

ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO
FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
QUE INGRESARON A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL DEPARTAMENTAL, VILLAVICENCIO – META

DANIELA CUÑATE PRIETO
LUZ ANDREA DEANTONIO CASTILLO

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
VILLAVICENCIO-META
2017

ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO
FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
QUE INGRESARON A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL DEPARTAMENTAL, VILLAVICENCIO – META

DANIELA CUÑATE PRIETO
CODIGO 130003310
LUZ ANDREA DEANTONIO CASTILLO
CODIGO 130003335

Proyecto de Investigación Estudiantes EPI como opción de grado para optar al
título de Enfermera

Directora
Doraly Muñoz Acuña, Especialista en Enfermería en atención de paciente crítico
adulto

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
VILLAVICENCIO-META
2017

Nota de aceptación:

Firma de directora de trabajo

Villavicencio, Mayo 2018

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2 PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA.....	9
2. JUSTIFICACIÓN.....	10
3. OBJETIVOS DEL MACRO-PROYECTO	12
3.1 OBJETIVO GENERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIANTE PARTICIPANTE EN INVESTIGACIÓN	13
4.1 OBJETIVO GENERAL	13
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
5. MARCO REFERENCIAL	14
5.1 MARCO TEÓRICO	14
5.1.1 Enfermedades crónicas no transmisibles	14
5.1.2 Adherencia terapéutica	14
5.1.3 Modelo de Dorothea Orem – Déficit de autocuidado	15
5.2 MARCO CONCEPTUAL	16
5.2.1 Enfermedad cardiovascular	16
5.2.2 Enfermedad crónica no trasmisible.....	17
5.2.3 Adherencia terapéutica	17
5.2.4 Tratamiento farmacológico	17
5.2.5 Tratamiento no farmacológico.....	17
5.2.6 Unidad de cuidado intensivo	17
5.2.7 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico	17
5.2.8 Adherencia a los tratamientos farmacológicos.....	17

5.2.9 Adherencia a los tratamientos no farmacológicos.....	17
5.2.10 Paciente con factor de riesgo de enfermedad cardiovascular	17
5.2.11 Teoría del Déficit del Autocuidado	18
5.2.12 Medición de la adherencia terapéutica	18
5.3 MARCO LEGAL	18
5.4 MARCO INVESTIGATIVO	21
6. MARCO METODOLÓGICO.....	27
6.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	27
6.2 TIPO DE ESTUDIO.....	27
6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	27
6.4 INSTRUMENTOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	28
6.5 PROCEDIMIENTO PARA PROCESAR, ANALIZAR Y PRESENTAR LA INFORMACIÓN.....	28
6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
6.6.1 Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia, 1993	29
6.6.2 Código de Ética de Enfermería	29
6.6.3 Autorización del uso del instrumento	29
6.6.4 Autorización prueba piloto en Clínica Meta de Villavicencio	30
6.6.5 Directivas del Hospital Departamental de Villavicencio	30
7. RESULTADOS	31
7.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.....	31
7.2 RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR DIMENSIONES.....	36
7.3 ANÁLISIS DE ADHERENCIA FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA	47
7.3.1 Análisis no farmacológico	47
7.3.2 Análisis farmacológico	48
7.4 ANÁLISIS DE ADHERENCIA POR GRUPOS DE RIESGO	48
7.4.1 Grupo de pacientes en situación de ventaja para adherirse.	49

7.4.2 Grupo de pacientes en situacion en riesgo para no adherirse	50
7.4.3 Grupo de pacientes en situación de no adherencia.....	53
8. DISCUSION DE RESULTADOS.....	55
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
10. LIMITACIONES	66
ANEXOS	75

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Autorización del uso del instrumento por la autora.....	42
Anexo B. Instrumento de recolección de información.....	43
Anexo C. Consentimiento informado.....	47
Anexo D. Carta solicitud de permiso para prueba piloto en Clínica Meta de Villavicencio.....	49
Anexo E. Carta solicitud de permiso Hospital Departamental de Villavicencio.....	51

INTRODUCCIÓN

La salud y la calidad de vida de las personas en Colombia se ven actualmente afectadas por las enfermedades cardiovasculares, según la OMS (1). Esto hace importante la necesidad de tomar medidas preventivas para evitar que los individuos terminen padeciendo este tipo de patologías.

La Organización Mundial de la Salud, reconoce la adherencia al tratamiento como un fenómeno multidimensional, determinado por acción recíproca de cinco conjuntos de factores: socioeconómicos, relacionados con el sistema o equipo de asistencia sanitaria, con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente (2). Frecuentemente, el no cumplimiento de tratamiento farmacológico y no farmacológico se asocia con complicaciones por la enfermedad, como recaída, progresión o muerte y se cree que afecta negativamente la calidad de vida de la persona enferma.

La problemática que se presenta es la poca adherencia que presentan los individuos a un tratamiento y esto hace que esté desarrolle diferentes complicaciones que son totalmente prevenibles si se mantiene una buena adherencia al tratamiento farmacológico. Las intervenciones de enfermería son claves en este proceso de adherencia como influencia para el éxito del tratamiento.

Es así como el desarrollo y avance de nuevos conocimientos en enfermería introduce diferentes perspectivas para abordar el cuidado de la salud, por tal razón la adherencia se convierte en una acción de cuidado, donde Dorothea Orem mediante su teoría hace una relación entre adherencia y autocuidado como factores que dependen entre sí. Enfermería ha conceptualizado la adherencia terapéutica como una acción de autocuidado, como un comportamiento de autocuidado o como una expresión de autocuidado (17).

Por tal manera el objetivo de esta investigación es determinar la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de un grupo de pacientes con patología cardiovascular que ingresaron a la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Departamental de Villavicencio – Meta con el fin de optimizar la salud y la calidad de vida del paciente y sus familiares.

En general los pacientes encontrados en este estudio son adultos mayores que su mayoría tienen dificultades para cumplir con la adherencia terapéutica, los factores relacionados que alteran la adherencia serán descritos en el transcurso del trabajo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues se cobran más vidas que todas las otras causas combinadas. Los datos disponibles demuestran que casi el 80% de las muertes por ENT se dan en los países de ingresos bajos y medios. A pesar de su rápido crecimiento y su distribución no equitativa, la mayor parte del impacto humano y social que causan cada año las defunciones relacionadas con las ENT podría evitarse mediante intervenciones bien conocidas, costo-eficaces y viables. Se prevé que en 2030 superarán a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como principal causa de defunción (1).

Según la OMS las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 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 vasculares cerebrales (AVC). Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios (2). El incumplimiento al tratamiento como no adherencia es la principal causa para que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos proporcionan.

Por otra parte en la adherencia al tratamiento de la hipertensión, el porcentaje de pacientes que cumplen con el régimen terapéutico es solo del 27% en Gambia, 46% en China, y 51% en los Estados Unidos. Se calcula que el porcentaje de pacientes tratados que tienen un buen control de la tensión arterial es sólo del 7% en el Reino Unido y 4,5% en Venezuela. En Sudán, solo el 18% de los pacientes que no tienen una buena adherencia al tratamiento logran un buen control de la tensión arterial; mientras que, aquellos que tienen una buena adherencia, el porcentaje de pacientes controlados alcanza el 96% (2). No obstante se debe tener en cuenta que los profesionales de la salud suelen tener una gran influencia sobre estos comportamientos.

En cuanto a América Latina las muertes relacionadas con enfermedades no trasmisibles ocurren a edades más tempranas en los países con bajos y medianos ingresos que en los países con altos ingresos. En América Latina y el Caribe son especialmente los hombres quienes están expuestos a muertes prematuras como consecuencia de ENT, aunque también cada vez más ocurre lo mismo con las mujeres. Normalmente, las personas menores de 60 años viven sus años más saludables y productivos. Sin embargo, las que sufren de ENT se

enfrentan a años de discapacidad que afectan a sus familias y a la economía del país (3).

Las Américas presentan la prevalencia más alta en el mundo en cuanto a sobrepeso y obesidad, que son factores de riesgo de ENT, en especial de la diabetes y enfermedades cardiovasculares. Esta epidemia de sobrepeso y obesidad se debe en gran parte a un aumento de la tendencia a dietas no saludables basadas en alimentos altamente elaborados, ricos en grasas y azúcares, y escasas frutas y legumbres. Un estilo de vida más sedentario, producto de la creciente urbanización de la región, ha contribuido también a esta epidemia (3).

Para las enfermedades cardiovasculares en América Latina se tienen datos de la OPS que 17,3 millones de personas murieron en 2008 afectadas por enfermedades cardiovasculares. Dentro de las que se destacan la cardiopatía coronaria (ataques cardíacos), enfermedad cerebrovascular (accidente cerebrovascular), hipertensión (presión arterial elevada), arteriopatía periférica, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita e insuficiencia cardíaca (3).

El perfil de morbilidad y mortalidad de Colombia se caracteriza por un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles que son desde hace ya varios años las principales causas de morbilidad y mortalidad: los cánceres, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades metabólicas y las enfermedades neurodegenerativas aparecen en los primeros lugares a nivel nacional en los estudios de carga de enfermedad de 1995 y 2005 (4).

Según la OMS, en el perfil epidemiológico de países de 2011, la tasa de mortalidad de Colombia por cada 100 mil habitantes para ECV y diabetes es de 166,7 para mujeres y de 205,9 para hombres. Pese a la magnitud de las cifras, el país cuenta con una ventana de oportunidad de diez años para prevenir y controlar la aparición de nuevos casos. Las ECV fueron la causa de muerte de 60.000 colombianos en el 2011, por lo que uno de cada tres fallecimientos en el país tuvo ese origen durante ese año (5).

Respecto a adherencia terapéutica en Colombia, un estudio llamado grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular realizado en Montería en el año 2010, mostró que en la muestra de 204 pacientes, un 67% se encontraba en situación de ventaja para adherencia; un 29% en riesgo a no adherirse y un 4% en situación de no adherencia. Estos hallazgos permiten destacar la importancia de la relación paciente-proveedor en el grado de adherencia de los pacientes, haciendo necesario que la institución y el equipo de salud y enfermería enfatizen las acciones de autocuidado con apoyo, acompañamiento permanente y orientación acorde a sus necesidades, a sus expectativas y a las características individuales de las personas atendidas (6).

En cuanto al departamento del Meta según el análisis de situación de salud (ASIS) del año 2014 muestra que el indicador de personas de 5 a 64 años que consumen frutas y verduras diariamente, presenta un comportamiento inferior en el Meta (60,1%) respecto al País (66.8%), esta diferencia relativa no es significativa, sin embargo, representa un riesgo importante para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. El comportamiento de la prevalencia de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años, es más alto para el Meta (40.2%) que para el país con (39.8%), la cual no es significativa, pero indica una tendencia hacia un mayor consumo en esta población adolescente, lo cual debe generar alarma ya que pueden ser más propensos a sufrir enfermedades crónicas no transmisibles en especial hipertensión y diabetes (7).

Respecto a las enfermedades cardiovasculares la tasa de mortalidad por 100 mil habitantes de infarto entre 2005 y 2010 que se presentó en el departamento de Meta fue de 59,43 (5). Para 2013 los departamentos de Meta, Norte de Santander, Tolima, Arauca y Quindío tuvieron tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio significativamente más altas que la nacional (8).

Para el municipio de Villavicencio la mayor incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles la presenta hipertensión arterial con 3353 por 100.000 habitantes para el año 2011. En cuanto a la mortalidad en la agrupación de más de 65 años se repite que las enfermedades crónicas aportan el mayor número de decesos, principalmente de origen vascular. Las enfermedades crónicas ocupan un lugar relevante en Villavicencio, se convierten es el perfil de morbilidad de los adultos de la ciudad, la presencia constante de hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal crónica son producto de un estilo de vida que ocasiona deterioro funcional (9).

En cuanto al fenómeno de adherencia terapéutica en el área cardiovascular no se han realizado estudios en el municipio. Teniendo en cuenta que la mayor incidencia de enfermedades crónicas se presenta en enfermedades cardiovasculares y que aunque existen programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad para patologías crónicas fundamentalmente para diabetes e hipertensión, estas se encuentran entre las primeras causas de morbilidad en el Departamento. Por tal razón se justifica realizar investigación sobre adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas que presentan enfermedad cardiovascular que permita una mejor comprensión para realizar estrategias de intervención que conlleven a una adherencia terapéutica efectiva y el logro de un adecuado autocuidado en estas personas que permitan incidir en la reducción de estas enfermedades.

Teniendo en cuenta el panorama anterior, se observa la gravedad y las repercusiones que tienen las enfermedades crónicas no transmisibles en especial las cardiovasculares desde la perspectiva mundial hasta la municipal, en donde la adherencia a tratamientos farmacológicos se convierte en un fenómeno de estudio de carácter multidimensional, que incluye aspectos sociales, emocionales, económicos, culturales y otros relacionados con la calidad de atención en salud (10).

Según lo planteado por el Ministerio de Salud y Protección social sobre la seguridad del paciente y su relación de doble flujo con el autocuidado, en donde es pertinente resaltar la importancia del papel de enfermería de Dorothea Elizabeth Orem, con su teoría de déficit de autocuidado. Desarrolló la teoría de enfermería mediante un modelo en el que se integran la teoría de autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. La teoría refleja elementos de persistencia y cambio, donde un mantenimiento de la agencia de autocuidado representa firmeza y esto es evidente en el desarrollo y en los cambios relacionados con la salud; dichos cambios son necesarios para la supervivencia como personas maduras.

Finalmente el interés de este proyecto es indagar los factores que influyen en la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico con pacientes afectados en su sistema cardiaco y que están hospitalizados, con el fin de fortalecer las acciones de prevención de la enfermedad y por ende las complicaciones en el futuro de estos pacientes.

1.2 PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA

¿Cuál es la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad cardiovascular de la IPS Hospital Departamental de Villavicencio?

2. JUSTIFICACIÓN

Las condiciones de salud de la población del mundo reflejan una alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares las cuales se convierten en la causa más frecuente de morbimortalidad en las poblaciones, esto con base en lo descrito por la Organización Mundial de la Salud (1). Aclaraciones que se han convertido en parte importante para las investigaciones acerca del manejo que se les está haciendo a los pacientes con esta patología de interés en salud pública y su adherencia a los tratamientos como parte de la prevención de complicaciones.

No obstante la situación nacional no muestra diferencia, ya que la principal causa de muerte es por enfermedades cardiovasculares y diabetes, relacionado a conductas inadecuadas de autocuidado y déficit en los estilos de vida saludables que están plenamente afectados por las condiciones y necesidades socioeconómicas y culturales (5). Muchas características poblacionales definen el autocuidado de manera distinta por lo que las intervenciones en Salud se desarrollan con enfoque diferencial. Por tal razón todas las acciones de los agentes del sistema de salud deben ser explícitas y adecuadas para la población específicamente refiriéndose a la información suministrada como parte fundamental del proceso para la adherencia terapéutica.

En el marco de Plan Decenal de salud pública 2012-2021 (11), Sistema nacional de Seguridad Social en Salud (12) y el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 (13) se plantea en cada una de ellas estrategias, con el fin de reducir la morbimortalidad por enfermedades crónicas, donde es fundamental para la investigación conocer los estilos de vida que promueven los individuos para la protección de la salud y así generar acciones de prevención en el control de las enfermedades crónicas.

La investigación responde a la meta que se plantea el Ministerio de Salud y Protección Social para el 2018 en donde busca evitar la muerte de 14.000 colombianos por enfermedades crónicas no transmisibles en especial las enfermedades cardiovasculares, ya que se identificará los factores que influyen en la adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de estas personas y de esta manera evitar la reincidencia a los servicios de Salud por complicaciones (14).

Para poder realizar la investigación se ha adoptado un instrumento diseñado por las enfermeras Colombianas Edilma Gutiérrez de Reales y Claudia Bonilla en el año 2006, el cual permite evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes cardiovasculares (15). Este instrumento se ha aplicado en diferentes municipios de Colombia pero en la ciudad de Villavicencio no hay estudios con este. De acuerdo a esta necesidad o vacío de conocimiento

se implementará para así caracterizar a la población objeto con la intención de mantener o mejorar la calidad de vida de ellos.

Para los estudiantes esto proporciona bases en la construcción de futuras investigaciones y conocimiento acerca de la importancia de la adherencia al tratamiento en la prevención de complicaciones por enfermedades cardiovasculares.

Así mismo la Universidad de los Llanos en su crecimiento de formación de nuevos conocimientos, enuncia en su misión institucional “formar integralmente ciudadanos, profesionales y científicos con sensibilidad y aprecio por el patrimonio histórico, social, cultural y ecológico de la Humanidad, competentes y comprometidos en la solución de problemas de la Orinoquia y el país con visión universal, conservando su naturaleza como centro de generación, preservación, transmisión y difusión del conocimiento y la cultura”. (10) Es por tal razón el compromiso por parte de la facultad de las ciencias de la salud en el que hace parte el programa de enfermería. Este último propende herramientas para brindar un cuidado óptimo y de calidad, teniendo en cuenta el enfoque de las necesidades de la población, para promover un desarrollo humano que en este caso ya está siendo afectado por enfermedades crónicas no transmisibles, y para ello se debe conocer la percepción que tienen los pacientes respecto a su tratamiento y la eficacia de este.

Este proyecto hace parte del Macro proyecto titulado “adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con evento cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de tres I.P.S, Villavicencio – Meta.”, como parte de las investigaciones que realiza la Facultad de Ciencias de la Salud y como respuesta a las necesidades del contexto regional. A través de ello, se pretende conocer los factores que influyen en la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes de origen cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos El Macro proyecto es financiado por la Universidad de los Llanos y como investigadora principal es la docente Doraly Muñoz Acuña, co-investigadoras María Teresa Olarte Castro y Emilce Salamanca Ramos, docentes del programa de Enfermería.

3. OBJETIVOS DEL MACRO-PROYECTO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores que influyen en la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes de origen cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de tres IPS de Villavicencio con el propósito de mejorar la salud y calidad de vida del paciente y su familia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el grupo de estudio según las variables demográficas y socioculturales.
- Identificar los factores determinantes que afectan la adherencia terapéutica del tratamiento.
- Determinar los grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de los sujetos de estudio

4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIANTE PARTICIPANTE EN INVESTIGACIÓN

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de un grupo de pacientes con patología cardiovascular que ingresaron a la Unidad de Cuidado Intensivos de la IPS Hospital Departamental de Villavicencio – Meta con el fin de optimizar la salud y la calidad de vida del paciente y sus familiares.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los participantes de la investigación.
- Describir los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los sujetos de estudio.
- Establecer los riesgos de los sujetos de estudio hacia la adherencia terapéutica de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO TEÓRICO

5.1.1 Enfermedades crónicas no transmisibles. Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente (1). Las enfermedades cardiovasculares hacen parte de este grupo, es decir son patologías prevenibles en donde se pueden tratar factores de riesgo tales como dietas poco saludables, consumo de tabaco o alcohol, inactividad física, si estos estilos de vida no se modifican se pueden manifestar otras dolencias en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, hiperlipidemia, y obesidad.

