

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO
FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA
CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA DE
VILLAVICENCIO – META

Angie Tatiana Acosta Castro
Yulieth Acevedo Arango

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
VILLAVICENCIO-META
2016

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO
FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA
CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA DE
VILLAVICENCIO – META

Angie Tatiana Acosta Castro
Yulieth Acevedo Arango

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

Directora

María Teresa Olarte Castro, Esp. Epidemiología

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
VILLAVICENCIO-META
2016

DEDICATORIA

Un escalón más en la escalera de la vida, gracias a la Universidad de los Llanos por acogerme como una hija más, gracias a mi familia por brindarme el apoyo necesario para no desistir y avanzar en el día a día. Al amor de mi existencia por pegarme ese empujoncito que necesitaba cuando decía no aguanto más y a mis compañeros y colegas... Ser enfermera no es jugar a ser Dios.
Es el privilegio de ser un instrumento de Dios

Yulieth Acevedo Arango

Dedico este trabajo de grado a mis padres y a mi amor por ser el motor de mi vida, a mis hermanos y familia, que siempre me apoyaron incondicionalmente para alcanzar mi primer logro a nivel profesional; por brindarme su comprensión, cariño, colaboración y amor en cada momento; a la docente María Teresa Olarte Castro por cada una de sus enseñanzas y paciencia, para culminar este proyecto.

Angie Tatiana Acosta Castro

Nota de aceptación:

Firma de la directora de proyecto

Firma de la directora de proyecto

Firma de la asesora de proyecto

Firma del jurado

CONTENIDO

	pág
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA.....	11
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS DEL MACRO-PROYECTO.....	13
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN DEL EPI.....	14
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
5. MARCO REFERENCIAL.....	15
5.1 MARCO TEÓRICO	15
5.1.1 Enfermedades no transmisibles:	15
5.1.2 Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT):	15
5.1.3 Adherencia	15
5.1.4 No-adherencia:.....	15
5.1.5 Teoría General del Autocuidado.....	15
5.2 MARCO CONCEPTUAL.....	16
5.3 MARCO INVESTIGATIVO.....	18
5.4 MARCO LEGAL INVESTIGATIVO	24
6. MARCO METODOLÓGICO	25
6.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	25
6.2 TIPO DE ESTUDIO	25
6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	26
6.4 INSTRUMENTOS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN.....	26

6.5 PROCEDIMIENTO PARA PROCESAR, PRESENTAR Y ANALIZAR LA INFORMACIÓN	27
6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	27
6.6.1 Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia.....	27
6.6.2 Código de ética de enfermería	27
6.6.3 Directivas de la clínica.....	28
7. RESULTADO	29
8. DISCUSIÓN	32
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
9.1 CONCLUSIONES.....	34
9.2 RECOMENDACIONES.....	34
10. LIMITACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Autorización por parte de la autora.....	44
Anexo B. Instrumento caracterización de pacientes con enfermedad cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidados intensivo.....	45
Anexo C. Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.....	47
Anexo D. Solicitud del permiso para acceder a la población que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Cooperativa de Colombia de Villavicencio por eventos cardiovasculares... ..	49
Anexo E. Formato para la presentación de proyectos de investigación, desarrollo tecnológico e innovación.....	51

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudio según la edad, género, estado civil, estrato socioeconómico, nivel de estudio y seguridad social.....	30
Tabla 2. Análisis por dimensión del instrumento utilizado.....	31
Tabla 3. Situación de Adherencia, Riesgo de no adherencia y ventaja de Adherirse con el instrumento de Reales.....	32

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de la muerte a nivel mundial ya que provocan más defunciones que todas las demás causas juntas, y afectan más de las poblaciones de ingresos bajos y medios. Estas enfermedades han alcanzado proporciones de epidemia, podrían reducirse de forma significativa combatiendo los factores de riesgo y aplicando la detección precoz y los tratamientos oportunos, con lo que se salvarían millones de vidas y se evitarían sufrimientos indecibles (1).

