recaídas y complicaciones extremas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mundial De La Salud O. Adherencia a los tratamietnos a largo plazo. Pruebas para la acción Catalogación por la Biblioteca de la OPS [Internet]. 1st ed. OMS, editor. Ginebra, Suiza; 2004. 199 p. Available from: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
2. Bonilla Ibañez CP. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia. Av en Enfermería [Internet]. 2007;25(1):46–55. Available from: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35900/36915>
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Centro de Prensa OMS. 2015. p. 1–7. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
4. Estruch R. Mortalidad cardiovascular: ¿Cómo prevenirla? Nefrología [Internet]. 2014;34(5):561–9. Available from: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-mortalidad-cardiovascular-como-prevenirla-X0211699514054647>
5. Reales CPB y EG de. Desarrollo y características psicometricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos. Av en. 2014;XXXII(1):53–62. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a06.pdf>
6. Gómez JE. Morbimortalidad cardiovascular en el mundo. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2012;19(6):298–9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332012000600005
7. European Heart Network. European Cardiovascular Disease Statistics. Eur Cardiovasc Dis Stat [Internet]. 2012;2(1):7–123. Available from: <https://www.escardio.org/The-ESC/What-we-do/Initiatives/EuroHeart/2012-European-Cardiovascular-Disease-Statistics>
8. Di Cesare M. El perfil epidemiológico de América Latina y el caribe: edsafóp, límites y acciones. [Internet]. 2011. 40 p. Available from: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/3852-perfil-epidemiologico-america-latina-caribe-desafios-limites-acciones>
9. Cano De La Cuerda R, María I, Diego A, Jesús J, Martín A, Sánchez AM, et

- al. Programas de rehabilitación cardiaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Revista española de Cardiología*. [Internet]. 2012;65(1):72-9. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es/programas-rehabilitacion-cardiaca-calidad-vida/articulo/90073500/>
10. Ángel M, Chamorro R, García-jiménez E, Amariles P. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria* [Internet]. 2008;40(8):413–8. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>
 11. Suárez PA, Barragan EF, Álvarez OM. Impacto de los programas de rehabilitación cardiaca sobre los factores de riesgo cardiovascular en prevención secundaria. *Rev Med* [Internet]. 2015;23(2):41–9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-52562015000200005&script=sci_abstract&lng=es
 12. Clark AM, King-shier KM, Spaling MA, Duncan AS, Stone JA, Susan B, et al. Clinical Rehabilitation. *Clin Rehabil* [Internet]. 2013;0(0):1–12. Available from: <https://sci-hub.cc/10.1177/0269215513481046>
 13. Ortíz Viveros GR, Ortega Herrera E. Predictive capability of treatment adherence in the socio-cognitive health beliefs models. *Psicol y Salud* [Internet]. 2011;21(1):79–90. Available from: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Godeleva-Rosa-Ortiz-Viveros.pdf>
 14. Salcedo Barajas A, Gómez Ochoa AM. Grados de riesgo para la adherencia terapeutica. *Av en Enfermería* [Internet]. 2014;XXXII(1):33–43. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a04.pdf>
 15. López Jiménez F, Pérez Terzic C, Zeballos P, Anchique C, Burdiat G, Gomzalez K, et al. Consenso de rehabilitacion cardiovascular y prevención secundaria de las sociedades Interamericana y Sudamericana de cardiología. *Rev Uruguaya Caridología* [Internet]. 2013;28(1):189–224. Available from: www.suc.org.uy/revista/v28n2/pdf/rcv28n2_consenso_rehabilitacion.pdf
 16. Bastidas Sánchez CV, Olivella Fernández M, Bonilla Ibañez CP. Asociación entre la capacidad funcional y los resultados de autocuidado. *Av en Enfermería* [Internet]. 2012;XXX(1):42–54. Available from: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35432/36129>
 17. Alfonso Benavides V, Jaramillo Rosero L, Marcela Rendón S, Mauricio