Es por esto que se hace importante prevenir los factores de riesgo en pacientes cardiovasculares, ya que puede traer beneficios como la disminución de la incidencia de estas enfermedades, la alta demanda en medicamentos costosos para su tratamiento. También evita el gasto al sistema de salud con pacientes de alto costo, mejora la calidad y aumenta la esperanza de vida.

5.1.2 Adherencia terapéutica. El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea (16). En la actualidad este tema tiene gran trascendencia debido a su importancia sobre todo en las enfermedades crónicas, pues ese incumplimiento no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. La falta de adherencia genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social. En la parte personal, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas como la misma muerte, la reincidencia en la enfermedad o una patología secundaria. Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse (16).

Es por esto que es de suma importancia evaluar la adherencia de los pacientes que padecen algún tipo de enfermedad cardiovascular, no basta con solo suministrarles el tratamiento farmacológico o no farmacológico sino también hacerles algún tipo de seguimiento para que estos no reingresen a las instituciones de salud por complicaciones al no haber adquirido la adherencia correctamente.

5.1.3 Modelo de Dorothea Orem – Déficit de autocuidado. En el área de enfermería existe un modelo que explica varias teorías relacionadas: autocuidado, déficit de autocuidado y de sistemas. La primera describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas teniendo en cuenta las capacidades y demandas de autocuidado de la persona; la segunda desarrolla la razón por la cual una persona puede beneficiarse de la enfermería, se encamina a valorar los requisitos necesarios para mantener la salud, el desarrollo o la vida como también los requisitos cuando hay desviación de la salud y, la tercera, los sistemas de acción enfermeros requeridos para suplir las demandas de autocuidado de las personas, mediante intervenciones total o parcialmente compensadoras o de apoyo educativo (17).

Orem dice que el autocuidado es la práctica de actividades que realizan las personas maduras o que están madurando, durante determinados períodos de tiempo, por sí mismas, con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuando con el desarrollo personal y el bienestar. Para obtener esto se necesitan una serie de requisitos que son universales, de desarrollo y de desviación de la salud. En los primeros, expresa que el ser humano por naturaleza tiene necesidades comunes para el consumo de materiales: aire, agua, comida, eliminación, entre otros, para crear y mantener condiciones de vida que sostengan los procesos vitales, la formación y mantenimiento de la integridad estructural del cuerpo y, el mantenimiento y promoción de su integridad funcional. En los segundos expresa que el desarrollo humano, desde el periodo inicial de la vida intrauterina hasta la plenitud de la madurez, requiere la formación y el mantenimiento de condiciones que promuevan los procesos de desarrollo en cada etapa del ciclo vital. Los terceros los relaciona con los defectos y alteraciones genéticas y constitucionales de la integridad normal estructural, funcional, y de bienestar que ocasionan necesidades de prevención, acción regulatoria para controlar su extensión y para controlar y mitigar sus efectos (17).

Cuando existe déficit de autocuidado quiere decir que la relación que hay entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y las capacidades de autocuidado no son operativas o adecuadas para cubrir la necesidad.

Teniendo en cuenta lo anterior la teoría que sustenta esta investigación es la de déficit de autocuidado de Dorothea Orem, mediante esta teoría se hace una relación entre adherencia y autocuidado como factores que dependen entre sí. Es así, como Enfermería ha conceptualizado la adherencia terapéutica como una acción de autocuidado, como un comportamiento de autocuidado o como una expresión de autocuidado.

Para Bonilla la adherencia “es un comportamiento de autocuidado que se espera tanto para satisfacer requisitos de autocuidado universales, adherencia a prácticas sanas en el estilo de vida para manejar o prevenir los factores de riesgo, así como de autocuidado en requisitos en estado de desviación de la salud donde la adherencia a tratamientos farmacológicos y recomendaciones a cambios en el estilo de vida son de obligatorio cumplimiento” (18).

Lo anterior implica que para el logro del autocuidado se requiere compromiso y responsabilidad de la persona en el cumplimiento de las medidas requeridas para mantener o recobrar su salud y bienestar. Tanto el autocuidado como la adherencia, requieren de una serie de acciones para alcanzar una meta o resultado. Acciones que deben ser llevadas a cabo por la persona misma, pero cuando ésta por algunas razones no puede hacerlas, pueden ser realizadas por un agente de cuidado dependiente, que en el cuidado domiciliario generalmente es el o los familiares y en las instituciones de salud corresponden a enfermería (18).

Tal vez los fracasos en la adherencia terapéutica y por ende en el autocuidado, se deban a que generalmente el equipo de salud al dar educación al paciente no lo involucra en el diseño de las acciones a seguir, sino que se le dan indicaciones en forma de órdenes a cumplir, sin tener en cuenta sus consideraciones, expectativas, comprensión de las orientaciones y disposición para ponerlas en práctica. Según Orem, cuando las personas saben lo que han sentido, es importante para la vida y la salud y sienten una gran responsabilidad hacia sí mismas. (18) Por esto la enfermería debe educar a la persona sobre su salud o su enfermedad y los cuidados requeridos, pero teniendo en cuenta las vivencias, inquietudes y expectativas de éste, de esta manera enfermería podría potenciar la adherencia terapéutica y apoyar acciones de autocuidado que permitan mejorar la situación de salud y el bienestar de las personas.

En los pacientes con enfermedad cardiovascular, el autocuidado busca prevenir daños y estados patológicos severos, requiriendo para ello acciones intencionales por parte del paciente que permita una adecuada adherencia a la terapia farmacológica y no farmacológica.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

5.2.1 Enfermedad cardiovascular. Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Se clasifican en: hipertensión arterial (presión alta); cardiopatía coronaria (infarto de miocardio); enfermedad cerebrovascular (apoplejía); enfermedad vascular periférica; insuficiencia cardíaca; cardiopatía reumática; cardiopatía congénita; miocardiopatías (19).

5.2.2 Enfermedad crónica no trasmisible. Son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación (20).

5.2.3 Adherencia terapéutica. Magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento (21).

5.2.4 Tratamiento farmacológico. Tratamiento con cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal (22).

5.2.5 Tratamiento no farmacológico. Intervenciones que, a través de agentes primarios no químicos, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas (23).

5.2.6 Unidad de cuidado intensivo. Es el área hospitalaria que presta el servicio de medicina intensiva a pacientes que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros (24).

5.2.7 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Características que afectan el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud. Entre ellas están las características socioeconómicas, las relaciones con la enfermedad, con el tratamiento, con el paciente y el sistema de atención sanitaria (25).

5.2.8 Adherencia a los tratamientos farmacológicos. Estado acerca del comportamiento de una persona respecto de cómo tomar los medicamentos; se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria (25).

5.2.9 Adherencia a los tratamientos no farmacológicos. Estado acerca del comportamiento de una persona de cómo seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en los hábitos diarios de vida; se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria (25).

5.2.10 Paciente con factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Persona con características o condiciones presentes en forma temprana que se asocian con la probabilidad de desarrollar enfermedades coronarias o cardiovasculares en un

periodo determinado. Dichas condiciones están constituidas por hipertensión arterial, diabetes, obesidad, dislipidemias, tabaquismo y sedentarismo (25).

5.2.11 Teoría del Déficit del Autocuidado. El déficit de autocuidado es la relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad auto asistencial en la que las actividades de autocuidado no son eficaces o no son suficientes para conocer y/o satisfacer parte o la totalidad de componentes de la demanda existente o potencial del paciente. El déficit del autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitación, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado (26).

5.2.12 Medición de la adherencia terapéutica. Es un método de valoración de la adherencia terapéutica, en el que se valoran 4 dimensiones, en donde se encuentran diferentes variables que guían al investigador a cerca de la adherencia terapéutica del paciente y como todas estas influyen o no en el tratamiento.

5.3 MARCO LEGAL

En el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 aporta una hoja de ruta para que la comunidad mundial pueda actuar de forma coordinada y coherente. Es un medio para poner en práctica el marco mundial de vigilancia para alcanzar las 9 metas mundiales de aplicación voluntaria, en particular la referida a la mortalidad prematura, consistente en lograr para 2025 una reducción relativa en un 25% de la mortalidad global por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas. El plan de acción 2013-2020 ofrece un menú de intervenciones costo efectivas y de opciones de política para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, basándose en lo ya logrado mediante la aplicación del plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en el periodo 2008-2013 (27).

Cuatro categorías de enfermedades –las cardiovasculares, las respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes– son las principales responsables de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles y constituyen el objetivo prioritario del plan de acción. Esos cuatro tipos de enfermedades no transmisibles pueden prevenirse o controlarse en gran parte mediante intervenciones eficaces que abordan factores de riesgo comunes, como son el consumo de tabaco, la dieta malsana, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol, así como mediante una detección y un tratamiento tempranos.

El plan de acción ofrece un marco para respaldar y reforzar la aplicación de las resoluciones, estrategias y planes regionales existentes. Algunas de estas son la prevención y control de las enfermedades no transmisibles dando indicaciones sobre las medidas que deben adoptar sus estados miembros. Se trata de:

- Integrar las políticas y programas relativos a las enfermedades no transmisibles en los procesos de planificación de la salud y la agenda de desarrollo nacional.
- Promover la adopción de medidas multisectoriales mediante la inclusión de la salud en todas las políticas y la adopción de enfoques de todo el gobierno.
- Desarrollar la capacidad para fortalecer las políticas y los planes nacionales, prestando especial atención a la supervisión y evaluación, la reducción de la exposición a los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y la promoción del acceso a las intervenciones de atención primaria de salud relacionadas con las enfermedades no transmisibles.
- Aumentar los recursos destinados a las enfermedades no transmisibles y estudiar opciones viables de financiación (27).

Con base en los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles se han planteado algunas estrategias y resoluciones como lo son:

- La estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud. En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. La Estrategia se elaboró sobre la base de una amplia serie de consultas con todas las partes interesadas, en respuesta a la petición que formularon los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2002 (resolución WHA55.23) (28).
- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Convencida de que este convenio representa una iniciativa pionera para el progreso de la acción nacional, regional e internacional y la cooperación mundial encaminada a proteger a la salud humana de los efectos devastadores del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, y consciente de que debe prestarse una atención especial a la situación particular de los países en desarrollo y de los países con economías en transición (29).
- Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol: tiene por objeto ofrecer orientación para actuar a todos los niveles y determinar esferas prioritarias para la acción mundial; y que se trata de una serie de opciones de política y medidas que pueden estudiarse para aplicarlas y adaptarlas según proceda a nivel nacional, teniendo en cuenta las circunstancias de

los países, como el contexto religioso y cultural, las prioridades de salud pública, y los recursos y capacidades (30).

A nivel nacional la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 tiene como objetivo mejorar la capacidad de respuesta institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS que fortalezca la prestación y gestión de servicios de salud individuales y colectivos en los territorios, desarrollar capacidades para la investigación en salud, la vigilancia, el control y la evaluación de la gestión y resultados de las ENT y promover estrategias de servicios socio-sanitarios para un envejecimiento activo y de atención a grupos vulnerables, favoreciendo acciones de promoción de la salud, prevención del riesgo y atención integral de las ENT de igual manera se plantean unas estrategias para cumplimiento nacional como lo son Normas, políticas, planes y programas sectoriales: implementación, evaluación y monitoreo de los planes nacionales para el cáncer; salud cardio-cerebrovascular y diabetes; control de la EPOC; salud bucal, visual, auditiva y comunicativa; y del programa nacional de detección temprana de las ENT y sus factores de riesgo; así como el desarrollo e implementación de guías y normas técnicas para la detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de las ENT y de las alteraciones bucales, visuales, auditivas y comunicativas; y el desarrollo e implementación de la guía de cesación de consumo de tabaco (31).

La hipertensión siendo una de las causas principales de eventos cardiovasculares se considera de interés público según el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Por lo que la resolución 412 de año 2000 establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública (32).

El constante cambio poblacional determina para las políticas en salud la creación y formación de nuevas políticas con base a las necesidades particulares de cada sector del país. Es por ello que la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con base a un marco estratégico en donde se retoma la Atención Primaria en Salud y conjunto al cuidado de la salud, Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) de esta manera procede por medio de un Modelo Integral de Atención en Salud a partir de la caracterización hecha en el PDSP implementa unas Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Las RIAS son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención desde las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la

prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. El MSPS ha planteado tres tipos de RIAS: Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, Ruta de grupo de riesgo, ruta específica de atención. El desarrollo de la RIAS responde a los grupos de riesgo definido para el país (16) y a los eventos específicos priorizados por cada agrupación en donde se encuentra en primer lugar la Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas (33).

Así mismo se describe en un contexto nacional en donde intervienen políticas frente a la problemática de enfermedades no transmisibles y las responsabilidades de los profesionales de la salud para ejecutar, la ley 1403 de 2007 por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el manual de condiciones esenciales y procedimientos y se dictan otras disposiciones, contiene en el artículo N° 3 los objetivos (34):

- Promoción. Promover y propiciar estilos de vida saludables y el uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos.
- Prevención. Prevenir factores de riesgo derivados del uso inadecuado de medicamentos y dispositivos médicos, así como los problemas relacionados con su uso.
- Suministro. Suministrar los medicamentos y dispositivos médicos e informar a los pacientes sobre su uso adecuado.

Atención farmacéutica. Ofrecer atención farmacéutica a los pacientes que la requiera, realizando las intervenciones necesarias para el cumplimiento de la farmacoterapia prescrita por el facultativo.

Lo anterior con base al decreto 2200 del 2005 que tiene por objeto regular las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico (35). Es allí donde la importancia de la adherencia al tratamiento se encuentra relacionada también a las actividades de los servicios farmacéuticos que están reguladas y reglamentadas nacionalmente. Con el fin de contribuir integralmente al éxito de los tratamientos conjunto a las actividades previas de: Atención, detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

5.4 MARCO INVESTIGATIVO

En la revisión científica sobre la temática se encontró un estudio que buscaba identificar las características sociodemográficas y clínicas asociadas con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular en donde la adherencia está favorecida por la percepción por parte

del paciente del estado de salud como regular , malo o muy malo, por el sexo femenino y por la presencia de algún factor de riesgo cardiovascular como la dislipidemia. Por lo tanto se concluyó en el estudio que es necesario considerar las diferentes variables que pueden influir en la adherencia y establecer estrategias individualizadas para luchar contra el incumplimiento del tratamiento farmacológico (36). De igual manera en otra investigación donde se identificaron factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas en Colombia, se concluyó que las características cognitivas y sociodemográficas que favorecen la adherencia al tratamiento refieren tanto experiencias adversas y esquemas maladaptativos como estrategias de afrontamiento, tales como solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo profesional. (37).

En el estudio de adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile, con una muestra de 257 personas de 18 a 60 años, se obtuvieron unos resultados en donde el 61,1% fueron mujeres, la escala reflejo la no adherencia de los participantes, ya que solo el 1,5% personas indicaron que siempre seguían las indicaciones entregadas por el equipo de salud. Se encontraron asociaciones entre la adherencia terapéutica con la realización de un trabajo remunerado ($p=0,025$) y con la participación de actividades sociales ($p=0,005$). Como conclusiones destacaron que la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de salud cardiovascular fue baja y como recomendación se dijo que es importante desarrollar estrategias que favorezcan la adherencia terapéutica desde la perspectiva de equidad y de los determinantes sociales de la salud (38). En otro estudio se determinó la prevalencia de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca. Se incluyeron 161 pacientes adultos con diagnóstico médico de falla cardiaca. Los resultados arrojaron que el 80,12% ($n=129$; IC 95% 73,11 – 85,98%) de los pacientes se encuentra frecuentemente adheridos al tratamiento farmacológico y no farmacológico, el cumplimiento al tratamiento farmacológico con el test de Morisky-Green fue de 53,42% ($n=86$; IC 95% 45,39 – 61,3%). Como conclusiones se presentó que los resultados son un acercamiento a la problemática de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con falla cardiaca y se recomienda para futuras investigaciones, la realización de estudios multicéntricos con muestreos probabilísticos (39).

Se encontró un estudio similar al presente, que tuvo por objetivo determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular, con 204 pacientes de un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular. La información se obtuvo aplicando la cuarta versión del 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, diseñado por Bonilla y Gutiérrez, este es el mismo instrumento

que se utilizará en este estudio. Los resultados fueron que el grado de adherencia terapéutica en los participantes mostró un 67% en situación de ventaja para adherencia; un 29% en riesgo a no adherirse y un 4% en situación de no adherencia. Estos hallazgos permiten destacar la importancia de la relación paciente-proveedor en el grado de adherencia de los pacientes, haciendo necesario que la institución y el equipo de salud y enfermería enfatizen las acciones de autocuidado con apoyo, acompañamiento permanente y orientación acorde a sus necesidades, a sus expectativas y a las características individuales de las personas atendidas (6).

Madeleine Cecilia Olivella, Clara Victoria Bastidas y Myriam Angélica, hicieron una revisión sistemática de la adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular un abordaje desde el modelo de Orem. Esta revisión pretendió trascender la visión biomédica con que se originó la concepción de adherencia terapéutica por una mirada integradora del autocuidado. Se aclara el significado del autocuidado al presentar una desviación de la salud como un sistema integrador que permite al enfermo ser competente en su autocuidado desde el diagnóstico y durante toda la trayectoria de la enfermedad, permitiéndole aplicar el conocimiento relevante o significativo brindado por los prestadores de salud, y que es necesario para mantenerse estable. Se presenta la complejidad del autocuidado desde el quehacer de enfermería, abordando el Modelo de Orem que constituye un aporte disciplinar importante y una opción de vida para la persona que padece enfermedad cardiovascular (40). En otro estudio se establece la influencia de la capacidad funcional y el autocuidado, utilizando la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca y la versión modificada del índice de actividad de Duke (DASI). Los resultados muestran mayor incidencia de enfermedad cardiovascular en el sexo femenino, entre 35 y 65 años, con diagnóstico de cardiopatía dilatada, considerándose esta como la etapa más grave de la enfermedad coronaria. En cuanto a la capacidad funcional encontramos que el 40 % se encuentra entre mínimo y moderado, y el 92,7 %, entre moderado y peor, en relación con el autocuidado (41).