A nivel mundial el 30% de todas las muertes registradas, 7.3 millones de estas se les atribuyen a cardiopatías coronarias y 6.2 a accidentes cerebrovasculares. El 42% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares (ECV) están relacionadas con la cardiopatía isquémica, un 34% con ECV, 7% con enfermedades hipertensiva y 2% con cardiopatía reumática (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Región de las Américas los países con ingresos altos, presentan un 31% de ECV en 1980, en comparación con 18% en el 2014, en cambio, los países de ingresos bajos tienen mayor prevalencia de tensión arterial elevada (2).

En Colombia la tasa de mortalidad por ENT se han incrementado durante el periodo 1998-2011, esto se debe al envejecimiento poblacional, pues las tasas de mortalidad ajustadas por edad muestran una tendencia hacia el descenso. Las ENT cada año representan una mayor proporcionalidad del total de las muertes. La tasa de mortalidad por ECV ocupa el primer lugar de personas mayores de 45 años. En Córdoba se presentaron las diferentes cifras, el 56.3% de las muertes se debieron a enfermedades cardiacas isquémica, 30.6% a ECV, 12.4% a enfermedad hipertensiva y 0.5% a enfermedad cardiaca reumática crónica. La tasa cruda de mortalidad anual promedio fue de 104.6 muertes por 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad ajustada por edad anual promedio de 106.2% (3).

En Villavicencio al revisar, se tiene en un primer lugar las enfermedades isquémicas del corazón, seguido de las ECV y las enfermedades hipertensivas las cuales comparadas con el 010 y el 2011 tiene una tendencia a la disminución, en el año 2005 se presentaban 30 muertes por cada 100.000 habitantes y en el año 2011 disminuyen las cifras presentándose 13 muertes por 100.000 habitantes. Las ENT se presentan más en personas mayores de 60 años.

En Villavicencio las causas son multifactoriales pero el sedentarismo y una dieta inapropiada, rica en sal, lípidos y carbohidratos, favorecen el desarrollo de enfermedades del sistema vascular, la intervención requiere de estrategias que involucren diferentes políticas públicas encaminadas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables (4).

Las ENT amenazan los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. En los entornos con pocos recursos, los costos de la atención para las ECV, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas (EPC) puede agotar rápidamente los recursos de las familias y abocarlas a la pobreza. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco o alimentos pocos saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud (5).

En muchos países, el uso nocivo de alcohol y el consumo de alimentos malsanos se dan tanto en los grupos de ingresos altos como en los de ingresos bajos. Sin embargo, los primeros pueden acceder servicios y productos que los protegen de los riesgos más importantes, mientras que los grupos de ingresos bajos no suelen poder permitirse esos productos y servicios. Una de las consecuencias de la ENT es la muerte de la población que la padece (5).

Múltiples estrategias se han presentado e implementado pero las ENT siguen siendo un problema real de la población y el tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas (6).

Se estima que, en general, un 20-25% de los pacientes no toma sus medicamentos como están prescritas, aunque las tasas de incumplimiento pueden variar mucho según la patología. En el contexto las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios (6).

Actualmente la adherencia tiene gran trascendencia por su importancia sobre todo en las enfermedades crónicas, su incumplimiento no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito y produce un aumento de la mortalidad y la morbilidad, sino también porque aumento los costos de inasistencia hospitalaria (7).

La epidemia de ENT eleva el sufrimiento y perjudica gravemente al desarrollo humano tanto en el ámbito social como en el ámbito económico. La epidemia sobrepasa ya la capacidad de los países de ingresos más bajos a enfrentarse a ella, razón por la cual las discapacidades están aumentando de manera

desproporcionada en los países (5). Esta situación no puede continuar. Existe una necesidad apremiante a intervenir. A menos que se emprendan acciones serias, las cargas de ENT alcanzarán niveles que superan la capacidad de todas las partes interesadas y el autocuidado de la persona para controlarlas y el progreso sea hallar las causas de la no adherencia al tratamiento farmacológico y así disminuir los riesgos de las mismas.