- Valenzuela A, Argotty Pérez E, Cristina Mafla A. Determinantes de adherencia al tratamiento antihipertensivo de adultos ≥ 35 años de edad. *Rev Univ y Salud* [Internet]. 2013;15(2):136–49. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072013000200005
18. Herrera Guerra E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertension arterial. *Av en Enfermería* [Internet]. 2012;XXX(2):67–75. Available from: www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf
 19. Karakurt P, Kaşıkçı M. Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. *J Vasc Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2017 May 1];30(4):118–26. Available from: <http://ezproxy.usco.edu.co:2051/science/article/pii/S1062030312000350>
 20. Da Silva Barreto M, Olivera Reiners AA, Marcon SS. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados Introducción Método. *Rev Latinoam Enfermagen*. 2014;22(3):491–8.
 21. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez O, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del programa de salud cardiovascular de la región METropolitana, Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2014;142(1):1245–52. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n10/art03.pdf>
 22. Escolar Gutiérrez MC, López Moya B, Portabales barreiro L, Carcedo Robles C, Alonso Abolafia A. Influencia de la relación profesional sanitario - paciente en la adherencia al tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca. *Proceeding Int Congr Clin Psychol* [Internet]. 2014;(June 2013):50–5. Available from: <https://slidedoc.es/download/documents/influencia-de-la-relacion-profesional-sanitario-paciente-en-la-adherencia-al-tratamiento-en-un-programa-de-rehabilitacion-cardiaca-prc-pdf>
 23. Núñez Montenegro AJ, Montiel A, Martín E, Torres B, Lara C, González A. Atención Primaria Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Atención Primaria* [Internet]. 2014;46(5):238–45. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713002771>
 24. Conthe P, Contreras EM, Pérez AA, García BB, Cano MNF De, Jurado MG, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica : estado de lasituación y perspectiva de futuro. *Rev Clínica Española* [Internet]. 2017;214(6):336–44. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008>

25. Burnier M. Managing “ resistance ”: is adherence a target for treatment? *Pharmacol Ther* [Internet]. 2014;23(5):439–43. Available from: <https://sci-hub.cc/10.1097/MNH.0000000000000045>
26. Shehab A, Elnour AA, Swaidi S Al, Bhagavathula AS, Hamad F, Shehab O, et al. Evaluation and implementation of behavioral and educational tools that improves the patients’ intentional and unintentional non-adherence to cardiovascular medications in family medicine clinics. *Saudi Pharm J* [Internet]. 2016;24(2):182–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsps.2015.02.022>
27. Gonzales Torres WA. Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2, Hospital Militar Central, Lima, noviembre 2014 - enero 2015 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4034>
28. Orellana Cobos D, Chacón Abril K, Quizhpi LAzo J, Álvarez Serrano M. Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial , Falta de Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso . *Rev Médica HJCA*. 2016;8(3):252–8.
29. Akhu-Zaheya LM, Shiyab WY. The effect of short message system (SMS) reminder on adherence to a healthy diet, medication, and cessation of smoking among adult patients with cardiovascular diseases. *Int J Med Inform* [Internet]. 2016;98(1):65–75. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1386505616302696>
30. Zarcos I, Fernández Al, Téllez T, Rivas F, Rueda A, Morales M, et al. Factors that influence treatment delay in patient with colorectal cancer. *Oncotarget* [Internet]. 2017;8(22):36728–42. Available from: <http://www.impactjournals.com/oncotarget/index.php?journal=oncotarget&page=article&op=view&path%5B%5D=13574>
31. Lynggaard V, Nielsen CV, Zwisler A-D, Taylor RS, May O. The patient education — Learning and Coping Strategies — improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB): A randomised controlled trial. *Int J Cardiol* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 1];236:65–70. Available from: <http://ezproxy.usco.edu.co:2051/science/article/pii/S016752731634459X>
32. Sidney C S. Adherence to Medical Therapy and the Global Burden of