En otra investigación se describe qué significa el autocuidado para las personas que viven con enfermedad coronaria en la ciudad de Ibagué (Colombia) durante junio de 2011. Se destaca que el significado del autocuidado en las personas con enfermedad coronaria se enmarca en cinco dimensiones: cambio en el estilo de vida, espiritual y de apoyo familiar, farmacológico, nutricional, actividad en la casa y ejercicio físico. Se evidencia que todos los pacientes no aprenden de la misma forma; lo anterior depende de que realmente haya un cambio de actitud y, específicamente, que las personas entiendan que son ellos y cada uno los responsables de mejorar su condición de salud a través de las acciones de autocuidado (42).

El diseño de instrumentos validados en enfermería es de gran relevancia en la medida en que estas escalas miden y determinan fenómenos o conceptos propios de la disciplina, convirtiéndose en elementos de trabajo importantes en aquellos aspectos de la investigación sobre el cuidado de la salud humana, objeto de la Enfermería. Un artículo trata estos procesos que ha seguido el desarrollo psicométrico de un instrumento que se concibió para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con riesgo de enfermedad cardiovascular en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2011. Se reseñan los estudios realizados para evidenciar la validez facial, de contenido, la consistencia interna y la confiabilidad y validez de constructo, realizados por investigadores estudiantes de la Maestría con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con los cuales se ha procesado el desarrollo psicométrico (43).

En otro estudio se buscó determinar la validez y confiabilidad, en el contexto colombiano, de la Escala de valoración de comportamientos de autocuidado en personas con falla cardíaca (FC) diseñada por Nancy Artinian. La validación cultural de la escala fue adecuada. Se eliminaron siete ítems por explicar menos del 0,2% de la varianza, quedando la escala final reducida a 21 ítems. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach para la escala total fue aceptable (0,75). La nueva versión de la escala tiene adecuadas propiedades psicométricas en términos de confiabilidad y validez, lo que permitirá su utilización por enfermeros en la detección de cambios de comportamientos de autocuidado clínicamente importantes en los pacientes con FC (44).

En los momentos actuales, el tema del cumplimiento de las indicaciones médicas tiene gran trascendencia por sus implicaciones sociales y familiares para los pacientes sobre todo de los que padecen enfermedades crónicas y porque incide en el aumento del costo de la asistencia sanitaria. En un estudio se llevó a cabo un análisis de la adherencia terapéutica con enfoque un enfoque psicológico hallando en este un componente fundamental de los comportamientos a tenerse en cuenta en el curso y evolución de la enfermedad. Se plantea la necesidad de investigar este aspecto para mejorar la comprensión del papel del comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad y el perfeccionamiento de la práctica médica, a la vez que puede convertirse en una contribución importante al desarrollo de este campo (45).

En un estudio realizado en la ciudad de Medellín en donde se utilizó el instrumento “Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” a una muestra de 265 personas adultas dio como resultado que la escolaridad es el factor que más modifica la percepción de adherencia por lo que se sugiere transmitir las recomendaciones médicas en un

lenguaje sencillo (46). De igual manera en otro estudio se analizó el estado de salud de personas con enfermedad coronaria que asisten a un programa de rehabilitación cardíaca en una institución especializada de Bogotá y su relación con el grado de riesgo de no adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. En donde a través del índice de relación de Pearson, se concluyó que no existe relación entre los estados de salud y riesgos de no adherencia a tratamientos (47).

Así mismo en el estudio de la adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria, que buscó identificar la situación que presentan las personas con factores de riesgo cardiovascular respecto a la adherencia terapéutica, en donde una muestra de 257 personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemias, dieron como resultado la baja adherencia de la muestra ya que solo 4 (1.5%) siempre siguen las indicaciones entregadas por el equipo de salud. Se encontró que solo el 22.6% tenía controlada la enfermedad. De allí se resalta que los factores de riesgo cardiovascular constituye un complejo conjunto de interacciones, en el cual la adherencia terapéutica puede ser solamente uno de los factores relacionados con él, y por esta razón pueden existir otras variables que influyen en el control de estas enfermedades (48).

Por otra parte los demás en otra revisión sobre los factores psicosociales y su influencia en estado de salud de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica se analizaron las características clínicas, funcionales, biológicas y psicosociales de 68 pacientes con IC crónica de la unidad de insuficiencia cardíaca de la Clínica Colombia la evaluación psicológica y social se realizó en forma prospectiva por enfermeras y psicólogas con entrenamiento en insuficiencia cardíaca. Se encontró deterioro cognitivo en un 39,7% de los pacientes, algún grado de dependencia para actividades de la vida diaria en un 4,4%, disfunción familiar en un 42,6%, con un buen nivel de autocuidado en esta cohorte y puntajes compatibles con mala calidad de vida en un 25% de los pacientes (46). Ahora se observa que en una investigación hecha por medio de seguimiento telefónico los resultados encontrados fueron dificultades para la práctica de comportamientos de autocuidado relacionadas con la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con falla cardíaca (FC). Todos los pacientes tenían dificultades en la práctica de algunas actividades de autocuidado como en: medir la orina y controlar el peso (100 % en cada una), el control de consumo de sal (96,7 %) y la restricción de líquidos (93,5 %) de igual manera la ayuda del seguimiento telefónico se identificó la educación impartida por el personal de salud como la principal dificultad en la adherencia al tratamiento no farmacológico en los pacientes con FC (49), del mismo modo en un artículo se demuestra la efectividad del modelo cognoscitivo conductual para facilitar ajustes en el estilo de vida, generar mayor adherencia al tratamiento, minimizar los riesgos de recaída y mantener el nivel de calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean. Se

concluye que es fundamental que la intervención psicológica se brinde con calidad, equidad, oportunidad y pertinencia, lo que reducirá a mediano plazo los costos instrumentales, temporales y profesionales en el manejo de las ECNT (50).

La Enfermería se ha preocupado por ampliar su marco conceptual basándose en el análisis de conceptos y la investigación de fenómenos propios, este artículo argumenta el análisis del concepto de salud cardiovascular, utilizando la revisión de literatura y entrevistas a profesionales de la salud y a personas cercanas al fenómeno de la enfermedad cardiovascular en una ciudad del departamento de Córdoba, Colombia. Es evidente que no hay claridad en el significado de la salud cardiovascular, tanto para las personas que viven en situación de enfermedad cardiovascular como para los profesionales de la salud, lo que corrobora la importancia del análisis para futuros procesos de clarificación e identificación conceptual. En este sentido, se esboza una propuesta de definición del concepto explorado, con los principales atributos para su comprensión desde una visión disciplinar bajo los supuestos de la Teoría de Dorothea Orem (51).

Se estimó la prevalencia de los principales factores de riesgo y afecciones crónicas no transmisibles en el municipio Pinar del Río en el año 2010. Se realizó un estudio de prevalencia, donde la muestra fue de 2515, en ella se encontró que la prevalencia de tabaquismo fue de un 23,5 %; bebedores el 19,4%, activos físicamente en el trabajo y tiempo libre el 21,7 %; solo ingerían diariamente frutas, y verduras/hortalizas el 13,8 % y 15,2% respectivamente; el 77,5% usaban aceite para cocinar y tenían hábito de desayunar el 58,6%; obesos el 16,7 %; hipertensos 34,1 % y diabéticos el 9,9 %, hipercolesterolemia el 11,1% e hipertrigliceridemia el 13,6. De ahí la importancia de los estudios de vigilancia de factores de riesgo que posibilita una mejor intervención sobre la población (52). En relación a esto un artículo describe la tendencia de la mortalidad por enfermedades no transmisibles durante el periodo 2008, y se encontró que las causas de mortalidad difieren significativamente por sexo y edad. La primera causa de muerte en general en Colombia así como en el mundo es por enfermedades del corazón, seguida por agresiones (homicidios). Los hombres de todas las edades están en desventaja frente a las mujeres pero los del grupo de edad de 15-45 tienen la mayor probabilidad de morir por lesiones de causa externa (53).

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se desarrollará en la ciudad de Villavicencio, en una IPS pública, ubicada en el área urbana que cuenta con el servicio de unidad de cuidados intensivos, está siendo parte importante para la atención de pacientes de toda la región, cuenta con 16 camas y esta soportada por los equipos para la prestación del servicio.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo ya que se pretende especificar las características y la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Es transversal ya que se examinan esas características que son recopiladas en una sola ocasión y de inmediato se procede a analizarlas. Tiene un enfoque cuantitativo ya que la información obtenida toma valores discretos y puede ser cuantificable, se investiga la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad cardiovascular.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población son los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental, de la ciudad de Villavicencio que presentan enfermedad cardiovascular durante el año 2016.

La muestra será a conveniencia con los pacientes que ingresan en un trimestre del año 2016 y que cumplan con los **criterios de inclusión**: Pacientes que han desarrollado enfermedades con riesgo cardiovascular, deben estar inscritos y activos en un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de su IPS por un periodo superior a un año, aceptar el consentimiento informado. También se tendrá en cuenta los **criterios de exclusión**: pacientes que no quieran ni puedan contestar la encuesta, pacientes que presenten paro cardiorrespiratorio de tipo no cardíaco y de origen traumático, pacientes que no tengan acceso telefónico, que no estén en un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de su IPS.

6.4 INSTRUMENTOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para el proyecto se aplicará una encuesta para indagar las características sociales, económicas de los pacientes (anexo A). Para la medición de la adherencia terapéutica en esta investigación se utilizará la versión 4 del instrumento “Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”. Este instrumento fue diseñado inicialmente en la ciudad de Bogotá en el año 2006 por Bonilla y De Reales en donde se evaluaban cinco dimensiones mediante 72 ítems. En el año 2007 se realizó un nuevo estudio como parte de un trabajo de grado de maestría en enfermería el cual utilizó un instrumento con 62 ítems; luego de estos trabajos, se hizo un nuevo análisis en el año 2008 que dejó el instrumento con 53 ítems agrupados en cuatro dimensiones. Posteriormente, Ortiz publicó un análisis en el año 2010 en el que se redujo el instrumento a 24 ítems agrupados en las mismas cuatro dimensiones (factores socioeconómicos, factores relacionados con el proveedor, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente). Para el último estudio, el instrumento obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0,6010.

Los ítems se responden mediante una escala Likert de 3 puntos, cuyos valores son: nunca, a veces, siempre – 1, 2 y 3 respectivamente y se responde en aproximadamente 20 minutos.

6.5 PROCEDIMIENTO PARA PROCESAR, ANALIZAR Y PRESENTAR LA INFORMACIÓN

Se identificarán los pacientes teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión del Hospital Departamental de la ciudad de Villavicencio, durante un periodo de tres meses. Se realizará la revisión de las historias clínicas para determinar los antecedentes de los pacientes e identificar sus datos personales como número telefónico para poder establecer una comunicación y aplicar el instrumento de valoración.

La recopilación de los datos sobre la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica se obtendrá de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos. Se realizará una prueba piloto en la clínica Meta durante una semana, se realizará a través de una entrevista dirigida por el entrevistador directamente al paciente que se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, luego se tomara las muestras del Hospital Departamental de Villavicencio por un periodo de tres meses consecutivos de pacientes, con los mismos criterios de la prueba piloto.

Se tendrán en cuenta los siguientes aspectos: reconocimiento de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, reconocimiento de los pacientes que cumplan con el periodo establecido en el proyecto, reconocimiento del paciente ya egresado de la unidad de cuidados intensivos que se encuentra en el periodo establecido del estudio, realizando llamada telefónica para realizar la encuesta, si se requiere ir al domicilio. Se programará una entrevista de acuerdo a la disposición y disponibilidad del paciente. Se le solicitará firmar el consentimiento informado (anexo B). El instrumento será administrado durante 30 minutos, en un espacio reservado en la IPS o en el domicilio según la necesidad. Los datos se ingresarán y se procesarán en el programa procesamiento de la información SPSS® (Statistical Product and Service Solutions) versión 23. Para su presentación se utilizarán tablas y figuras.

6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

6.6.1 Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia, 1993. Se tendrá en cuenta las consideraciones éticas planteadas en esta resolución que es por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según el artículo 11, esta investigación se considera sin riesgo ya que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el consentimiento informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

6.6.2 Código de Ética de Enfermería. Quien indica la necesidad de obtener el Consentimiento Informado por parte del paciente a quienes se les garantizará la confidencialidad, el anonimato y la privacidad, la beneficencia y no maleficencia. En lo relacionado con el Consentimiento Informado, que prevé la participación, libre, espontánea, autónoma del paciente y que las investigadoras y los EPIS garantizarán de igual manera la confidencialidad de la información y cuyo propósito es optimizar la salud y la calidad de vida del paciente y sus familiares.

6.6.3 Autorización del uso del instrumento. Para el poder utilizar el instrumento en este estudio se necesitó la autorización de su implementación por parte de la autora del mismo (anexo C).

6.6.4 Autorización prueba piloto en Clínica Meta de Villavicencio. Por parte de la Universidad de los Llanos la coordinadora del Macropoyecto gestionó ante las directivas de la Clínica Meta de Villavicencio al comité de ética, la autorización para la realización de la prueba piloto, quienes a través de un comunicado escrito presentan la autorización (anexo D).

6.6.5 Directivas del Hospital Departamental de Villavicencio. Por parte de la Universidad de los Llanos la coordinadora del Macropoyecto gestionó ante las directivas del Hospital Departamental de Villavicencio al comité de ética, la autorización para la realización del estudio, quienes a través de un comunicado escrito presentan la autorización (anexo E).

La investigación se presentara ante el comité de Ética de la Universidad de los Llanos para su respectiva revisión y aprobación. Para ello se realizará el consentimiento informado previo a la aplicación de las técnicas de información, para garantizar la libre participación en el estudio.

7. RESULTADOS

7.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Tabla 1. Edad del paciente

Estadísticos	
Media	70,11
Mediana	66,00
Moda	66
Mínimo	53
Máximo	91

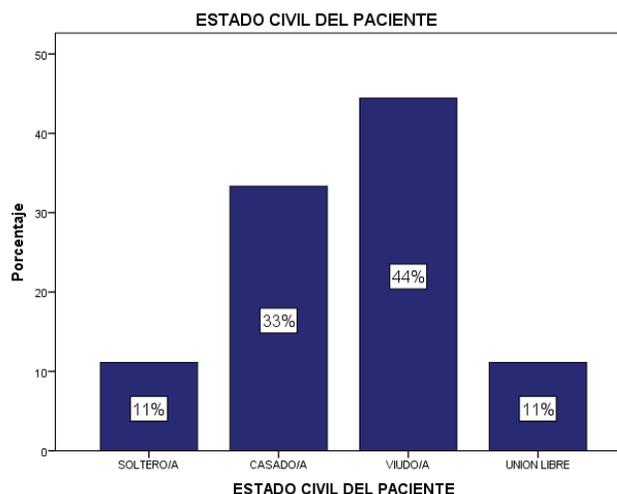
La edad media de los pacientes que ingresaron a unidad de cuidados intensivos por causas cardiovasculares es de 70 años y la moda es de 66 años reflejando que la población sujeta al estudio es adulto mayor.

Tabla 2. Genero del paciente

Genero	Frecuencia	Porcentaje %
Masculino	5	56
Femenino	4	44

La población masculina predomina con un 56 % y en menor proporción esta la población femenina con 44 %.

Gráfica 1. Estado civil del paciente



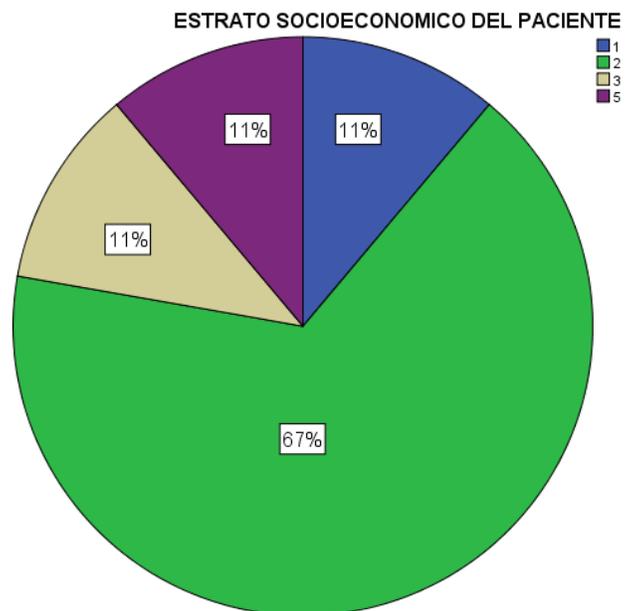
El 44% de la población es viuda y siguiendo con un 33% son casados siendo estos los dos grandes grupos, por otra parte 11% están solteros y el mismo porcentaje viven en unión libre.

Tabla 3. Departamento de residencia del paciente

Departamento	Frecuencia	Porcentaje %
Meta	8	89
Cundinamarca	1	11

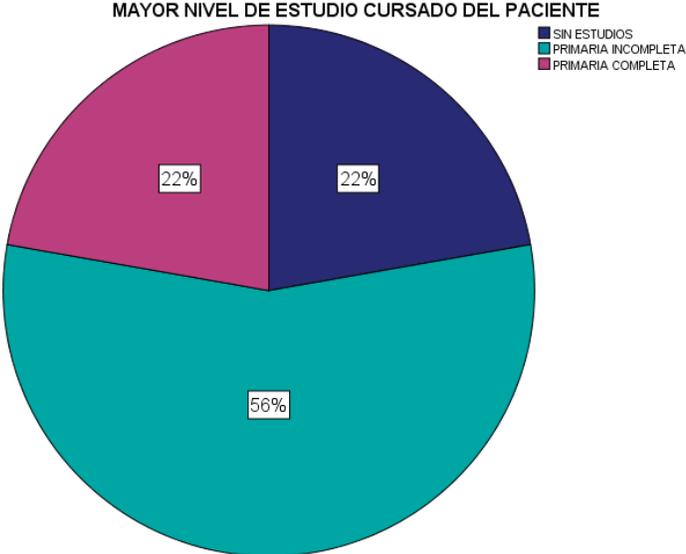
El 89% de los sujetos de estudio residen en el departamento del Meta y el 11% restante al Cundinamarca.

Gráfica 2. Estrato socioeconómico del paciente.