1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA

De acuerdo a lo anterior, la pregunta de investigación es ¿Cuál es la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedades cardiovasculares de la unidad de cuidado intensivo Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia de Villavicencio

2. JUSTIFICACIÓN

El proyecto de investigación “Adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con ECV que ingresan a la unidad de cuidados intensivos de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia de Villavicencio – Meta”, tiene como base teórica el déficit de autocuidado de Dorothea Orem, cuando la persona tiene el potencial de realizar sus propias acciones de autocuidado; en caso contrario, requiere de la enfermería para agenciarla en este caso sería identificar las fallas del tratamiento si se tiene las oportunidades de mejorar la salud porque se abandona o suspende la medicación (11).

Es de vital importancia debido a que las ENT son una problemática social de años atrás, y el mejoramiento de la sintomatología con tratamiento farmacológico no se están siendo el mejor, el objetivo del proyecto es identificar las principales causas de no adherencia terapéutica y complicaciones de las ENT. Siendo acorde a grandes metas para la región a nivel poblacional en los próximos diez años. Reducir la tasa de mortalidad (en un 20%) y de mortalidad prematura (en un 35%) por ECV, particularmente por enfermedad isquémica del corazón y ECV. Fomentar la inserción de la prevención y control de las ECV en las políticas de todos los sectores y niveles del gobierno. Entre las metas que se proponen para el 2020 es que la región incorpore la prevención y el control de las condiciones cardiovasculares prioritarias en los esquemas de protección social en salud (46).

La Universidad los Llanos forma profesionales competentes e investigadores, brindando conocimiento y herramientas a la población; en este caso, a los pacientes con ECV ofreciendo una educación sobre la importancia de tener un autocuidado enfatizada en el seguimiento correcto de órdenes médicas. Fue la primera academia que investigue sobre adherencia al tratamiento, debido a que en Villavicencio no se encuentra estudios de esta categoría.

Los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud del Programa de Enfermería tienen la función de ser educadores del paciente-familia en las acciones de autocuidado que se requieran, fomentando la participación activa de los actores para que puedan tener una adecuada adherencia al tratamiento que les permitirá mantener la vida y la salud en equilibrio. Con la realización del proyecto les brindara a los estudiantes como sujeto de formación de herramientas para generar planes de cuidado, adquiriendo habilidades para la identificación de necesidades y capacidades en cuanto al autocuidado del paciente con ECV y así fortalecer su proceso de investigación.

Se espera un gran éxito en la investigación de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, para así brindar campo en esta área de investigación y se profundice con el tiempo.

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, Villavicencio-Meta con el propósito de mejorar la salud y calidad de vida del paciente y su familia.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Caracterizar el grupo de estudio según las variables demográficas y socioculturales.

- Identificar los factores determinantes que afecta 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 EPI

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de un grupo de pacientes con patologías cardiovascular que ingresaron a la Unidad de Cuidado Intensivos Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia de Villavicencio-Meta con el fin de optimizar la salud y la calidad de vida del paciente y sus familiares.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 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 a estudio.
- Establecer los riesgos de los sujetos de estudio hacia la adherencia terapéutica de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- Dimensionar las dificultades que se presentan en el paciente, el prestador de servicios y talento humano frente a la adherencia al tratamiento.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO TEÓRICO

5.1.1 Enfermedades no transmisibles: son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatros tipos principales de ENT son, las ECV (como ataques cardiacos y ACV), cáncer, EPC (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma) y la diabetes.

Las ENT afectan ya desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi el 75% de las mujeres por ENT, 28 millones (5).

5.1.2 Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT): son conocidas también como enfermedades crónicas, que no se trasmite de persona a persona estas enfermedades son de larga duración cuya evolución es generalmente lenta (8).

5.1.3 Adherencia: comportamiento de las personas hacia las recomendaciones brindadas por el personal de la salud que incluyen la capacidad del paciente para asistir a las consultas programadas. Tomas los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados, complementar los análisis o pruebas solicitadas (9)

5.1.4 No-adherencia: falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o no; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos. A menudo de la decisión de si el paciente toma o no la medicación se basa en la evaluación de los siguientes factores; que tan alta es la prioridad de tomar la medicación, la percepción de gravedad de la enfermedad, la credibilidad de la eficacia de la medicación y aceptación personal de los cambios relacionados.