- Cardiovascular Disease. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2016;67(13):1516–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2016.02.016>
33. Nieto Betancurt L, Pelayo Pedraza R. Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a esta, como objeto de la psicología de la salud. *Rev académica e Inst la UCPR* [Internet]. 2009;85(1):61–75. Available from: <http://biblioteca.ucp.edu.co/ojs/index.php/paginas/article/view/1510>
34. Ferrand Sanabria PA. Psicología de la Salud: Temas Actuales de Investigación en Latinoamérica". *Interam J Psychol* [Internet]. 2008;42(1):181–2. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28442119%0ACómo>
35. Zambrano R, Duitama J, Posada J, Fórez J. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2012;30(2):163–74. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918005%0ACómo>
36. Díaz ML, Robles P, Auxiliar C, En C, Certificada R. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Rev Griot* [Internet]. 2014;7(1):73–84. Available from: <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1554>
37. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de Enfermería. *Enfermería Glob* [Internet]. 2010;19(1):1–14. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
38. Rivero Martínez N, Gonzalez Acosta M, Gonzalez Barrero M, Nuñez Herrera M, Hornedo Jerez I, Rojas Izquierdo M. Valoración ética del modelo de Dorotea Orem. *Rev habanera ciencias médicas* [Internet]. 2007;6(3):1–11. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000300012
39. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 DE 1993 [Internet]. 1993 p. 1–19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
40. Ministerio de Educación de Colombia. Ley 911 de 2004 [Internet]. 2004. Available from: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-105034_archivo_pdf.pdf

41. Ministerio de Educación de Colombia. Ley 266 de 1996 [Internet]. 1996. Available from: http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf
42. Social M de la protección. Resolución 2378 de 2008 [Internet]. REsolución 2378 Colombia; 2008 p. 93. Available from: <https://www.invima.gov.co/resoluciones-medicamentos/302-resolucion-2378-junio-27-de-2008.html>
43. Olivella-fernández MC, Bastidas-sánchez CV. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular : abordaje desde el Modelo de Orem. Aquichan [Internet]. 2012;12(1):53–61. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a06.pdf>

ANEXOS

ANEXO A operacionalización de variables

| VARIABLES | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN |
|------------------------------------|---|------------------------------|---|--------------------|
| Características socio-demográficas | Conjunto de características sociales, que miden la estructura dinámica de una población y que pueden influir de forma positiva o negativa en la salud | Sexo | Hombre Mujer | Nominal |
| | | Edad | Años cumplidos | Razón |
| | | Estado civil | Soltero/a, Casado/a Divorciado Unión libre Viudo/a | Nominal |
| | | Escolaridad | Primaria completa Primaria incompleta Bachillerato completo Bachillerato incompleto Técnico Completo Técnico Incompleto Universidad completa Universidad Incompleta Otro ¿Cuál? | Ordinal |
| | | Ocupación actual | Estudiante Empleado Desempleado Trabajador independiente Pensionado Hogar. Otro ¿Cuál? | Nominal |
| | | Estrato socio-económico | 1,2,3,4,5,6 | Ordinal |
| | | Tipo de Seguridad | Subsidiado Contributivo Vinculado Régimen Especial | Nominal |
| | | Lugar de Residencia | Rural Urbana | Nominal |
| Características clínicas | Características clínicas de la enfermedad | Diagnostico | Diagnostico actual | Nominal |
| | | Tiempo de diagnóstico actual | Tiempo en meses | Nominal |
| | | Antecedentes | | |

| | | | | |
|--------------------------|--|---|--|---|
| | | <p>patológicos</p> <p>Procedimientos quirúrgicos realizados</p> <p>Limitaciones físicas generadas por la enfermedad cardiovascular o enfermedad de base</p> <p>Síntomas</p> | <p>Antecedentes personales</p> <p>Cirugías realizadas en los últimos 5 años por su patología de base</p> <p>Visuales Auditivas Movilidad Otro ¿Cuál?</p> <p>Síntomas relacionados con su patología: - Dolor o molestias en el pecho, brazos, hombro, espalda o mandíbula. - Dificultad para respirar. - Náuseas o vómitos. - Mareos o desmayos. - Sudores fríos y palidez. - Debilidad. - Dificultad para hablar o comprender lo que se dice. Problemas visuales en uno o ambos ojos. - Dificultad para caminar. - Pérdida de equilibrio o coordinación. - Dolor de cabeza intenso de causa desconocida.</p> | <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> |
| Factores socioeconómicos | Características sociales y económicas que influyen en la adherencia al tratamiento | <p>Disponibilidad económica para atender sus necesidades básicas</p> <p>Adquisición de medicamentos</p> <p>Recurso económico para traslado al lugar de la consulta</p> | <p>Nunca A veces Siempre</p> <p>Nunca A veces Siempre</p> <p>Nunca</p> | <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> |