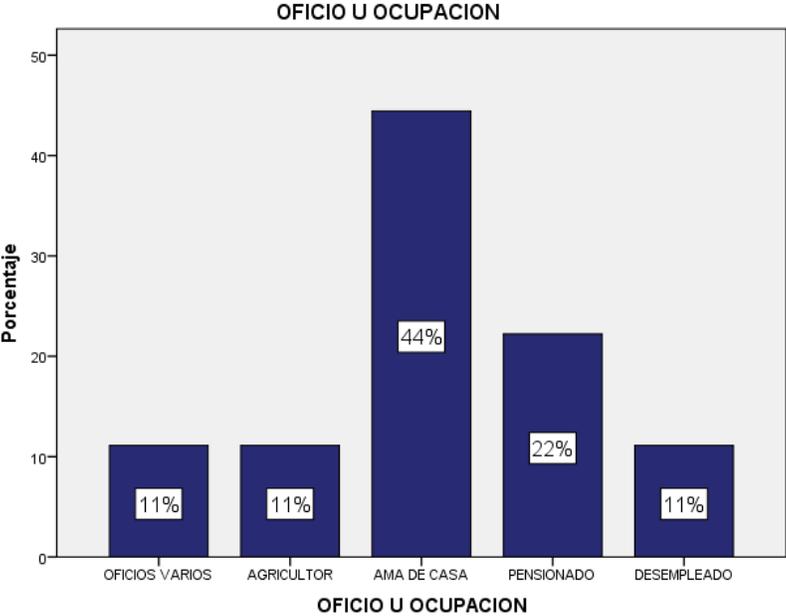
El 67% de los sujetos de estudio tienen un estrato socioeconómico de 2, y el 33% restante corresponde a los estratos 1,3 y 5 cada uno con 11%.

Gráfica 3. Mayor nivel de estudio del paciente.



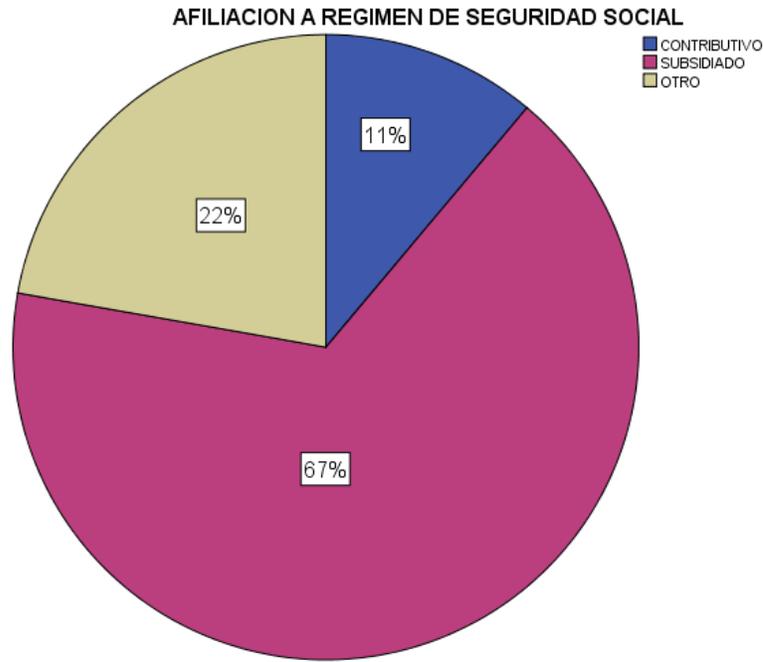
El 56% de los pacientes realizaron estudios de primaria incompleta, el 22% corresponde a sin estudios y primaria completa cada uno con 22%, por lo que está relacionado a la accesibilidad de estudios y a su edad.

Gráfica 4. Oficio u ocupación paciente.



El 44% de la población son de género femenino por lo que refleja que ese porcentaje tienen como ocupación ama de casa, siguiendo con un 22%, pensionado y oficios varios, agricultor y desempleado con 11%.

Gráfica 5. Afiliación a régimen de seguridad social del paciente.



El 67% corresponde a l régimen subsidiado, seguido de otro con 22% que eran de régimen especial como la policía nacional y el 11% restante con régimen contributivo.

Tabla 4. Enfermedades o alteración crónica antes de ser hospitalizado.

Enfermedad o alteración crónica	Frecuencia sobre total pacientes
Hipertensión	7
Diabetes mellitus tipo 2	4
Falla renal crónica	2
Falla Cardíaca	1
Revascularización	1
EPOC	1
Hiperlipidemia	1

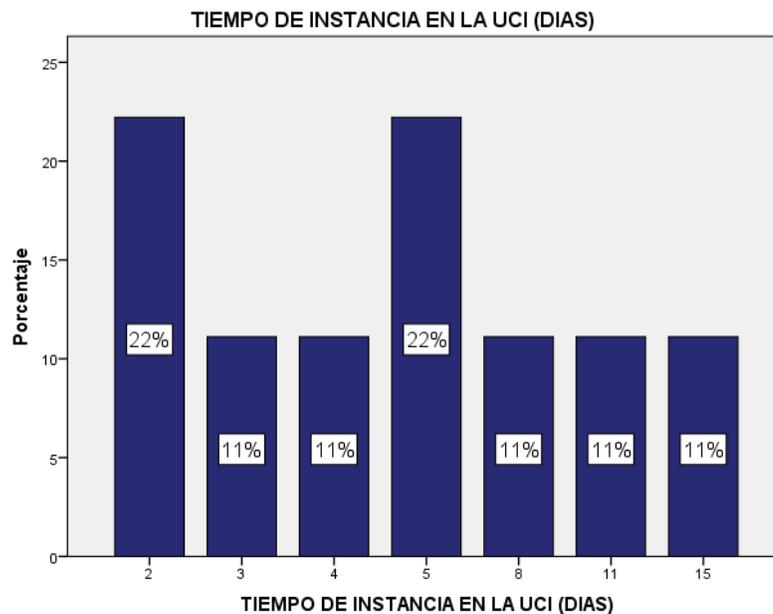
7 de los 9 pacientes padecen de hipertensión conjunto a otras enfermedades, los dos restantes padecen como antecedente la revascularización y EPOC sin tener patología relacionadas. Cabe resaltar que la hipertensión con un 78 % es la más prevalente seguido de la diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 5. Reingresos a UCI.

Reingresos a UCI	Frecuencia	Porcentaje %
Si	3	33
No	6	67

El 67% ya había estado en la unidad de cuidados intensivos y el 33% era su primer ingreso a esta unidad.

Gráfica 6. Tiempo de estancia en UCI.



El 22% de los pacientes tuvieron de estancia en UCI 2 días, seguido de 22% que tuvieron una estancia de 5 días, 3,4,8,11 y 15 días cada uno con 11 % de estancia en UCI.

Tabla 6. Diagnósticos de ingresos a UCI.

Diagnósticos de ingresos a UCI	Frecuencia sobre total pacientes
Infarto agudo al miocardio	5
Falla cardíaca	2
Crisis hipertensiva	2
Insuficiencia cardíaca congestiva	2

El diagnóstico de ingreso a unidad de cuidados intensivos con mayor frecuencia es el infarto agudo de miocardio con el 56% del total de los pacientes seguido de

falla cardiaca, crisis hipertensiva e insuficiencia cardiaca congestiva. Es importante resaltar que los pacientes tuvieron más de un diagnóstico al ingreso.

Tabla 7. Servicio de procedencia de los pacientes.

Procedencia de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje %
Urgencias	7	22
De otra IPS	2	78

El 78% de los pacientes procedían del servicio de urgencias y el 22% restante procedían de otra IPS pues cabe resaltar que había distintos departamentos de procedencia.

Tabla 8. Si tomaba los medicamentos prescritos antes de la hospitalización en UCI

	Frecuencia	Porcentaje
Válido SI	9	100,0

El 100% tomaba los medicamentos prescritos antes de ser hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos.

7.2 RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR DIMENSIONES

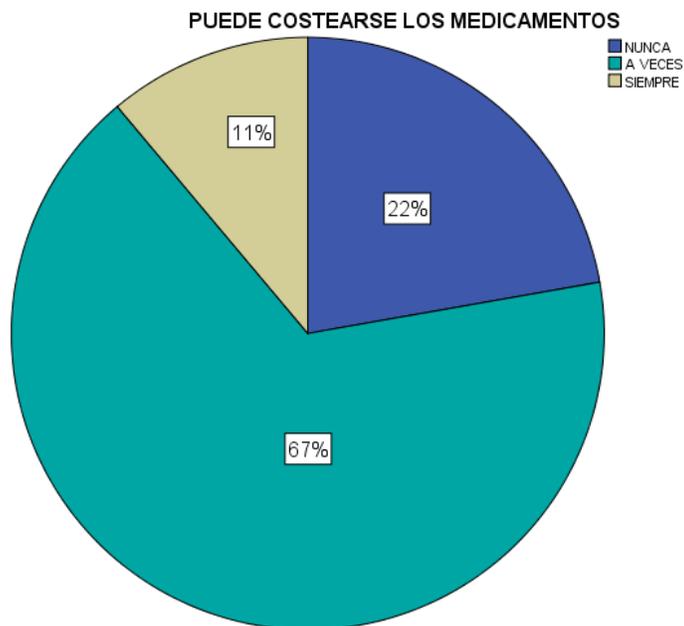
Dimensión I: factores socioeconómicos

Tabla 9. Disponibilidad económica de la familia del paciente para atender necesidades básicas.

Disponibilidad económica	Frecuencia	Porcentaje %
A veces	5	56
Siempre	4	44

El 56% de los pacientes a veces tiene la disponibilidad económica para atender las necesidades básicas y el 44% restante siempre tiene la disponibilidad económica.

Gráfica 7. Puede costearse los medicamentos.



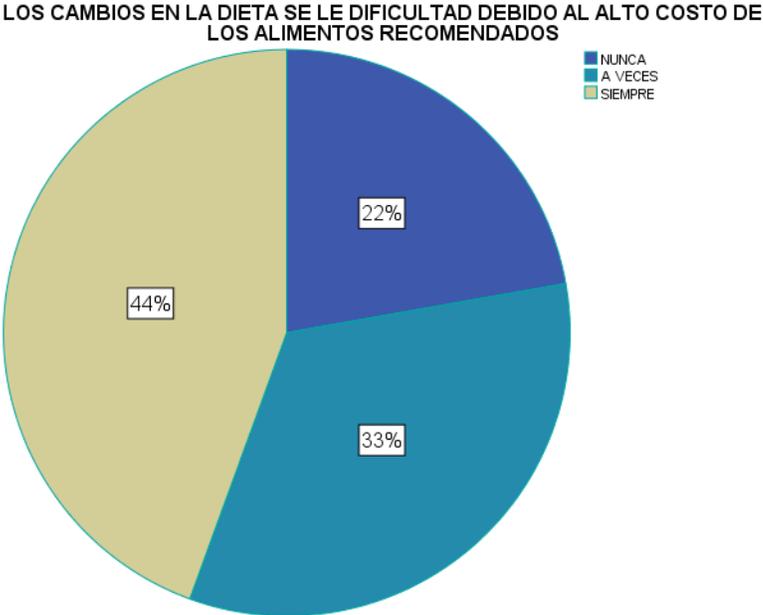
El 67% de los pacientes a veces pueden costearse los medicamentos, el 22% nunca puede y el 11% siempre puede, lo que refleja que es difícil poder adquirir con facilidad los medicamentos.

Tabla 10. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta

Traslado al lugar de consulta	Frecuencia	Porcentaje %
A veces	6	67
Siempre	3	33

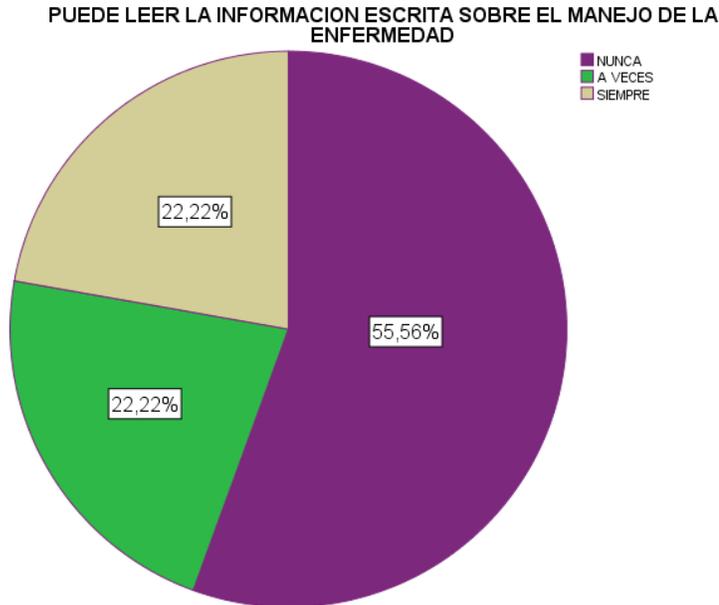
El 67% de los pacientes a veces cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta, el 33% siempre cuenta con los recursos.

Gráfica 8. Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados



El 44% de los pacientes siempre se le dificulta adquirir los alimentos recomendados debido al alto costo y por esto los cambios en la dieta son difíciles. El 33% a veces se le dificulta y el 22% nunca se le dificulta.

Gráfica 9. Puede leer la información escrita sobre el manejo de la enfermedad



El 55.5% nunca puede leer la información escrita sobre el manejo de la enfermedad, el 22.2% a veces puede y el 22.2% siempre puede.

Tabla 11. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento

Apoyo familiar o de allegados	Frecuencia	Porcentaje %
Siempre	8	89
A veces	1	11

El 89% de los pacientes siempre cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento, el 11% a veces cuenta con el apoyo.

Dimensión II: factor proveedor: sistema y equipo de salud

Tabla 12. Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento

Responden a las inquietudes el personal sobre el tratamiento	Frecuencia	Porcentaje %
Siempre	5	56
A veces	4	44

El 56% de los pacientes refieren que siempre las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento, el 44% de los pacientes refieren que a veces respondes a sus inquietudes.

Tabla 13. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace

El medico controla el tratamiento	Frecuencia	Porcentaje %
Siempre	8	89
A veces	1	11

El 89% de los pacientes siempre se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace, el 11% a veces se da cuenta por las preguntas que le hace el médico.

Tabla 14. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico

Información sobre beneficios de los medicamentos	Frecuencia	Porcentaje %
Siempre	7	78
Nunca	2	22

El 78% de los pacientes siempre recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico, el 22% nunca recibe información.

Tabla 15. Recibe la orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias

Orientación sobre horarios de medicamentos	Frecuencia	Porcentaje %
Siempre	7	78
Nunca	2	22

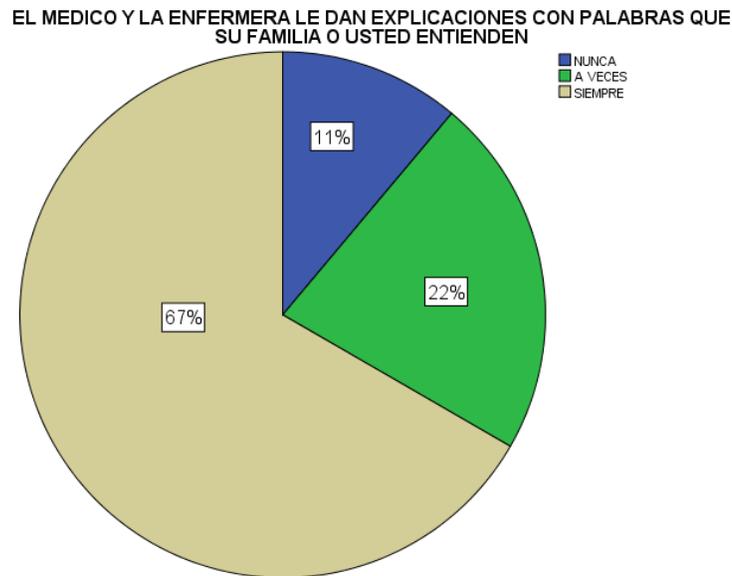
El 78% de los pacientes siempre recibe la orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias. El 22% nunca recibe orientación.

Tabla 16. En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderán sus motivos

Personal entenderán si falla al tratamiento	Frecuencia	Porcentaje %
Nunca	8	89
A veces	1	11

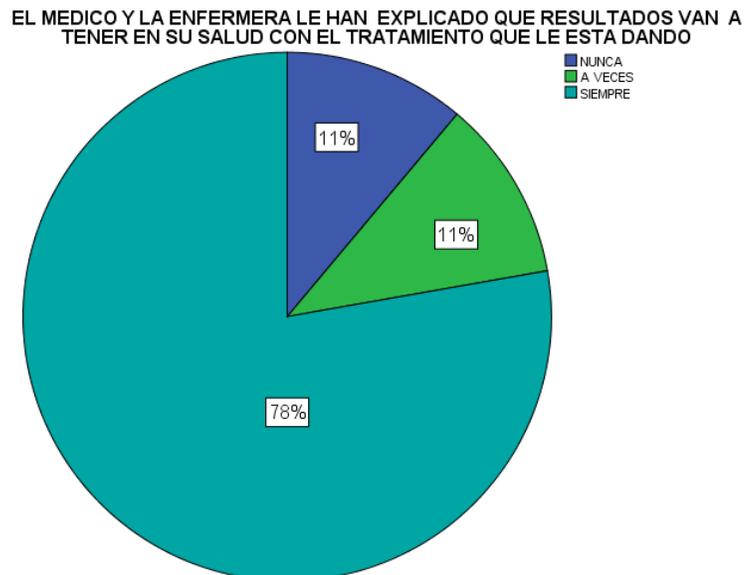
El 89% de los pacientes refiere que nunca entenderían sus motivos, el 11% dice que a veces entenderían sus motivos.

Gráfica 10. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.



El 67% de los pacientes refieren que siempre le dan explicaciones con palabras que entienden, el 22% a veces y el 11% nunca le da explicaciones con palabras que entienden.

Gráfica 11. El médico y la enfermera le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que le están dando



El 78% de los pacientes refieren que siempre le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que le están dando. El 11% refiere que a veces y el otro 11% que nunca.