La mayor causa de la falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente. Sin embargo, requiere un abordaje multidimensional, que integre la perspectiva paciente-medico-sistema de salud. La frecuencia de la no-adherencia al tratamiento puede variar, inclusive un mismo individuo cumpla con el esquema de una medicación, pero no con otra o las otras. Además, el comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo, de la eficacia de la medicación, factores económicos, socioculturales, ambientales, etc.

5.1.5 Teoría General del Autocuidado (Dorothea Orem). Refiere "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno" (11).

Define tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

La teoría del déficit de autocuidado describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera (11).

Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico; compensa la incapacidad, brinda apoyo y protege al paciente, desarrolla algunas medidas de autocuidado; compensa las limitaciones de autocuidado, actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda y regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado del paciente (11).

Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un plan de acción apropiado (11).

5.2 MARCO CONCEPTUAL

Adherencia: “grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las relacionadas acordadas entre el profesional sanitario y el paciente” (6).

La adherencia al tratamiento: “es un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, un componente relacional en el que se encuentra implicado

el profesional de salud y uno comportamental propiamente dicho, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud” (12).

Adherencia terapéutica: “proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad” (13).

Enfermedad cardiovascular: “son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. En la cual se clasifican en hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita y miocardiopatías” (14).

Salud: “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (15).

Calidad de vida: “termino multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida “objetiva” y un alto grado de bienestar “subjetivo”, y también incluye satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adicción a la satisfacción individual de necesidades” (16).

Factores determinantes de la salud: “conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de la salud de los individuos y poblaciones” (17).

Factores que influyen en la adherencia: “características que afectan el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud. Podrían ser características socioeconómicas, las relacionadas con la enfermedad, con el tratamiento, con el paciente y el sistema de atención sanitaria” (18).

Adherencia al tratamiento farmacológico: “grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el profesional de la salud en cuanto a la toma de medicamentos” (19).

Adherencia al tratamiento no farmacológico: “grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el profesional de la salud en cuanto al cambio de estilos de vida (dejar el sedentarismo, dejar de beber o de fumar, entre otros” (20).

Paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: “persona con características o condiciones presentes en forma temprana que se asocian con la probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria o cardiovascular en un periodo determinado. Dichas condiciones son hipertensión, diabetes, tabaquismo, sedentarismo, dislipidemia y obesidad” (20).

Dorothea Orem refiere “el autocuidado como actividad aprendida por los individuos, orientados hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno” (11).

5.3 MARCO INVESTIGATIVO

El deterioro de la salud de la población y el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas es un problema mundial cuyas causas son multifactoriales y complejas. La sociedad de consumo en la que se vive no invita a llevar una vida saludable, y las consecuencias son más devastadoras si se tiene en cuenta las desigualdades sociales, el contexto económico y la explosión demográfica de las últimas décadas. La expansión de los malos hábitos nutricionales (la obesidad y la hipertensión) contribuyen cada vez más a un desarrollo epidémico de las enfermedades cardiovasculares. Los estudios publicados en los últimos años sobre las tasas de cumplimiento de los cambios en el estilo de vida por parte de los pacientes y de su adherencia a la medicación prescrita arrojan datos alarmantes. Más del 50% de los enfermos, como promedio, deciden abandonar el tratamiento que se les había prescrito, y los objetivos propuestos para mejorar sus hábitos (dejar de fumar, perder peso o realizar mayor actividad física) se cumplen en un porcentaje igual o menor. Más allá de las consecuencias que tiene para la salud individual, acarrea un enorme gasto económico, ya que se asocia a fracaso en la consecución de los objetivos terapéuticos y mayor tasa de hospitalizaciones y muerte. La mejora de la comunicación entre médicos y enfermos, se perfila como estrategia capaz de mejorar la adherencia al tratamiento y reducir los costos (21).