| | | | | |
|--|--|---|-----------------------------|---------|
| | | Permisos laborales para asistir a citas | A veces Siempre | |
| | | Motivación para seguir conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Dificultad para cambio de la dieta | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Lectura sobre información acerca de su enfermedad | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Apoyo familiar para cumplir su tratamiento | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Ocupaciones dentro y fuera del hogar dificultan continuarsu tratamiento | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Contacto con personas y grupos que están tratandode mejorar su salud le sirven de ejemplo | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Conocimiento de las personas que le ayudan sobre la gravedad del tratamiento | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Distancia de su casa o trabajo al lugar de la cita dificultan su cumplimiento | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Comparte sus preocupaciones con otras personas y estas lo animan a continuar | Nunca A veces Siempre | Nominal |

| | | | | | |
|---|--|--|-----------------------------|---------|--|
| | | | Nunca A veces Siempre | Nominal | |
| Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud | Características relacionadas con la atención en salud y su equipo que influyen en la adherencia al tratamiento | Médico y enfermeras lo animan a volver a sus controles | Nunca A veces Siempre | Nominal | |
| | | Enfermería enseña y da recomendación escrita sobre su tratamiento | Nunca A veces Siempre | Nominal | |
| | | Información verbal por el médico es clara y precisa | Nunca A veces Siempre | Nominal | |
| | | Dudas acerca de sus medicamentos (Horario, cantidad, relación con comidas) | Nunca A veces Siempre | Nominal | |
| | | Desorganización en la atención por parte de la institución | | | |
| | | Personas que lo atienden se ven ocupadas para escucharlo mucho tiempo | Nunca A veces Siempre | Nominal | |
| | | Respuesta a inquietudes y dificultades del tratamiento | Nunca A veces Siempre | Nominal | |
| | | Control por parte del médico sobre el tratamiento | Nunca A veces Siempre | Nominal | |
| | | Información sobre la medicación para su tratamiento | Nunca A veces Siempre | Nominal | |
| Orientación para ajustar horarios de medicamentos por actividades diarias | Nunca A veces Siempre | Nominal | | | |

| | | | | |
|--|--|---|-----------------------------|---------|
| | | Comprensión por parte de los profesionales de la salud si fallará el tratamiento | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Conoce fecha, horario y lugar próximo control | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Explicación clara por parte de los profesionales de la salud sobre la enfermedad y el tratamiento | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Cambian el médico que lo atiende y se confunde | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Cambio de medicamentos lo confunde | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | No recibe atención con calidad | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Concordancia con el médico sobre la mejoría de la salud | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | El trato del personal y los demás es el que espera | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | La institución da oportunidad de reconocer los riesgos y como modificarlos | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Conoce los riesgos para sufrir enfermedad cardiovascular | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Consigue medicamentos de acuerdo a el tipo de afiliación | Nunca A veces Siempre | Nominal |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|---|-----------------------------|---------|
| | | | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| Factores relacionados con la terapia | Características relacionadas con la terapia que influyen en la adherencia al tratamiento | Forma de distinguir medicamentos para no confundir | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Si mejora sus síntomas suspende tratamiento | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Piensa que algún medicamento crea dependencia y no lo toma | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | El tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Usted y su familia cree que los tratamientos son contrarios a su fe y valores | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Vale la pena cumplir el tratamiento para mejorar su salud | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Cambios en el estilo de vida difíciles de realizar | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Conveniente control de peso mediante dieta y ejercicio | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Medicamentos le alivian los síntomas | Nunca A veces Siempre | Nominal |

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|-----------------------------|---------|
| | | | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| Factores relacionados con el paciente | Factores propios del paciente que influyen en la adherencia al tratamiento | Enfermedad limita estar con otras personas | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Rabia con la enfermedad | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Interés sobre condición de salud | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Angustia y desánimo por dificultades de su enfermedad | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Discriminación de su familia o grupo por tratamiento | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Creencia sobre el mejoramiento de la salud al seguir el tratamiento | Nunca A veces Siempre | Nominal |
| | | Creencia sobre la responsabilidad del cuidado de la salud | Nunca A veces Siempre | Nominal |

ANEXO B Formato de recolección de la información sobre características sociodemográficas y clínicas que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la unidad cardiovascular del HUHMP

La información diligenciada será utilizada para fines académicos y conocida únicamente por los integrantes y la asesora de investigación. Está conformado por datos sociodemográficos y clínicos.