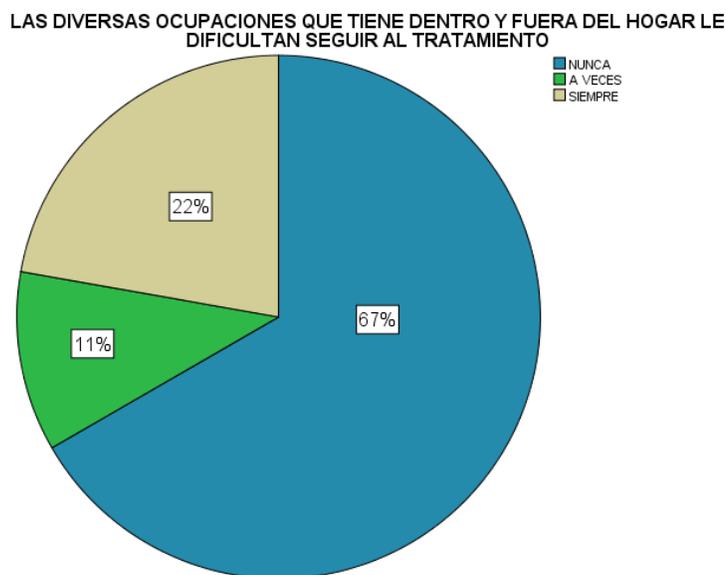
Tabla 17. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos

Coincidir en la esperanza de mejoría	Frecuencia	Porcentaje %
Siempre	8	89
Nunca	1	11

El 89% de los pacientes refieren que siempre coinciden con la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos, el 11% refiere que nunca coinciden con la esperanza de mejoría.

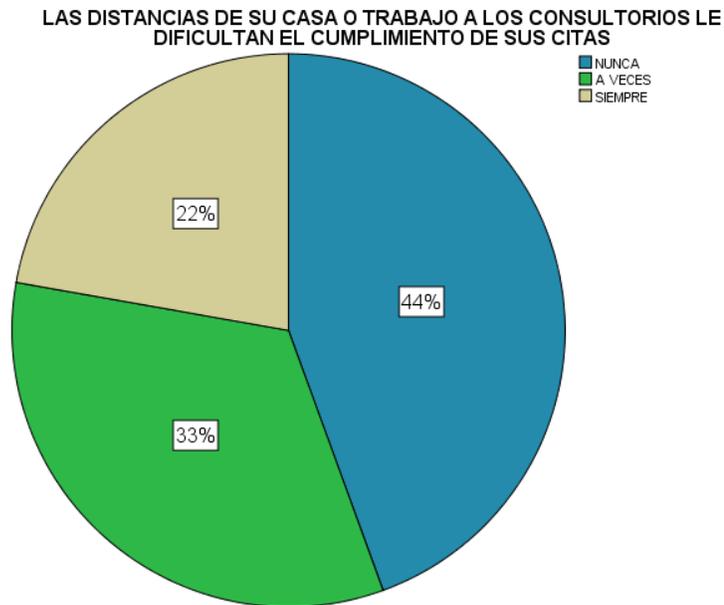
Dimensión III: factor relacionado con la terapia

Gráfica 12. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento



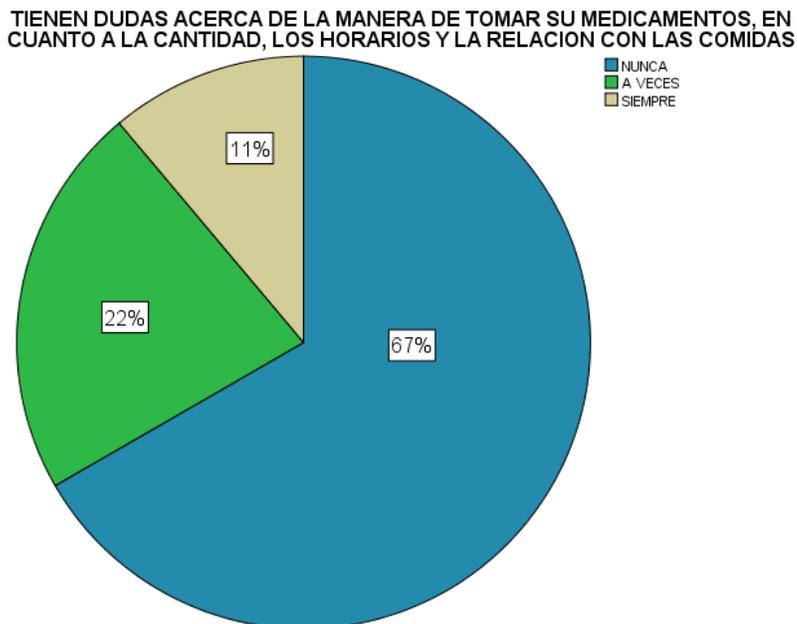
El 67% de los pacientes refieren que nunca tienen dificultad para seguir el tratamiento por sus ocupaciones en el hogar, el 22% refieren que siempre se le dificulta seguir el tratamiento por sus ocupaciones en el hogar y el 11% refiere que a veces se le dificulta.

Gráfica 13. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.



El 44% de los pacientes refieren que nunca se le dificulta llegar a las citas por las distancias de su casa al consultorio, el 33% refiere que a veces se le dificulta y el 22% refiere que siempre se le dificulta.

Gráfica 14. Tienen dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas



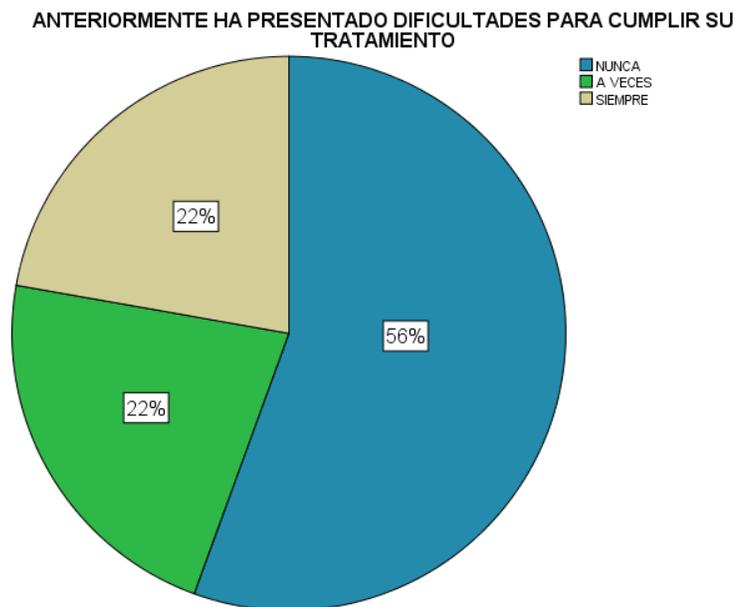
El 67% de los pacientes refieren que nunca tiene dudas acerca de cómo tomar sus medicamentos, el 22% a veces tienen dudas y el 11% siempre tienen dudas.

Tabla 18. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento

Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento	Frecuencia	Porcentaje %
Nunca	7	78
A veces	2	22

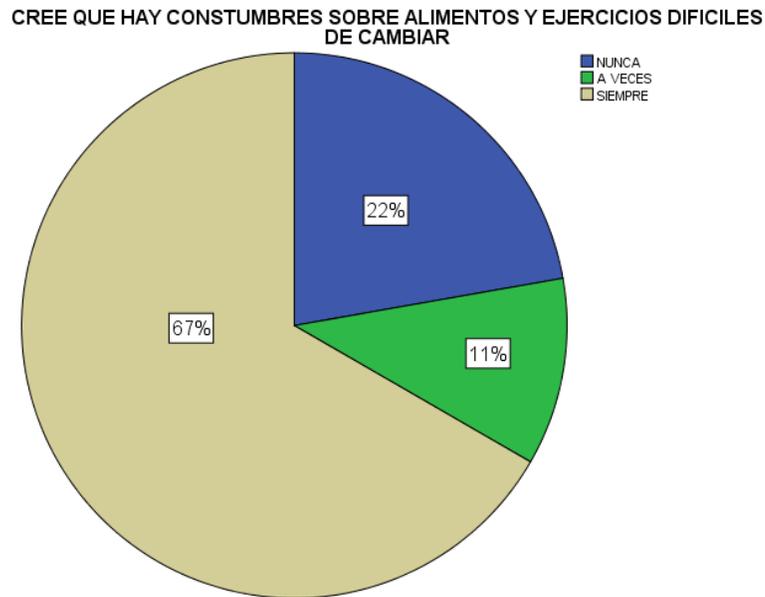
El 78% de los pacientes refieren que nunca suspenden el tratamiento cuando mejoran sus síntomas, el 22% refiere que a veces lo suspenden.

Gráfica 15. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento



El 56% de los pacientes refieren que nunca han presentado dificultades para cumplir su tratamiento, el 22% refiere que a veces y el otro 22% refiere que siempre.

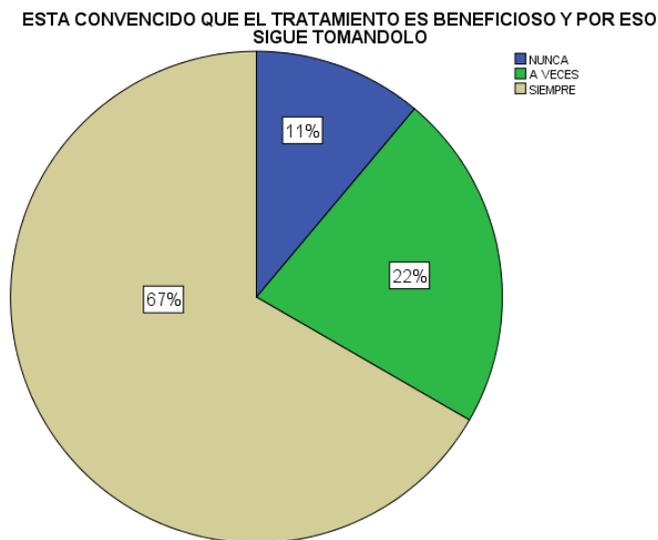
Gráfica 16. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.



El 67% de los pacientes refieren que siempre hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar. El 22% refiere que nunca y el 11% refiere que a veces.

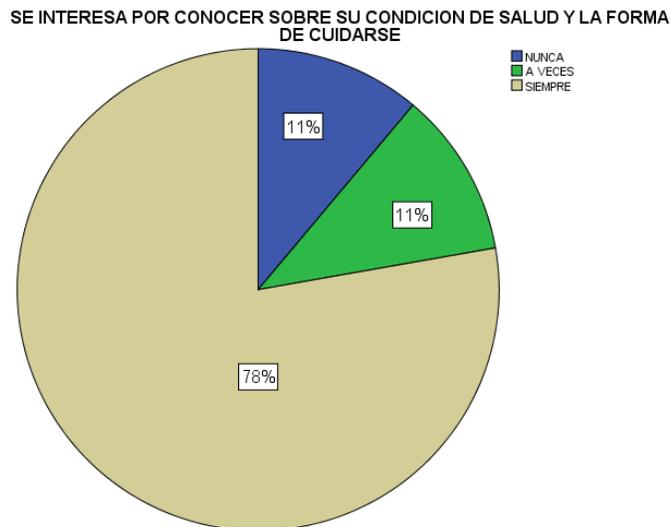
Dimensión IV: factor relacionado con el paciente

Gráfica 17. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo



El 67% de los pacientes refieren que están convencidos que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo. El 22% refiere que a veces y el 11% refiere que nunca.

Gráfica 18. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.



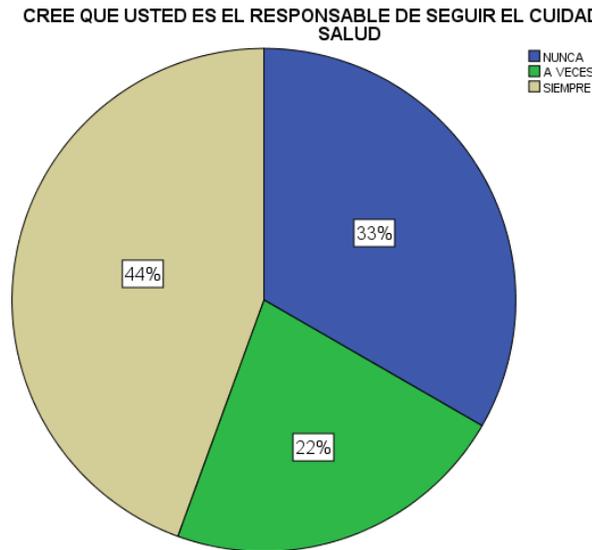
El 78% de los pacientes refieren que siempre se interesan por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse. El 11 % refieren que a veces y el otro 11% que nunca.

Tabla 19. Importancia del tratamiento para mejorar la salud del paciente

Importancia del tratamiento para mejorar la salud del paciente	Frecuencia	Porcentaje %
Siempre	7	78
Nunca	2	22

El 78% de los pacientes siempre consideran importante seguir el tratamiento para mejorar su salud y el 22% creen que nunca es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.

Gráfica 19. El paciente cree que es responsable de seguir el cuidado de su salud.



El 44% de los pacientes consideran que son responsables de seguir el cuidado de su salud, el 22% piensan que a veces son responsables y el 33% consideran que nunca son responsables de su propia salud.

7.3 ANÁLISIS DE ADHERENCIA FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA

7.3.1 Análisis no farmacológico

Entre los factores que influyen a la no adherencia en el área no farmacológica es la poca disponibilidad económica que presentan los pacientes y sus familias puesto que el 56% de estos *a veces* tienen los recursos económicos, no pueden costearse los medicamentos con facilidad ya que el 67% *a veces* puede costearlos, de igual manera el 67% cuenta con los recursos para *a veces* trasladarse al sitio de consulta y por último el 44% *siempre* se le dificulta el cambio de dieta por su alto costo, claramente esto se ve relacionado con el estado económico familiar y propio del paciente pues el 89% está en un estrato menor de 3. El 55% *nunca* puede leer la información sobre el manejo de la enfermedad, esto está relacionado con el bajo nivel de escolaridad. En un 67% refieren que siempre se les dificulta cambiar las costumbres sobre alimentos y ejercicios.

Los factores que influyen en la adherencia no farmacológica son que el 89% *siempre* cuenta con el apoyo familiar para cumplir el tratamiento, en cuanto al personal de salud sea médico o enfermera; el mayor porcentaje de pacientes refieren que *siempre* ellos controlan si están siguiendo su tratamiento, además responden sobre sus dudas e inquietudes y reciben la información sobre los beneficios de como ajustar los horarios de los medicamentos, le han explicado que resultados van a tener en su salud con palabras que ellos entiendan, así

mismo *siempre* coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios en la dieta. También consideran en un 44% que *nunca* se les dificulta ir a las citas por causa de la distancia desde su trabajo o casa. Por último el 50% de los pacientes consideran que *siempre* se interesan por conocer sobre su condición de salud y creen que ellos mismos son los responsables de seguir el cuidado de sí mismos, sin embargo la otra mitad considera que *a veces o nunca* son los responsables de su cuidado y esto influye negativamente en la adherencia terapéutica.

7.3.2 Análisis farmacológico

Los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico en cuanto a lo relacionado con la terapia son las dudas que se tiene acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas, debido que el 33% de los pacientes *a veces o siempre* tiene dudas acerca de ello. Otro factor que influye es la suspensión del tratamiento cuando mejoran los síntomas, el 22% de los pacientes refieren que *a veces* lo suspenden cuando ya se sienten mejor. En cuanto al factor de presentar dificultades para cumplir el tratamiento el 44% de los pacientes refieren que *a veces o siempre* han presentado diferentes dificultades para llevar a cabo con éxito del cumplimiento de su tratamiento.

En cuanto a los factores relacionados con el paciente se encuentra el convencimiento que tienen acerca de que su tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo, el 33% refiere que *a veces o nunca* están convencidos de que sea beneficioso y también se encuentra la importancia que tienen acerca de seguir el tratamiento con el fin de mejorar su salud, el 22% refiere que *nunca* es importante seguir con el tratamiento, esto refleja que los pacientes de este estudio no presentan una buena adherencia farmacológica debido a que los factores mencionados se encuentran alterados. No se encontraron factores protectores para cumplir con la adherencia farmacológica.

7.4 ANÁLISIS DE ADHERENCIA POR GRUPOS DE RIESGO

Tabla 20. Clasificación modificada de los grados de riesgo para la adherencia

CATEGORIA DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Situación de ventaja para adherirse	1	11.1%
Situación en riesgo para no adherirse	7	78.8 %
Situación de no adherencia	1	11.1%

EL 11.1% de los pacientes está en ventaja para generar comportamientos compatibles con la adherencia, el 78.8% está en riesgo de no generar comportamientos de adherencia y el 11.1 % de los pacientes no puede responder con comportamientos de adherencia.

7.4.1 Grupo de pacientes en situación de ventaja para adherirse.

La muestra de este grupo es de un paciente.

Dimensión I: Factores socioeconómicos

La familia del paciente siempre contaba con recursos económicos para suplir las necesidades básicas y este siempre cuenta con el apoyo de su familia para cumplir su tratamiento lo que se reconocen como factores influyentes para la adherencia.

Sin embargo, Siempre se le dificultaba el cambio de la dieta debido a los altos costos de los alimentos, a veces podía costearse los medicamentos y trasladarse al lugar de la consulta y nunca puede leer la información debido a que no puede leer, poniendo en riesgo la adherencia terapéutica.

Dimensión II: Factor proveedor: sistema y equipo de salud

El sistema y equipo de salud son factores protectores ya que el paciente refiere que siempre las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento, también se da cuenta que su médico controla su tratamiento, recibe la información de los beneficios de los medicamentos, recibe la orientación sobre los horarios de los medicamentos, le explican de una manera que entienda y sobre los resultados que va a tener con el tratamiento, le parece que coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y si el fallara al tratamiento nunca el personal de salud entenderían sus motivos. No se encontraron factores de riesgo en la adherencia en esta dimensión.

Dimensión III: Factor relacionado con la terapia

Se halló un factor protector; el paciente nunca tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos y cuando mejoran sus síntomas nunca suspende su tratamiento, lo que resulta clave para una adherencia.

Por otra parte posee algunas dificultades como lo son: siempre las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento, siempre las distancias de la casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas, siempre ha presentado dificultades para cumplir su

tratamiento y cree que siempre hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.

Dimensión IV: Factor relacionado con el paciente

El paciente siempre está convencido que el tratamiento es beneficioso por eso sigue tomándolo, siempre se interesa por conocer siempre su situación de salud y su forma de cuidarse, siempre cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar y que él es responsable de seguir su autocuidado, estando vinculadas todas las anteriores características para la adherencia al tratamiento.

7.4.2 Grupo de pacientes en situación en riesgo para no adherirse

La muestra de este grupo es de siete pacientes.