A continuación, usted escuchará una serie de preguntas a las cuales deberá responder según su criterio, no hay respuesta buena ni mala, solo debe indicar cuál es la que más se parece a lo que usted vive o piensa.

| CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA | | | |
|---|--|--|---|
| 1. Sexo: H <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | |
| 2. Edad: <input type="text"/> años | | | |
| 3. Ocupación: | | | |
| Estudiante <input type="checkbox"/> | Empleado <input type="checkbox"/> | Desempleado <input type="checkbox"/> | |
| Trabajador independiente <input type="checkbox"/> | Pensionado <input type="checkbox"/> | Hogar <input type="checkbox"/> | |
| Otro ¿Cuál? <input type="text"/> | | | |
| 4. Lugar de residencia: | | 5. Estado civil: | |
| Rural <input type="checkbox"/> | Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> | | |
| Urbana <input type="checkbox"/> | Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> | | |
| Procedencia: <input type="text"/> | | | |
| 6. Escolaridad: | | | |
| Primaria completa <input type="checkbox"/> | Primaria incompleta <input type="checkbox"/> | Bachillerato completo <input type="checkbox"/> | |
| Bachillerato incompleto <input type="checkbox"/> | Técnico completo <input type="checkbox"/> | Técnico incompleto <input type="checkbox"/> | |
| Universidad completa <input type="checkbox"/> | Universidad incompleta <input type="checkbox"/> | Ninguna <input type="checkbox"/> | |
| 7. Tipo de Seguridad: | | | |
| Subsidiado <input type="checkbox"/> | Contributivo <input type="checkbox"/> | Pobre no asegurado <input type="checkbox"/> | Régimen especial <input type="checkbox"/> |
| Medicina prepagada <input type="checkbox"/> | | | |
| A cuál EPS está afiliado: <input type="text"/> | | | |
| CA | | | |
| 8. Diagnóstico actual: <input type="text"/> | | | |
| 9. Tiempo en meses del dx actual: <input type="text"/> | | | |
| 10. Antecedentes personales : | | | |
| 11. Procedimientos quirúrgicos realizados en los últimos 5 años por su enfermedad de base: <input type="text"/> | | | |
| 12. Limitaciones físicas generadas por su enfermedad: | | | |
| Visuales <input type="checkbox"/> | Movilidad <input type="checkbox"/> | | |
| Auditivas <input type="checkbox"/> | Otro. ¿Cuál? <input type="text"/> | | |
| 13. Síntomas relacionados con su enfermedad: <input type="text"/> | | | |

ANEXO C Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular

INSTRUCCIONES:

A continuación, encuentra usted una serie de ítems que expresan aspectos o experiencias que influyen en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la frecuencia con que ocurre cada evento en su situación en particular.

| Factores Influyentes | | Nunca | A veces | Siempre |
|--|---|--------------|----------------|----------------|
| I Dimensión | | | | |
| Factores Socioeconómicos | | | | |
| 1 | Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación) | | | |
| 2 | Puede costearse los medicamentos | | | |
| 3 | Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta | | | |
| 4 | Cuenta con permisos laborales para asistir a sus citas | | | |
| 5 | Reconoce que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo | | | |
| 6 | Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados | | | |
| 7 | Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad | | | |
| 8 | Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento | | | |
| 9 | Las relaciones entre los miembros de la familia que viven con usted lo desaniman para seguir los tratamientos | | | |
| 10 | Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento | | | |
| 11 | El contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven de ejemplo | | | |
| 12 | Los que le ayudan saben qué tan grave es la enfermedad y su tratamiento | | | |
| 13 | Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas | | | |
| 14 | Comparte con otras personas sus preocupaciones y estos lo animan a seguir su tratamiento | | | |
| II Dimensión | | | | |
| Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud | | | | |
| 15 | El trato del médico y las enfermeras lo anima a volver a sus controles | | | |
| 16 | El personal de enfermería le enseña y da recomendaciones escritas sobre sus tratamientos | | | |
| 17 | La información verbal de parte del médico es detallada y precisa | | | |
| 18 | Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas | | | |
| 19 | La institución a la que consulta muestra desorganización en la atención que le brinda | | | |
| 20 | Las personas que lo atienden se ven demasiado ocupadas para escucharlo por mucho tiempo | | | |
| 21 | Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento | | | |
| 22 | Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace | | | |
| 23 | Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico | | | |
| 24 | Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias | | | |
| 25 | En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos | | | |
| 26 | Conoce por medio escrito que señala fecha, horario y lugar del próximo control | | | |
| 27 | El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familiar o usted entienden | | | |
| 28 | Cuando le cambian el médico que lo atiende, esto lo confunde | | | |
| 29 | El cambio frecuente de medicamentos lo confunde | | | |
| 30 | Siente que no recibe atención de salud con la misma calidad de los demás | | | |
| 31 | El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que le está dando | | | |
| 32 | El trato que recibe del personal médico y los demás es el que usted espera | | | |
| 33 | La institución de salud le da oportunidades de aprenderá reconocer los riesgos que tiene y como modificarlos | | | |
| 34 | Conoce los riesgos que llevan a una persona a sufrir enfermedad cardiovascular | | | |
| 35 | Puede conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afiliación a la que pertenece | | | |
| III Dimensión | | | | |
| Factores relacionados con la terapia | | | | |
| 36 | Tiene forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos | | | |
| 37 | Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento | | | |
| 38 | Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento | | | |
| 39 | Piensa que algunos de los medicamentos, le crean dependencia por eso no lo toma | | | |
| 40 | Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo | | | |
| 41 | Cree al igual que su familia que todo este tratamiento y cambios en sus costumbres son contrarios a su fe y sus valores | | | |
| 42 | Reconoce que vale la pena cumplir el tratamiento y las recomendaciones para mejorar su salud | | | |
| 43 | Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar | | | |
| 44 | Cree conveniente para su salud controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio | | | |
| 45 | Los medicamentos que toma actualmente le alivian los síntomas | | | |
| IV Dimensión | | | | |
| Factores relacionados con el paciente | | | | |
| 46 | Su enfermedad limita sus oportunidades de estar con otras personas | | | |
| 47 | Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de | | | |

| | | | | |
|-----------|---|--|--|--|
| | mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos | | | |
| 48 | Siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce | | | |
| 49 | Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse | | | |
| 50 | Se angustia y siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad | | | |
| 51 | Se siente discriminado o alejado de su familia o grupo a causa de los tratamientos y recomendaciones que tiene que seguir | | | |
| 52 | Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud | | | |
| 53 | Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud | | | |

Anexo D Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación en enfermería

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION: "FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR DEL HUHMP DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2016"

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Wilmar Mosquera Rico C.C: 1079173528
María Alejandra Rodríguez Alvira C.C: 1075259205
Lina Andrea Sánchez Urrea CC: 1075251983
Luz Omaira Gómez Tovar CC: 53061691

SEDE DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO: Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación de Enfermería. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

- 1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:** El estudio "FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO", para Enfermería es importante comprender los factores que afectan para darle continuidad al tratamiento de rehabilitación cardiopulmonar.

Mediante la investigación cualitativa, se pretende abordar los factores que intervienen en el tratamiento entre los cuales se encuentran los relacionados con el tratamiento, la condición del paciente, del equipo de salud, con la enfermedad y los socioeconómicos, debido a que cada uno de ellos engloban una serie de actitudes y actividades las cuales requiere la participación integral y conjunta de la familia y el equipo de salud, los cuales contribuyen a la confrontación de las diferentes situaciones.

- 2. OBJETIVO DEL ESTUDIO:** Identificar los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que fueron atendidos en la unidad cardiovascular.
- 3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO:** El beneficio está orientado al desarrollo de alternativas que permitirán plantear y motivar estrategias que favorezcan

los factores de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico; igualmente, el personal de Enfermería y la Institución se beneficiarán al tener más usuarios satisfechos y mejorar la calidad del servicio brindado.