Tabla 21. Resultados del grupo en riesgo para no adherirse- Dimensión I

Dimensión I: Factores socioeconómicos.		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Disponibilidad económica		
A veces	5	71
Siempre	2	29
Puede costearse los medicamentos		
A veces	4	57
Nunca	2	29
Siempre	1	14
Recursos económicos para trasladarse		
A veces	5	71
Siempre	2	29
Cambios en la dieta se le dificultan		
Siempre	4	57
A veces	2	29
Nunca	1	14
Puede leer la información escrita		
Nunca	5	71
A veces	2	29
Cuenta con el apoyo de su familia		
Siempre	5	86
A veces	1	14

Dimensión I: Factores socioeconómicos, se evidencia que en su gran mayoría este grupo se encuentra en riesgo ya que a veces tienen la disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos, recursos para trasladarse a la consulta, además a veces se le dificulta trasladarse al lugar de su consulta y realizar cambios en la dieta por factores económicos. En este grupo en un porcentaje bajo a veces cuenta con apoyo familiar.

Tabla 22. Resultados del grupo en riesgo para no adherirse- Dimensión II

Dimensión II: Factor proveedor: sistema y equipo de salud		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes		
Siempre	4	57
A veces	3	43
Se da cuenta que su médico controla		
Siempre	6	86
A veces	1	14
Recibe información sobre el beneficios		
Siempre	6	86
Nunca	1	14
Orientación sobre la forma de ajustar los horarios		
Siempre	6	86
Nunca	1	14
Caso en que usted fallará en su tratamiento		
Nunca	6	86
A veces	1	14
Explicaciones con palabras que usted y su familia lo entiendan.		
Siempre	6	86
A veces	1	14
Le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento		
Siempre	6	86
Nunca	1	14
Esperanza de mejoría con el tratamiento		
Siempre	6	86
A veces	1	14

Dimensión II: Factor proveedor: sistema y equipo de salud, este grupo de pacientes refieren que a veces las personas que lo atienden responden a sus inquietudes, beneficios y dificultades con respecto a su tratamiento y a veces siente que el personal de salud controla si está siguiendo su tratamiento y la

manera de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.

Tabla 23. Resultados del grupo en riesgo para no adherirse- Dimensión III

Dimensión III: Factor relacionado con la terapia		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Las ocupaciones dificultan el tratamiento		
Nunca	4	57
Siempre	2	29
A veces	1	14
Distancia de su casa al consultorio dificultan las citas		
Nunca	3	43
A veces	3	43
Siempre	1	14
Dudas sobre tomar los medicamentos		
Nunca	4	57
A veces	2	29
Siempre	1	14
Cuando mejoran sus síntomas usted suspende el tratamiento		
Nunca	6	86
A veces	1	14
Dificultades para cumplir su tratamiento		
Siempre	3	43
Nunca	3	43
A veces	1	14
Costumbres difíciles de cambiar		
Siempre	4	57
A veces	2	29
Nunca	1	14

Dimensión III: Factor relacionado con la terapia

En este ítem las personas en riesgo en un porcentaje bajo donde manifestaron que *a veces* las diversas ocupaciones que tiene les dificultaban seguir con el tratamiento y se les dificultaba el cumplimiento a sus citas por causa de la distancia. En porcentaje medio manifiestan que *a veces* tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos y hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.

Tabla 24. Resultados del grupo en riesgo para no adherirse- Dimensión IV

Dimensión IV: Factor relacionado con el paciente		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tratamiento es beneficioso		
Siempre	5	71
A veces	2	29
Interés por conocer sobre su condición de salud		
Siempre	6	86
Nunca	1	14
Seguir el tratamiento para mejorar su salud.		
Siempre	6	86
Nunca	1	14
Usted es el responsable de su propia salud.		
Siempre	3	42
A veces	2	29
Nunca	2	29

Dimensión IV: Un porcentaje medio manifiestan que *a veces* el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo ya que cree que es importante para mejorar su salud, sin embargo aún mayor es el riesgo al manifestar que *a veces* les interesa saber su condición de salud

7.4.3 Grupo de pacientes en situación de no adherencia.

La muestra de este grupo es de un paciente.

Dimensión I: Factores socioeconómicos.

Se evidencia que en esta dimensión la muestra manifiesta comportamiento de adherencia.

Dimensión II: Factor proveedor: sistema y equipo de salud

En esta dimensión refiere que *nunca*: recibió información sobre los beneficios de los medicamentos, recibió la orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades, le dan explicaciones con palabras que entienda y *nunca* coincide con la esperanza de mejoría resultado no favorable para la adherencia.

Dimensión III: Factor relacionado con la terapia

La muestra manifiesta que *nunca*: las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del lugar no le dificultan seguir el tratamiento, se le dificulta cumplir sus citas debido a las distancias de su casa al consultorio, tienen dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas, siendo factores favorables para la adherencia terapéutica.

Dimensión IV: Factor relacionado con el paciente

Se evidencia en esta dimensión que el paciente manifiesta que *nunca*: es beneficioso el tratamiento y por eso sigue tomándolo, comportamiento de no adherencia, creen que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud, y *nunca* es el responsable de seguir el cuidado de su salud.

8. DISCUSION DE RESULTADOS

La edad media de los pacientes que ingresaron a unidad de cuidados intensivos por causas cardiovasculares es de 70 años siendo 88.8 % adultos mayores del total de la muestra, en esta etapa los estilos de vida son difíciles de cambiar y esto se pudo evidenciar en la investigación, ya que en su mayoría creen que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar también consideran que se les dificulta debido al alto costo de los alimentos recomendados, siendo estos no adecuados para su adherencia no farmacológica. En el artículo de Salcedo A, El 50% de la población estimada se clasifica como adulta mayor (≥ 60 años), datos que son compatibles con estudios similares realizados en personas hipertensas en Colombia (54), por otra parte en un estudio realizado por Frontal P, fue encontrado otro resultado en donde se recolectó información de 335 pacientes, con un rango entre 19 y 90 años, donde el grupo de edad con mayor número de participantes fue el comprendido entre los 50 y 59 años, que corresponde a 33,1 % de la muestra, cabe resaltar que 52,5 % de los participantes tiene menos de 60 años (10). Y por último Ortega S, encontró una edad promedio de 58 años y un rango de edad de 21 a 90 años, la mayor proporción (70%) de pacientes de ambos géneros se encontró en los rangos de edad de 45 a 68 años, destacándose que 30% están en el intervalo de 53 a 60 años (6). A partir de estos estudios la edad adulta mayor se ve involucrada en una gran proporción siendo esta la edad donde los pacientes presentan más enfermedades cardiovasculares.

En este estudio la población masculina predomina con un 56 % y en menor proporción esta la población femenina con un 44 %, estas últimas demostraban mayor interés por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse, por otra parte el 56% no lo consideraba importante a pesar de estar afectada su salud, sin embargo en su gran mayoría los hombres manifestaron no tener dificultad en el cumplimiento de la citas médicas respecto a las mujeres. Fontal P encontró una mayor participación del género femenino con 72,5%, frente al masculino con 27,5% esto dado porque las mujeres tienen flexibilidad en el manejo del tiempo por su ocupación (pensionadas o encargadas del hogar) (7). En otro estudio de Salcedo la investigación les mostró que fue mayor la proporción de hombres (63.1%) que de mujeres (36.9%) participantes en el estudio (54). Por lo anterior se evidencia que el género no influye en la adherencia, sino las diversas ocupaciones que tienen dentro y fuera del hogar. Cabe resaltar que al ser adulto mayor se encuentran condicionados al apoyo de sus familias o personas allegadas para cumplir su tratamiento.

En cuanto al estado civil de esta muestra el 44% de la población es viuda, siguiendo con un 33% que son casados siendo estos los dos grandes grupos, por otra parte 11% están solteros y el mismo porcentaje viven en unión libre. En el estudio hecho por Ortega el 57% de los pacientes era casado, 22% vivía en

unión libre y el 21% restante no tenía vínculo conyugal (6). Por otra parte en el estudio de Arredondo los casados o en unión libre (61,3 %), siguiéndoles los viudos (19,4 %), los solteros (16,1 %) y los separados (3,2 %) (49). En estas tres muestra se evidencia que el mayor porcentaje se encuentran casados, viudos y en unión libre, es un factor importante ya que la pareja es una red de apoyo cercana.

El 67% de los sujetos de este estudio tienen un estrato socioeconómico de 2, y el 33% restante corresponde a los estratos 1,3 y 5 cada uno con 11% correspondiente. Con base a lo anterior este grupo de pacientes manifestaban que no tienen recursos para costearse los medicamentos, trasladarse al lugar de la consulta y para realizar cambios en la dieta, solo cuentan con disponibilidad económica para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda y educación). En un estudio hecho por Ortega el estrato socioeconómico de su muestra evidencia que el 82% pertenecía a estratos 2 y 3 (6). De igual manera Arredondo en su estudio revela que el 87,1 % de los participantes pertenecía al 3 o a uno menor, y el 12,9 %, al 4 o a uno superior (49), por lo que el mayor número de muestra se encuentra en estratos menores de 3. Es así como el contexto socioeconómico de la muestra es parte fundamental de la adherencia al tratamiento no farmacológico. Salcedo concluye que según la literatura el bajo nivel socioeconómico, el analfabetismo y el desempleo son factores de riesgo alto importantes en la adherencia deficiente (54).

En cuanto al nivel de escolaridad de los pacientes el 56% realizaron estudios de primaria incompleta, el 22% no realizaron ningún tipo de estudios y el otro 22% realizó primaria completa, en general no pudieron acceder a estudios de bachillerato dando como resultado un bajo nivel de escolaridad y eso conlleva a la poca adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos ya que no saben leer la información escrita sobre el manejo de la enfermedad y requieren de otras personas para que lo hagan, además el médico y la enfermera a veces le dan explicaciones con palabras que su familia y ellos entienden, se puede asumir que esto está sujeto al bajo nivel educativo. El nivel de escolaridad también influye en las costumbres que tengan en cuanto a sus hábitos de vida ya que son más influenciados a implementar en sus actividades de la vida diaria las recomendaciones que les dicen las personas del común como: tomar remedios caseros y no toman en cuenta muchas veces las recomendaciones que da el personal de salud en cuanto a los cuidados que debe tener con su estilo de vida. Esto comparado con el artículo publicado por Bonilla, nos arroja poca diferencia en la escolaridad ya que se encontró como factores que intervienen en la falta de adherencia de los pacientes la incapacidad de leer las recetas por el bajo nivel de escolaridad (6). En otro estudio denominado grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial arroja en cuanto al nivel de escolaridad de la población fue en su mayoría bajo: el 72.4 % de la muestra tiene un nivel de escolaridad primaria o menor, lo que se convierte en una limitación

significativa para la comprensión de la educación y las recomendaciones dadas por el proveedor de salud (54).

Los oficios u ocupaciones que tienen los pacientes de este estudio son con un 44% ama de casa, seguido por pensionado con un 22% y oficios varios con un 11%, esto contrastado con el estudio realizado por Arredondo se muestra que la principal actividad de los pacientes eran las labores del hogar (58,1 %), seguida por el trabajo remunerado (6,5 %) y las actividades recreativas (9,7%); un 25,8% no realizaba ninguna actividad (49). Teniendo mayor porcentaje ser amas de casa, ocupación que contribuye a la adherencia, ya que este grupo son los que en su mayoría puede ir a la consulta por tener mayor disponibilidad de tiempo.

La afiliación al régimen de seguridad social corresponde con un 67% a subsidiado, seguido con un 22% el régimen especial como la Policía Nacional y el 11% corresponde a régimen contributivo. En el estudio de Ortega el 54% estaba afiliado al régimen de seguridad social, de los cuales el 41% eran docentes activos y el 13% jubilados; el 46% era beneficiario (6). En esta investigación se ve evidenciado que el régimen subsidiado es el que más se ve afectado en cuanto a las complicaciones de patologías cardiovasculares lo que representa que no se está previniendo desde este régimen las posibles complicaciones que tienen estos pacientes y refleja que es necesario implementar más promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde las instituciones prestadoras de salud y llevar un seguimiento estricto de estos pacientes para que no se presenten más reingresos, ya que esto conlleva a un incremento de los costos por las estancias hospitalarias y tratamientos prolongados, es por esto que resulta más económico el uso de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Las enfermedades de base o crónicas que padecían los pacientes eran la hipertensión con un 78 %, siendo esta la más prevalente seguido de la diabetes mellitus tipo 2. Esto comparado con el artículo de Arredondo los pacientes presentaban como principales comorbilidades la hipertensión arterial (83,9 %), la enfermedad coronaria (35,5 %), la diabetes mellitus (32,3 %) y la insuficiencia renal crónica (22,6 %). Lo anterior deja como conclusión que la hipertensión arterial es la principal comorbilidad de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

En un estudio denominado grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial arrojó que el 18.4% de la población hipertensa estudiada se encuentra en un nivel de riesgo alto, el 47.2% en un nivel de riesgo medio y el 34.4% de las personas hipertensas en un nivel de riesgo bajo. Comparando este artículo con los resultados de la actual investigación no se observa gran diferencia ya que el mayor porcentaje se encuentra dentro del nivel de riesgo medio al igual que esta investigación (54).

En otro artículo llamado grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular demostró que el grado de adherencia terapéutica en los participantes en un 67% se encuentran en situación de ventaja para adherencia; un 29% en riesgo a no adherirse y un 4% en situación de no adherencia. En esta investigación si se observan diferencias, ya que el mayor porcentaje se encuentra en un riesgo de no adherencia terapéutica (6).

En comparación con el artículo de Ortega que clasifica de la misma manera el estudio por grado de adherencia y dimensiones, en cuanto al primer grupo de pacientes que son los que tienen ventaja para adherirse al tratamiento no se hallan diferencias significativas en cuanto a los factores socio-económicos ya que el 74.5% siempre tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos y asistir a la consulta; en este estudio a veces podían costearse los medicamentos y trasladarse al lugar de la consulta, sin embargo siempre contaban con los recursos para atender las necesidades básicas; la diferencia radica es en la capacidad de leer la información escrita, en el presente estudio nunca podían leer esta información debido a que no sabían leer, en cambio en la investigación de Ortega si estaban en capacidad de leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad y en ambos estudios contaban con apoyo familiar-social para cumplir su tratamiento. El 64,7% consideró que algunas veces o siempre se les dificultaba los “cambios en la dieta debido al costo de los alimentos recomendados”, lo mismo que ocurre en este estudio, indicando que este aspecto de la terapia no farmacológica los pacientes no la están cumpliendo. Lo anterior conlleva a que la enfermería realice mayor énfasis en la educación al paciente sobre dietas adecuadas de acuerdo a la particularidad del tratamiento, sus costumbres y alimentos propios de la región, que permitan su adquisición a menor costo (6).

En cuanto a la dimensión dos que habla sobre el factor proveedor, en el artículo hablan sobre que más del 80% de participantes manifestaron que siempre “recibían información y explicaciones por parte del médico y de la enfermera con palabras entendibles sobre resultados, beneficios y forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias”; se daban cuenta que el médico controlaba si estaban siguiendo el tratamiento por las preguntas que les hacían y en caso que fallaran en su tratamiento, éstos entenderían sus motivos. La única diferencia es que en el presente estudio el paciente refiere que nunca entenderían sus motivos si fallara al tratamiento. En el artículo el 93% anotó que siempre y algunas veces “las personas que los atendían respondían sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento” y el 63,2% opinó que siempre “el médico y ellos coincidían en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que estaban haciendo en sus hábitos”, en estos aspectos si concuerdan con esta investigación ya que el paciente refiere lo mismo.

Se observa que aunque este factor fue bien evaluado por el paciente, se requiere que el personal médico y de enfermería siga afianzando procesos comunicativos de doble vía, donde se tengan en cuenta las inquietudes, las motivaciones y las expectativas del paciente, y no sólo la simple orientación o información (6). Lo cual guarda coherencia con lo expresado por Bonilla (55), según la cual la comunicación de las expectativas del cliente en cuanto a su tratamiento mejora la adherencia y con lo planteado por la OMS (56), que una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Teniendo en cuenta lo anterior se deduce que si el sistema tiene buena capacidad para educar a los pacientes, proporcionar apoyo y seguimiento y fomentar la capacidad de autocuidado, existirán ventajas para lograr la adherencia.

En el factor relacionado con la terapia que se encuentra en la tercera dimensión, se observa que porcentajes mayores al 80% consideraron que nunca “las diversas ocupaciones que tenían dentro y fuera del hogar y las distancias para llegar al consultorio les dificultaban seguir el tratamiento o cumplir sus citas, por lo contrario el paciente de este estudio considera que siempre las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento y las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas. En el artículo refieren que ‘nunca’ tenían dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos y no suspendían el tratamiento cuando mejoraban los síntomas”, es este aspecto si coinciden con este estudio. Sin embargo, el 97.7% anotó que *nunca* o *a veces* habían “presentado dificultades para cumplir su tratamiento, en lo cual se diferencian ya que el paciente de este estudio siempre presenta dificultades para cumplir con su tratamiento. En cuanto a “costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar”, el 63.9% refiere que *a veces* o *siempre* son difíciles (6). Esto concuerda con el paciente ya que este cree que siempre es difícil cambiar estas costumbres lo que podría estar relacionado con las dificultades para cumplir con su tratamiento. Este resultado evidenció que estos aspectos no farmacológicos tienen influencia negativa en pacientes de este grupo, haciendo necesario concertar e involucrar activamente a estos pacientes en la planeación de las acciones a seguir en estos aspectos de la terapia (6).