Se beneficiarán los pacientes, sus familiares, el personal de Enfermería y el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo

- 4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:** La investigación planteada se realizará siguiendo un tipo de estudio descriptivo, cualitativo; por lo que en ningún momento será usted sometido(a) a intervención de ningún tipo. Donde se realizará una entrevista abierta durante el periodo de tiempo que usted desee, en el que se sienta cómodo y tranquilo para responder con naturalidad los interrogantes.

De acuerdo a todo lo anterior, me dirijo a usted para solicitar su participación libre y espontánea, que permita obtener información a partir de su experiencia y que contribuya a mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud a los que usted acude por su enfermedad.

Para obtener información primaria se revisarán las historias clínicas de los pacientes incluidos en la muestra. Posteriormente se aplicará la encuesta, con la posibilidad de poder solicitar la suspensión de esta, o de eximirse de continuar la entrevista en cualquier momento a voluntad de la persona entrevistada. Participar en la investigación no genera ningún tipo de remuneración económica o contraprestación.

Se velará en todo momento por el respeto a sus derechos como paciente que sean entrevistadas en el marco de esta investigación. Se resguardará asimismo, la integridad, intimidad y confidencialidad de la información. En el procesamiento de los datos obtenidos a cada persona participante en la investigación se le asignará un código omitiendo su nombre de modo que se mantenga anónima su identidad.

Los resultados de la investigación presentarán los datos con integridad y exactitud. Una vez transcrita la información obtenida, se le entregará para que sea revisada por usted, esta podrá ser modificada, ampliada o eliminada de acuerdo a su aceptación o rechazo de la misma. Al finalizar la investigación, usted recibirá la información sobre los resultados de la misma. Al publicar los resultados de la investigación se mantendrá la confidencialidad en la identidad de quienes aportaron información.

Antes de iniciar la investigación se responderán todas las dudas, inquietudes y preguntas que tenga, una vez aclaradas las dudas, se procederá a firmar el consentimiento informado.

5. RIESGOS ASOCIADOS AL ESTUDIO: La presente investigación no tiene riesgo alguno, debido a que no se realizarán intervenciones solamente se realizara una entrevista abierta, se respetará la dignidad de los sujetos de estudio, ya que se solicitará su autorización libre y voluntaria; y podrán retirarse del estudio en el momento en que lo deseen

6. ACLARACIONES

- La participación es voluntaria.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago por su participación.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con los investigadores Wilmar Mosquera Rico al teléfono 3125649681, María Alejandra Rodríguez Alvira al teléfono 3173757258 y Lina Andrea Sánchez Urrea al teléfono 3022915316. Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ c.c. No. _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevistó. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto, deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombres y Apellidos del Participante

Firma del Participante.

C.C No.

Nombre del Testigo

Firma Del Testigo.

C.C No.

He explicado al Sr.(a)_____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha

DESISTIMIENTO INFORMADO

Yo _____
identificado con cedula de ciudadanía número _____ de la

cuidad de _____ he participado voluntariamente en el estudio en mención hasta el día de hoy (día / mes / año), donde haciendo uso de mi derecho de retirarme voluntariamente en cualquier fase del desarrollo del estudio, sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo expuestos mis motivos de desistimiento a continuación:

Como constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación:

Firma de la persona que desiste de su participación en el estudio
CC. _____

Fecha: (día / mes / año)

ANEXO E Acuerdo de confidencialidad

Yo, María Alejandra Rodríguez Alvira, Lina Andrea Sánchez Urrea y Wilmar Mosquera Rico, Identificados con cédula de ciudadanía, en su orden, N° 1075259205, 1075251983 y 1079173528, como investigador principal del proyecto: "Factores que afectan la adherencia a la rehabilitación cardiopulmonar de los pacientes atendidos en la Unidad Cardiovascular del HUHMP, durante el segundo semestre del año 2016", que se realizará en la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, me comprometo a:

1. Mantener total confidencialidad del contenido de las historias clínicas y de todo tipo de información que sea revisada sobre los pacientes que participarán en el estudio a realizar.
2. Velar porque los coinvestigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de las historias clínicas revisadas y de todo tipo de información.
3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de las historias clínicas u otros documentos revisados.
4. Obtener de las historias clínicas solamente los datos necesarios de acuerdo con las variables que se van analizar en el trabajo.
5. Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
6. Ser responsable y honesto en el manejo de las historias clínicas y de todo documento que se revise y que esté bajo custodia de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
7. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.
8. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los 15 días, del mes de julio del año 2016.

María Alejandra Rodríguez Alvira
NOMBRE INVESTIGADOR PRINCIPAL

Aleja Rodríguez A.

FIRMA
C.C. 1075259205
TELÉFONO. 3173757258
E- MAIL. mariaroal158@hotmail.com

Los coinvestigadores, identificados como aparece al pie de su firma, aceptan igualmente todos los puntos contenidos en este acuerdo.

Wilmar Mosquera Rico
NOMBRE INVESTIGADOR PRINCIPAL



mosquera1010@hotmail.com

FIRMA

C.C 1075251983

TELÉFONO. 3125649681

Lina Andrea Sánchez Urrea
INVESTIGADOR



linandrea34@hotmail.com

FIRMA

C.C. 1079173528

TELÉFONO. 3008855838

Soporte legal: De acuerdo a la Política de Seguridad de la Información de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y el Gerente y Sus colaboradores se comprometen a buenas prácticas en la gestión de los aspectos organizativos de la Seguridad de la Información, del uso, el mantenimiento y la protección de los datos, la información y los activos relacionados siguiendo las pautas establecidas en la norma ISO 27001.

Referente a cumplir con los lineamientos éticos establecidos según la Resolución N° 008430 de 1993, "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

ANEXO E Cronograma

| ACTIVIDAD | DE JULIO A DICIEMBRE 2016 | | | | ENERO 2017 | | | | FEBRERO 2017 | | | | MARZO | | | | ABRIL | | | | MAYO | | | |
|---|---------------------------|---|---|---|------------|---|---|---|--------------|---|---|---|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|
| | 26 SEMANAS | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Elaboración del proyecto de investigación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prueba piloto y ajuste del formato de recolección de la información. (Aplicación de la prueba piloto) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de la información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDAD | JUNIO | | | | JULIO | | | | AGOSTO | | | | SEPTIEMBRE | | | | OCTUBRE | | | | NOVIEMBRE | | | |
| | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Recolección de la información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tabulación de la información en bases de datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de la información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración y entrega de informe final y artículo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Divulgación de la información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO F Presupuesto

| RUBROS | FUENTES | | TOTAL |
|---|---|----------------|-----------|
| | COLCIENCIAS | CONTRAPARTIDA. | |
| MATERIALES | | | 638.000 |
| SALIDAS DE CAMPO | | | 2'000.000 |
| VIAJES | | | 1'362.000 |
| TOTAL | | | 4'000.000 |
| Materiales* | Justificación | Valor | |
| Fotocopias | Instrumentos y consentimientos informados para recolección de la información-1000 fotocopias | 200.000 | |
| Impresiones | Presentación escrita del trabajo de investigación, 100 paginas cada documento. (VIPS, Biblioteca Facultad de Salud, cada autor)-600 impresiones | 190.000 | |
| Empaste | Presentación del trabajo de investigación-6 trabajos | 100.000 | |
| CD | Presentación magnética del trabajo | 6.000 | |
| Lapiceros | Diligenciar los instrumentos de recolección de información | 15.000 | |
| Tablas de soporte | Soporte para diligenciar instrumentos de recolección de información | 14.000 | |
| Cosedoras | Organización de los instrumentos de recolección de información | 32.000 | |
| Ganchos para cosedora | Organización de los instrumentos de recolección de información | 6.000 | |
| Memorias USB 16Gb | Almacenamiento de información | 75.000 | |
| TOTAL | | 638.000 | |
| Ítem | Costo unitario | # | Total |
| Traslado a la vivienda de cada paciente con el fin de aplicar el instrumento de medición. | 25.000 | 80 | 2'000.000 |
| Facultad de salud-residencia de cada paciente (dentro del departamento del Huila)-Facultad de salud | | | |
| TOTAL | 25.000 | 80 | 2'000.000 |