En la cuarta dimensión que es todo lo relacionado con el paciente en el artículo hubo ítems valorados por más del 90% con siempre, indicador de que estos pacientes estaban convencidos de la importancia y los beneficios del tratamiento en su salud y se interesaban y se responsabilizaban por su cuidado (6). Todos estos ítems concuerdan con la presente investigación ya que el paciente refiere un compromiso con su salud y esto es un aspecto positivo para que el equipo de salud aproveche y fortalezca el autocuidado de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

El grupo de pacientes con riesgo medio a no adherencia en la dimensión I: Factores socioeconómicos; Los resultados arrojados por nuestra investigación

revelan que el 40% siempre tiene la disponibilidad económica, el 20% de los pacientes puede costearse siempre los medicamentos, el 40% considera que siempre cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de su consulta, un 40% considera que siempre se le dificultan los cambios en la dieta por el alto costo de los alimentos, 40% de los pacientes considera que siempre puede leer la información, el 100% considera que siempre cuenta con el apoyo de su familia para cumplir el tratamiento. Según lo manifestado por Ortega Factores socio-económicos; en este grupo, el 60% siempre “tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos 56,7%, asistir a la consulta 58,3% y el 68,3 podía leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad”. Los porcentajes restantes consideraron algunas veces y un porcentaje bastante mínimo que nunca la tenían. Por su parte, el 73,3% algunas veces “se le dificultaba los cambios en la dieta debido al costo de los alimentos recomendados” y el 48,3% siempre “contaba con apoyo familiar o de allegados para cumplir su tratamiento”. Sin embargo, el 48,3% algunas veces y el 3,3% nunca tenía apoyo (6). Se observan diferentes resultados puesto que Ortega evidenció en su muestra que los pacientes contaban con recursos económicos para la alimentación, transporte, medicamentos y en su mayoría podían leer la información, sin embargo no cuenta con el apoyo familiar una de las principales redes de apoyo, contrario sucede en nuestra muestra donde se evidencia que los pacientes no en un número mayor del 50% cuenta con la disponibilidad económica pero en su totalidad cuentan con el apoyo familiar, convirtiéndose en parte importante para acciones de autocuidado.

En la dimensión II: Factor relacionado con el proveedor. El 60% de nuestros pacientes consideran que siempre las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento, el 80% manifiesta que siempre recibe información sobre los beneficios de los medicamentos, el 100% considera que siempre recibe la orientación sobre la forma de ajustar los horarios, el 100% considera siempre le han explicado que resultados va a tener en su salud, el 80% siempre le dan explicaciones con palabras que entienda, el 80% en el caso en que fallará al tratamiento nunca su médico u enfermera lo entenderían, el 100% de los pacientes siempre se da cuenta que su médico controla su tratamiento por que le realiza preguntas sobre ello y el 100% le parece que el médico y el siempre coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento. Ortega en este factor evidencia que algunas veces “las personas que los atendían respondían sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento (58,3%); recibían información o explicación sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico (53,3%); forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias (61,7%); resultados del tratamiento en su salud (51,7%); explicaciones del médico y la enfermera con palabras que entendían (65%); en caso que fallaran en su tratamiento, éstos entenderían sus motivos (55%) y se daban cuenta que su médico controlaba si

estaban siguiendo el tratamiento por las preguntas que les hacían” (56,7%). El 41,7% consideró que algunas veces y el 30% que nunca coincidía con el médico en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que estaban haciendo en sus hábitos, requiriendo este grupo un mayor apoyo, seguimiento y orientación por parte del equipo de salud para aclarar sus dudas, inquietudes y expectativas (6). Comparando los grupos de muestras se refleja que hay una mayor comunicación por parte del personal de salud en nuestra muestra por lo que se debe seguir trabajando en ello para evitar que ese riesgo pase a una no adherencia, sin embargo se debe potencializar las conductas de autocuidado por que obtienen la información pero no es aplicada correctamente o valorar la razón de estas falencias, por su parte Ortega resalta la importancia de un mayor trabajo por parte del personal de salud quienes son los promovedores de acciones de autocuidado con su muestra.

Continuando con la dimensión III: Factor relacionado con la terapia. El 80% de los pacientes considera que nunca las diversas ocupaciones que tiene le dificultan seguir con el tratamiento, 60% considera que nunca se le dificulta el cumplimiento a sus citas por causa de las distancias, 20% considera que siempre tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, 80% considera que nunca suspende el tratamiento cuando mejoran sus síntomas, 40% manifiesta que algunas veces ha presentado dificultades anteriormente para cumplir su tratamiento y un 60% considera que siempre creen que hay costumbres difíciles de cambiar como alimentos y ejercicios. Por otra parte para Ortega el 68,3% de participantes, siempre “las diversas ocupaciones les dificultaban seguir el tratamiento o cumplir sus citas” (63,3%); el 58,3% “tenía dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos” y el 65% “cuando mejoraban sus síntomas, suspendían el tratamiento”. Por su parte, el 55% consideró que algunas veces y el 38,3% que siempre “había presentado anteriormente dificultades para cumplir su tratamiento”. Para el 60%, algunas veces y el 16,7% siempre “había costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar”, evidenciando falta de conocimientos tanto de la terapia farmacológica como de la no farmacológica (6). Las dos muestras revelan diferencias y esto puede estar relacionado a los conocimientos previos sobre la enfermedad y su tratamiento o por la edad.

Por último en la dimensión IV: Factor relacionado con el paciente. El 60% considera que siempre está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo, 100% manifiesta que siempre se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse, 100% considera que siempre es importante seguir su tratamiento para que mejore su salud y el 40% considera que siempre es responsable de seguir el cuidado de su salud. Ortega encontró que del 75% al 90% de los pacientes consideró “estar convencido de la importancia y beneficios del tratamiento, mostraba interés y sabía que era responsable de seguir el cuidado de su salud”, aunque para el rango entre el 8% y el 25% sólo algunas veces. Estos hallazgos evidencian que este grupo requiere

mayor apoyo, seguimiento e información por parte del equipo de salud, teniendo en cuenta las dudas, las necesidades y las expectativas de los pacientes (6). En cambio la muestra de los pacientes de unidad de cuidados intensivos siempre se interesa por saber sobre su condición de salud y seguir su tratamiento, sin embargo consideran en poca proporción que no son responsables de su salud y esto se debe a que son agentes de cuidado dependiente pero son conscientes de que deben cuidarse.

En el grupo de pacientes en situación de no adherencia a los tratamientos, en cuanto a la primer dimensión de factores socioeconómicos el artículo arroja que el 68.5% de los pacientes algunas veces o “nunca tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos o asistir a la consulta”, lo cual también “hacía que presentaran dificultades con los cambios en la dieta”. Iguales porcentajes algunas veces o nunca “podían leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad” y un 75% algunas veces y 25% nunca “contaba con apoyo familiar para cumplir su tratamiento” (6). Contrastado con la presente investigación el 67% de los pacientes refiere que a veces tienen la disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, esto está relacionado con la dificultad para costearse los medicamentos, trasladarse al lugar de la consulta y los cambios en la dieta. A diferencia del artículo el 100% de los pacientes nunca podían leer la información escrita sobre su enfermedad debido a que no saben leer. Otra discrepancia es que en este estudio el 67% siempre contaba con el apoyo de su familia para cumplir con el tratamiento.

En este sentido, Bonilla encontró como factores que intervienen en la falta de adherencia de los pacientes la incapacidad económica de conseguir los medicamentos por falta de dinero, adicionalmente la incapacidad de leer las recetas por el bajo nivel de escolaridad o alteración en la agudeza visual y no tener buenas redes de apoyo para la ejecución del tratamiento (55).

En la tercera dimensión, factor proveedor el artículo arroja que el 62.5% anotaron que algunas veces “las personas que los atendían respondían sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento”, el 50% “se daban cuenta de que su médico controlaba si estaban siguiendo el tratamiento por las preguntas que les hacían, así como si recibían información y explicación sobre los beneficios y resultados que iban a tener en su salud con el tratamiento (62,5%)”. El 75% algunas veces “recibía información sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias y el médico y la enfermera les daban explicaciones con palabras que entendieron”. Para el 50% nunca, seguido de 25% algunas veces, “en caso que fallaran en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos” (6). Comparado con este estudio el 67% de los pacientes refiere que a veces las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento en lo cual no denota mucha diferencia con el artículo anterior, con el mismo porcentaje siempre se dan

cuenta si su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace y reciben información sobre los beneficios de los medicamentos, el 67% refiere que nunca reciben la orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias, en este aspecto si se diferencia del artículo. Otra diferencia es que el 100% de los pacientes anotan que nunca los entenderían si fallara en su tratamiento, también que el 66.6% nunca o a veces les dan explicaciones con palabras que entiendan y nos le han expresado que resultados van a tener en su salud con el tratamiento que se les está dando. En cuanto a la esperanza de mejoría con el tratamiento el 67% de los pacientes refiere que siempre coinciden con el médico o personal de salud.

Lo anterior denota la necesidad de un mayor acompañamiento del equipo de salud, donde la enfermería juega un papel importante al brindar apoyo y educación como un sistema de intervención para el logro del autocuidado, como lo sugiere el sistema de apoyo educativo de Orem (40).

En la tercera dimensión relacionada con la terapia el 62.5% de los pacientes nunca “las diversas ocupaciones les dificulta seguir el tratamiento”, al 37.5% algunas veces. Por su parte, algunas veces “las distancias a los consultorios les dificultaba el cumplimiento de sus citas (50%)”, “tenían dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos (37.5%)”, “suspenden el tratamiento cuando mejoran sus síntomas y han presentado anteriormente dificultades para cumplir su tratamiento (62.5%)”. Esto último podría estar relacionado con que el 50% siempre y 37.5% algunas veces creen que “hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar”. En cambio en este estudio el 100% de los pacientes nunca las diversas ocupaciones les dificulta seguir el tratamiento, nunca las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas (67%), con el mismo porcentaje nunca tienen dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, a veces cuando mejoran sus síntomas suspenden el tratamiento (33%), siempre han presentado dificultades para el cumplimiento del tratamiento (33%) y siempre creen que hay costumbres difíciles de cambiar (67%). Cabe resaltar que la terapia farmacológica tiene más falencias en este grupo que la no farmacológica.

En la cuarta dimensión de este grupo de pacientes, el artículo denota que un mayor porcentaje de los participantes (62.5%) evidencia estar “convencido de que el tratamiento es beneficioso, por eso sigue tomándolo”, aunque el 37.5% lo está algunas veces. El 75% siempre “se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse y creen que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud”, pero el 25% algunas veces. Por su parte, el 50% “cree que es responsable de seguir el cuidado de su salud”, pero otro 50% sólo algunas veces (6). Diferenciado con esta investigación el 67% siempre está convencido del beneficio del tratamiento, sin embargo el 33% nunca lo está. Por otro lado el

66.6% de los pacientes refiere que nunca o algunas veces se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse, el 67% refiere que nunca que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud y con el mismo porcentaje nunca creen que son los responsables de seguir su autocuidado. Esto anterior deja claro la importancia de fortalecer las acciones del propio cuidado.

Se requiere que a este grupo de pacientes en situación de no adherencia la enfermería les ofrezca refuerzo conductual sobre el manejo de la alteración de su salud, su tratamiento y cuidados, que lleven a que ellos asuman un mayor compromiso y responsabilidad en el autocuidado de su salud y el cumplimiento de su tratamiento farmacológico y no farmacológico (6).

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La población con problemas cardiovasculares hallada es adulto mayor predominando el género masculino padeciendo con anterioridad enfermedades cardiovasculares crónicas como hipertensión, en un mayor porcentaje son viudos con un estrado socioeconómico 2, con un nivel de escolaridad de primaria incompleta y afiliados al régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud.

Los factores que influyen a la no adherencia en el área no farmacológica en su mayor porcentaje fue la poca disponibilidad económica por lo que no cuentan con los recursos para costearse los medicamentos, trasladarse al lugar de la consulta y realizar cambios de dieta por el alto costo de los alimentos. De igual manera los pacientes en su mayoría no saben leer la información sobre su enfermedad, sin embargo el 100% cuentan con apoyo familiar y el 50% considera que son responsables de su autocuidado y consideran que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo convirtiéndose en factores protectores para generar adherencia en el área no farmacológica. Por otra parte en la adherencia farmacológica se encontró que los factores que influyen en la no adherencia son la dificultad para cumplir con el tratamiento, las dudas que tienen acerca de cómo tomarse los medicamentos y el hecho de suspender el tratamiento cuando mejoran sus síntomas, en la adherencia farmacológica no se encontraron factores protectores.

Los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Villavicencio con riesgo cardiovascular se encuentra en un mayor porcentaje en peligro de no generar comportamientos de adherencia, en un porcentaje igual están los pacientes que no responden con comportamientos de adherencia y los que se encuentran en ventaja para generar comportamientos de adherencia.

Las recomendaciones que consideramos al realizar este estudio son que próximas investigaciones que requieran formularios auto-diligenciales no se realicen en unidad de cuidados intensivos por la complejidad que presentan los pacientes en su estado de salud, de igual manera que los instrumentos que se utilicen no sean auto-diligenciales y que se involucren los cuidadores o familiares en aplicación de estos ya que se evidenció mayor serenidad para responder las preguntas.

10.LIMITACIONES

Las características de los pacientes que se encuentran en cuidados intensivos en su mayoría se encuentran en estados de sedación por cuestiones propias de su enfermedad, por lo cual es la primera limitación y la más importante puesto que no podían responder o fallecían perdiendo la posibilidad de obtener una muestra mayor, secundario a esto se evidenció la incomodidad para responder por su entorno hospitalario y su respuesta negativa. Por otra parte el tratamiento farmacológico administrado y los antecedentes patológicos alteraban la objetividad de las respuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. OMS; 2010 [actualizado en septiembre de 2016; citado 20 de septiembre de 2016]. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Disponible en http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. OMS; 2015 [actualizado en septiembre de 2016; citado 20 de septiembre de 2016]. Enfermedades cardiovasculares. [1 pantalla]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
3. Population Reference Bureau. [Internet]. 2013 [actualizado en septiembre de 2016; citado 20 de septiembre de 2016]. Enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Los jóvenes son una clave para la prevención. [2 pantallas]. Disponible en <http://www.prb.org/pdf13/ncds-lac-datasheet-sp.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Estilo de Vida Saludable y Enfermedades No Transmisibles. [internet]. MSPD, OPS: Colombia, 2010 [citado 20 de septiembre de 2016]. [4 pantallas]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/inter-vencion-poblacional-ent-fr.PDF>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes. [Internet]. 2014 [citado 20 de septiembre de 2016]. [1 pantalla]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx>
6. Ortega SI, Vargas EO. Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular. Av.enferm. [Internet]. Colombia, 2012 [citado 2 de octubre de 2016]; XXXII (1): 25-32. Disponible en: <http://bibliotecasenlinea.unillanos.edu.co:2116/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=111323206&S=R&D=fua&EbscoContent=dGJyMNHr7ESeprA4zdnyOLCmr06eqLFSsK%2B4SLaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzpsEm1q7JMuePfgexy44Dt6fIA>
7. Secretaría de Salud del Meta. Análisis de la Situación de Salud [internet]. ASIS. 2014 [citado 20 de septiembre de 2016]. [1 pantalla]. Disponible en http://saludmeta.gov.co/apc-aa-files/37353762653134633337613535333031/asis_meta_07_07_2014.pdf

8. Ministerio de Salud y Protección Social. ASIS Colombia. [Internet]. 2015 [citado 20 de septiembre de 2016]. [2 pantallas]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>
9. Secretaria local de salud de Villavicencio. Plan de salud territorial.[internet] 2012. Disponible en https://www.villavicencio.gov.co/index.php?option=com_docman&Itemid=1024
10. Fontal PA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular del Hospital Divino Niño de Buga Valle. [Internet]. Valle del Cauca, 2014 [citado 20 de septiembre de 2016]. [1 pantalla]. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/47146/1/539561.2014.pdf>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Internet]. 2012 [citado 20 de septiembre de 2016]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Internet]. [Citado 20 de septiembre de 2016] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>
13. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020. [Internet].OMS; 2013 [actualizado en marzo de 2013; citado 20 de septiembre de 2016]. [1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
14. Universidad del Valle. Anuncian Guerra contra enfermedades crónicas. [Internet]. 2015. [citado 20 de septiembre de 2016]. [1 pantalla]. Disponible en: <http://uvsalud.univalle.edu.co/comunicandosalud/wp-content/uploads/2015/11/18.08.15-Enfermedades-cr%C3%B3nicas-.pdf>
15. Zambrano R, Duitama J, Posada J, Flórez J. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Redalyc. 2012; 30 (2): 165 -6.
16. Arias YG. La adherencia terapéutica. Revista cubana Med Gen Integr 2001; 17(5):502-5. [Internet]. [Citado 20 de septiembre de 2016]. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n5/mgi16501.pdf>

17. Fernández ML. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. [Internet]. [Citado 20 de septiembre de 2016]. Disponible en [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(III\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(III).pdf)
18. Ortega SI. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, montería, 2010. [Internet]. [Citado 20 de septiembre de 2016]. [3 pantallas]. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/8599/1/539502.2010.pdf>
19. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. [Internet]. OMS. [Citado 2 de octubre de 2016]. [1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/#
20. Ministerio de Salud Argentina. Enfermedades cardiovasculares. [Internet]. [Citado 2 de octubre de 2016]. [2 pantallas]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/ique-son-icuales-son?format=pdf>
21. Salinas E. Nava G. Adherencia terapéutica. Medigraphic. [Internet]. México, 2012 [citado 2 de octubre de 2016]; 11 (2): [102-4]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>
22. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento farmacológico. [Internet]. [Citado 2 de octubre de 2016]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=651195>
23. Centro de Referencia Estatal (CRE) de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca por Fundación Maria Wolff, el International Non Pharmacological Therapies Project . Mapa de terapias no farmacológicas. [Internet]. [Citado 2 de octubre de 2016]. [2 pantallas]. Disponible en: <http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/mapayguainiciacintnfalzparapr.pdf>
24. Hospital Universitario San Ignacio. Unidad de Cuidados Intensivos. [Internet] [Citado 2 de octubre de 2016] [1 pantalla]. Disponible: <http://www.husi.org.co/servicios-y-especialidades/servicios-asistenciales/cuidado-intensivo>
25. Herrera A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. av. enferm. [Internet]. Colombia, 2008.

[Citado 2 de octubre de 2016]; XXVI (1): [36-42]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a04.pdf>

26. Modelos Enfermeros. Teoría del déficit de autocuidado. [Blog]. 2013 [citado 2 de octubre de 2016]. [2 pantallas]. Disponible en: <http://modelosenfermeros2013.blogspot.com.co/2013/05/teoria-del-deficit-del-auto-cuidado.html>

27. Organización Mundial de Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. [Internet]. 2011 [citado 2 de octubre de 2016]. [10 pantallas]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_6-sp.pdf

28. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. OMS; 2004 [actualizado en septiembre de 2016; citado 22 de septiembre de 2016]. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [1 pantalla]. Disponible en http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

29. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. OMS; 2003 [actualizado en septiembre de 2016; citado 23 de septiembre de 2016]. Resoluciones WHA56.1 Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. [1 pantalla]. Disponible en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa56r1.pdf

30. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. OMS; 2010 [actualizado en septiembre de 2016; citado 24 de septiembre de 2016]. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. [1 pantalla]. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-sp.pdf

31. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles [Internet]. [Citado 24 de septiembre de 2016] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensionvida_saludable-condicionesno-transmisibles.pdf

32. Ministerio de Salud. Resolución número 412 de 2000. [Internet]. Colombia, 2000 [citado 24 de septiembre de 2016]. [Página 1-6]. Disponible en: <http://www.convergenciacoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>

33. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. [Internet]. Colombia, 2016 [Citado 24 de septiembre de 2016]. [2 pantallas]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

34. Ministerio de la Protección Social. Resolución Número 1403 de 2007. [Internet]. Colombia, 2007 [citado 25 de septiembre de 2016]. [Página 1-4]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%201403%20DE%202007.pdf
35. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2200 de 2005. [Internet]. Colombia, 2005 [citado 25 de septiembre de 2016]. [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16944>
36. Rodríguez M.Á, García E, Rodríguez A, Pérez E.M, Amariles P, Martínez F, et al. Influencia de las características Sociodemográficas y Clínicas En La Adherencia Al Tratamiento Farmacológico de Pacientes con Riesgo Cardiovascular. Pharm Care. [Internet]. España, 2012 [citado 2 de octubre de 2016]; 14(4): 138-145. Disponible en: <http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/80>
37. Hernández MA, Londoño NH. Factores Psicosociales, Cognitivos y de Personalidad asociados a la Adherencia al Tratamiento en Comunidades Terapéuticas. Psicología desde el Caribe. [Internet]. Colombia, 2012 [citado 2 de octubre de 2016]; 29(1): [47-63]. Disponible en: <http://bibliotecasenlinea.unillanos.edu.co:2116/contentserver.asp?t=p&p=an&k=82366433&s=r&d=fua&ebSCOcontent=dGJyMNHr7Esepra4zdnyolcmr06eqlbsr6y4sq6wxws&contentcustomer=dGJyMOzpsEm1q7Jmuepfgeyx44dt6fia>
38. Veliz L, Mendoza S, Barriga OA. Adherencia Terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de Atención Primaria en Chile. Rev Peru Med Exp Salud Pública. [Internet]. Colombia, 2015 [citado 2 de octubre de 2016]; 32(1): [51-7]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000100008&script=sci_arttext
39. Rojas LZ, Echeverría LE, Camargo FA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca. Enfermería global. [Internet]. España, 2014 [citado 2 de octubre de 2016]; ISSN 1695-6141 N° 36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000400001&script=sci_arttext&tlng=pt
40. Olivella MC, Bastidas CV, Castiblanco MA. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: Abordaje desde el modelo de Orem. Aquichan. [Internet]. Colombia, 2012 [citado 2 de octubre de 2016]; 12(1): [53-61]. Disponible en: <http://bibliotecasenlinea.unillanos.edu.co:2116/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=79556789&S=R&D=fua&EbSCOcontent=dGJyMNHr7Esepra4zdnyOLCmr06eqlFSsK24Sq6WxXWS&ContentCustomer=dGJyMOzpsEm1q7Jmuepfgeyx44Dt6fIA>

41. Bastidas CV, Olivella M, Bonilla CP. Asociación entre la capacidad funcional y los resultados de autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular. Av. Enferm. [Internet]. Colombia, 2012 [citado 2 de octubre de 2016]; XXX (1): [42-54]. Disponible en: <http://bibliotecasenlinea.unillanos.edu.co:2116/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=75913042&S=R&D=fua&EbscoContent=dGJyMNHr7ESeprA4zdnyOLCmr06eqLFSsa24SbGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzpsEm1q7JMuePfgex44Dt6fIA>
42. Bastidas CV, Olivella M, Bonilla CP. Significado del autocuidado en la persona que vive con enfermedad coronaria. Salud Uninorte. [Internet]. Colombia, 2015 [citado 2 de octubre de 2016]; 31 (1): 78-90. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-55522015000100010
43. Bonilla CP, Gutiérrez E. Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Av. Enferm. [Internet]. Colombia, 2014 [citado 2 de octubre de 2016]; XII (1): [53-62]. Disponible en: <http://bibliotecasenlinea.unillanos.edu.co:2116/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=111323209&S=R&D=fua&EbscoContent=dGJyMNHr7ESeprA4zdnyOLCmr06eqLFSsqm4TbWWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzpsEm1q7JMuePfgex44Dt6fIA>
44. Rodríguez M, Arredondo E. Validez y confiabilidad de una escala de valoración de comportamientos de autocuidado en personas con falla cardiaca. Aquichan. [Internet]. Colombia, 2012 [citado 2 de octubre de 2016]; 12(1): [22-31]. Disponible en: <http://bibliotecasenlinea.unillanos.edu.co:2116/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=79556786&S=R&D=fua&EbscoContent=dGJyMNHr7ESeprA4zdnyOLCmr06eqLFSsq64SbWWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzpsEm1q7JMuePfgex44Dt6fIA>
45. Martín L, Grau JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicología y Salud. [Internet]. México, 2004 [citado 2 de octubre de 2016]; 14(1): [89-99]. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869>
46. Zambrano R, Duitama JF, Posada JI, Flórez JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Redalyc. [Internet]. Colombia, 2012 [citado 2 de octubre de 2016]; 30(2): [163-4]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918005>

47. Torres A, Sierra A, Mora B, Durán E, Ibañez M. Influencia de los factores psicosociales sobre el estado clínico de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica manejados en una unidad multidisciplinaria. *Salud Bosque*. [Internet]. Colombia, 2011 [citado 2 de octubre de 2016]; 1 (1): [9-16]. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen1_numero1/influencia_factores_revista_salud_bosque_vol1_numero1.pdf
48. Veliz L, Mendoza S, Barriga O. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enferm. Univ.* [Internet] México, 2015 [citado 2 de octubre de 2016]; 12 (1): [3-11]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632015000100002&script=sci_abstract
49. Arredondo E, Rodríguez M, Higuera L. Dificultades con la adherencia al tratamiento no farmacológico de pacientes con falla cardiaca detectados a través de seguimiento telefónico. *Investig Enferm.* [Internet] Colombia, 2014 [citado 2 de octubre de 2016]; 16 (2): [133-47]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145232887009.pdf>
50. Orozco G, Castiblanco L. Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*. [Internet] Colombia, 2015 [citado 2 de octubre de 2016]; 24(1): [203-17]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v24n1/v24n1a13.pdf>
51. Herrera E, Céspedes V, Flórez M. La enfermería y el cuidado para la salud cardiovascular: análisis de concepto. *Av.enferm.* [internet] Colombia, 2014 [citado 2 de octubre de 2016]; XXXII (1): [147-53]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a15.pdf>
52. Marimón E, Orraca O, Casanova MC, Paredes R, Mendoza M. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. *Rev. Ciencias Médicas*. [Internet] Cuba, 2013 [citado 2 de octubre de 2016]; 17(2): [2-12]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v17n2/rpr02213.pdf>
53. Martínez JC. Factores asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia, 2008-2012. *Biomédica*. [Internet] Colombia, 2016 [citado 2 de octubre de 2016]; 36 (4). Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3069/3073>
54. Salcedo AB, Gómez AM. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial. *Av.enferm.* [Internet]. Colombia, 2014 [citado 18 de junio de 2017]; XXXII (1): 33-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a04.pdf>

55. Bonilla C. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2006.

56. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [documento en Internet]. 2004 [acceso: 04 may 2009]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de recolección de información.

INSTRUMENTO CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR QUE INGRESARON A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Código: _____

Objetivo:

Recolectar información que permita describir las características de los pacientes la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos

Instrucciones:

El instrumento tiene como propósito explorar variables sociales, demográficas, económicas y de salud, de los pacientes con enfermedad cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos

El instrumento se compone de datos sociales, demográficos, económicos y de salud del paciente que se encuentra hospitalizado en una UCI.

El instrumento está compuesto de 18 preguntas, unas para marcar con una X y otras abiertas, la aplicación tiene una duración aproximada de 30 minutos y se requiere previamente diligenciar el formulario del Consentimiento Informado. Los datos de las preguntas de la 13 a la 17 deben ser obtenidos de la Historia Clínica del paciente.

Caracterización del Paciente

1. Edad: _____

2. Género:

F M:

3. Estado Civil:

Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a Unión Libre

4. Número de hijos: _____

5. Lugar de Procedencia:

Municipio _____

Departamento: _____

6. Lugar de Residencia:

Barrio _____ Municipio _____

Departamento _____

7. La vivienda que habita es:

Propia Arriendo Familia Albergue No sabe / No responde _____

8. Estrato socioeconómico

1 2 3 4 5 6

9. Mayor nivel de estudios cursado

Sin estudios Primaria Incompleta Primaria Completa

Secundaria Incompleta Secundaria Completa Técnico

Universitario Incompleto Universitario Completo

10. Oficio u ocupación: _____

11. Afiliación a Régimen de Seguridad Social

Contributivo Subsidiado Vinculado Otro:

Cuál? _____

Nombre de la EPS: _____

12. Enuncie las enfermedad/es o alteración/es crónicas que ha padecido el paciente antes de ser hospitalizado

Enfermedad/es o alteración/es crónicas	Tiempo

13. Fecha de ingreso a UCI: _____

14. Reingreso: si no

15. Tiempo de Instancia en la UCI: _____ (Días)

16. Diagnósticos de ingreso a la UCI:

17. Servicio de Procedencia

Urgencias Hospitalización Consulta Externa Cuidados Intermedios
Cirugía Hogar Hogar Geriátrico De otra I.P.S. Otro
Cuál? _____

18. ¿tomaba los medicamentos prescritos antes de la hospitalización a UCI?:

Si no

Fecha de aplicación de la encuesta: _____

Versión junio 30 de 2012

Emilce Salamanca y Clara Rocío Galvis. Docentes Investigadoras

Modificación de la versión 18 mayo de 2016 por Doraly Muñoz

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS Y NO FARMACOLOGICOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIEGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

No _____ Fecha _____
Nombre: _____ Edad: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encuentra usted una serie de ítem 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 cambio en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones

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

Factores influyentes	Nunca	A veces	Siempre
I dimensión <i>Factores Socioeconómicos</i>			
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. Los cambios en la dieta se le dificulta debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
5. Puede leer la información escrita sobre el manejo de la enfermedad			
6. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
II dimensión <i>Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud</i>			
7. Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento			
8. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace			
9. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico			
Factores influyentes			
	Nunca	A veces	Siempre
10. Recibe la orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias			
11. En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos			
12. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden			
13. El médico y la enfermera le han explicado qué resultado va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando			
14. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos			
III dimensión <i>Factores relacionados con la terapia</i>			
15. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir al tratamiento			
16. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas			
17. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas			
18. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento			
19. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento			
20. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar			
IV dimensión <i>Factores relacionados con el paciente</i>			
21. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
22. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
23. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
24. Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud			

Anexo B. Consentimiento informado.

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS - FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Código _____

El propósito del consentimiento informado es que los participantes de esta investigación tengan una clara explicación de la naturaleza de esta investigación. Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación: Adherencia Terapéutica al Tratamiento a los Paciente que Presentaron evento cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de IPS de Villavicencio. Investigador principal: Doraly Muñoz Acuña, Co investigadores: María Teresa Olarte Castro y Emilce Salamanca Ramos docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la universidad de los Llanos.

Si usted _____ identificado con número de cédula _____ acepta participar en este estudio, el Estudiante Principiante de Investigación: _____ Código _____, de manera individual y reservada, le realizará una serie de preguntas sobre sus datos personales y factores que influyen en el comportamiento de la adherencia al tratamiento y recomendaciones médicas.

El propósito de este estudio es Analizar la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con evento cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de tres I.P.S, Villavicencio – Meta. Los resultados de este estudio ayudarán a generar acciones a las EPS al grupo de promoción y prevención de la salud y prevención de enfermedades no trasmisibles, a la ciudad y la universidad, en permitir racionalizar esfuerzos proponiendo estrategias para reforzar conductas positivas y correctivas para aquellos que se encuentren en riesgo.

La investigación cumple con lo establecido en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, con el Consentimiento Informado, que prevé la participación, libre, espontánea, autónoma y que las investigadoras y las EPSs abonarán de igual manera la confidencialidad de la información con miras a determinar los factores que afectan la adherencia al tratamiento de los pacientes con riesgo cardiovascular. En la ley 911 de 2004 lo aplicando en el capítulo I, artículo 2º, los principios éticos de Beneficencia, No-Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica – profesional de la enfermería en Colombia., El presente estudio no genera ninguna afectación o alteración a los pacientes que participan en la investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto cuando lo considere pertinente sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Su firma indica que usted ha decidido participar voluntariamente en este estudio habiendo escuchado o leído la información presentada en este documento.

Firma del Participante _____

Firma del Investigador: _____

Anexo C. Autorización del uso del instrumento por la autora.

Autorización por parte de la Autora

Ibagué, Mayo 4 de 2016

Enfermera

Doraly Muñoz Acuña

Docente Área Clínica de la Universidad de los Llanos.

Especialista en cuidado de Enfermería en Paciente Critico Adulto

Villavicencio (Meta)

Por medio de la presente y en razón a su solicitud para la utilización del instrumento "factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con problemas cardiovasculares" en su investigación "ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO A LOS PACIENTE QUE PRESENTARON PARO CARDIORRESPIRATORIO DE ORIGEN CARDIOVASCULAR QUE INGRESARON A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UNA IPS DE VILLAVICENCIO EN UN TRIMESTRE DE 2016"; le informo que consultadas las autoras del mismo se autoriza su uso teniendo en cuenta que se deben dar los créditos del mismo a las autoras y solicitamos se nos informe los resultados de su investigación.

Anexo instrumento versión 3

Documento para su interpretación.

Cordialmente,



CLAUDIA PATRICIA BONILLA IBÁÑEZ
Autora

Anexo D. Carta de solicitud de permiso para prueba piloto en Clínica Meta de Villavicencio.



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIONES – GRUPO DE INVESTIGACIÓN GESI



Villavicencio, 23 de septiembre de 2016

Señores
COMITÉ DE BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN
Clínica Meta de Villavicencio

Respectado Comité:

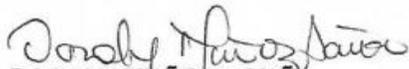
La Facultad de Ciencias de la Salud a través del Centro de Investigaciones aprobó el proyecto titulado: *Adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con evento cardiovascular que ingresaron a la Unidad de Cuidados intensivos de tres IPS Villavicencio - Meta*, dirigido por la Docente Doraly Muñoz Acuña y como Co investigadoras María Teresa Olarte y Emilce Salamanca Ramos, del Grupo de Investigación G.E.S.I. reconocido y clasificado por COLCIENCIAS. El objetivo de la investigación es: *Analizar los factores que influyen en la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes de origen cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de tres IPS de Villavicencio con el propósito de mejorar la salud y calidad de vida del paciente y su familia.*

Con el propósito de realizar la prueba piloto de un instrumentos que serán utilizados en la investigación en una IPS privada y pública de Villavicencio, le solicitamos muy comedidamente nos conceda la autorización para entrevistar en el transcurso una semana, a los pacientes que ingresaron a la unidad de Cuidados Intensivos por eventos cardiovasculares y se encuentren hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, previa autorización del paciente y/o familiar mediante la aplicación del Consentimiento Informado.

Para mayor ilustración, el instrumento que se utilizara cuenta con la autorización por escrito de su autor para su aplicación y nos permitirá identificar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de Enfermedad cardiovascular de estas IPS.

Aprovecho la oportunidad para expresar mis agradecimientos por la atención a esta solicitud.

Cordialmente,



DORALY MUÑOZ ACUÑA

Docente Investigadora – Facultad Ciencias de la Salud

E-mail: dmunozacuna@unillanos.edu.co grupogesis@unillanos.edu.co

Celular No. 3208493655

Anexo: Carta de aprobación del proyecto por el Centro de Investigaciones, y consentimiento informado propuesto.

 **INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**
NIT. 892.000.401-7

Gerencia General

D 23 / M 09 / A 2016.

2:43 pm Nataly

Anexo E. Carta solicitud de permiso Hospital Departamental de Villavicencio.



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIONES – GRUPO DE INVESTIGACIÓN GESI



Villavicencio, 23 de septiembre del 2016

Señores
COMITÉ DE BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN
Hospital Departamental de Villavicencio

Respectado Comité:

La Facultad de Ciencias de la Salud a través del Centro de Investigaciones aprobó el proyecto titulado: *Adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con evento cardiovascular que ingresaron a la Unidad de Cuidados intensivos de tres IPS Villavicencio - Meta*", dirigido por la Docente Doraly Muñoz Acuña y como Co investigadoras María Teresa Olarte y Emilce Salamanca Ramos, del Grupo de Investigación G.E.S.I. reconocido y clasificado por COLCIENCIAS. El objetivo de la investigación es: *Analizar los factores que influyen en la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes de origen cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de tres IPS de Villavicencio con el propósito de mejorar la salud y calidad de vida del paciente y su familia.*

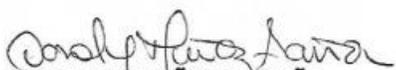
Por lo anterior, solicito amablemente nos conceda el permiso para acceder a la población, con el fin de aplicar el instrumento a los pacientes que ingresaron a la unidad de Cuidados Intensivos por eventos cardiovasculares.

El proyecto se desarrolla junto con las Estudiantes: Luz Andrea Deantonio Castillo código 130003335, Daniela Cuñate Prieto código 130003310, de sexto semestre del Programa de Enfermería, como su opción de grado. Esta investigación cumple con lo establecido en la Resolución No. 008430 de 1993, del Ministerio de Protección Social sobre la investigación con seres humanos en Colombia y garantiza a los participantes que no estarán expuestos a algún riesgo ni incurrirán en ningún gasto. Además, se aclara que la participación es voluntaria.

Para mayor ilustración, el instrumento que se utilizara cuenta con la autorización por escrito de su autor para su aplicación y nos permitirá identificar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de Enfermedad cardiovascular de estas IPS

Los resultados de esta investigación serán compartidos con el Comité de Investigación del de esta IPS, con el fin de ser utilizadas como insumo en los planes de mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Cordialmente;



DORALY MUÑOZ ACUÑA

Docente Investigadora – Facultad Ciencias de la Salud

E-mail: dmunozacuna@unillanos.edu.co grupogesis@unillanos.edu.co

Celular No. 3208493655

Anexo: Carta de aprobación del proyecto por el Centro de Investigaciones, y consentimiento informado propuesto.

Carlos Guerrero
86-058569
De concilio de
servicio