En Cuba en el municipio de Pinar del Rio año 2010 realizaron una investigación para estimar la prevalencia de los principales factores de riesgo y afecciones crónicas no transmisibles con una población de 2515 individuos, obteniéndose como resultado 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 % las prevalencias fueron elevadas independientemente del sexo, edad y zona geográfica (22).

En España realizo un estudio Palop L y Martínez M sobre la Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud de tipo cuantitativo con el objetivo de vigilar la adherencia en la población de tercera edad, basándose en que adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de los pacientes

ancianos y es un componente importante de la salud. Concluyéndose que en los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario. Aunque la edad no es factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, lo que caracteriza la utilización de medicamentos en el anciano si lo son; los datos disponibles sugieren que el aumento de médicos prescriptos, la poli medicación, la depresión y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en el anciano (23).

En Argentina se realizó un estudio considerando las muertes registradas según la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, como infartos agudo de miocardio, angina inestable y accidente cerebrovascular; con el objetivo de estimar la carga de la enfermedad cardiovascular, su aporte a los principales factores de riesgos modificables y los costos médicos directos por hospitalización, asociados con las enfermedades coronarias y los accidentes cerebrovasculares. En su metodología usaron un modelo analítico a partir de los datos de mortalidad en Argentina en 2005 y la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, sobrepeso, obesidad, hiperglucemia, tabaquismo actual y pasado, sedentarismo y consumo inadecuado de frutas y verduras). Se estimaron la carga de la enfermedad —años potenciales de vida perdidos (APVP) y años de vida saludable (AVISA) perdidos— y los costos de hospitalización por las ECV analizadas. Se cuantificó que en el 2005 se perdieron en Argentina más de 600.000 AVISA y se contabilizaron casi 400.000 APVP por enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares; 71,1% de los AVISA perdidos, 73,9% de APVP y 76,0% de los costos asociados son atribuibles a factores de riesgo modificables. La hipertensión arterial fue el factor de riesgo de mayor impacto, tanto en hombres como en mujeres: 37,3% del costo total, 37,5% de los APVP y 36,6% de los AVISA perdidos. En el estudio se concluyó que la mayor parte de la carga de la enfermedad en Argentina por enfermedades cardiovasculares está relacionada con factores de riesgo modificables y podría reducirse mediante intervenciones poblacionales y clínicas basadas en un enfoque de riesgo, que ya han demostrado ser efectivas en función del costo, accesibles y factibles en países como Argentina (24).

En Perú Carhuallanqui R, Diestra G, Tang J y Malaga G realizaron un estudio de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general basándose en que la falta de adherencia es un hecho recurrente y un problema global, que impide que la morbi-mortalidad asociada a enfermedades crónicas pueda ser evitada. Este fue un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó 103 pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia utilizando un Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se determinó del nivel de presión arterial. Como resultado se obtuvo que el 69.9% eran mujeres, 77.7% tenían un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El

52.4% tenían educación primaria, 68% eran casados, 62.1% tenían su presión arterial controlada. Se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37.9% (25).

En un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná investigaron sobre la implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento con el objetivo de determinar la variación de la tensión arterial, comparar el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad y el nivel de adherencia al tratamiento al iniciar y al finalizar el programa. Su muestra fueron 79 pacientes hipertensos, de 24 a 89 años, que asistieron en el mes de junio de 2009 al centro de atención primaria de Paraná (Argentina). Se encontró que la prevalencia de tabaquismo fue del 20%, diabetes 23%, síndrome metabólico 59%, dislipidemia 56%, y antecedentes familiares de ECV 86%. El 62% presentó 3 o más factores de riesgo, además de hipertensión arterial. Al inicio del programa, sólo el 39% estaba controlado adecuadamente. El 81% presentó riesgo cardiovascular alto o muy alto. El 81,25% recibía tratamiento antihipertensivo combinado y el 65,82% tratamiento combinado con aspirina. Conclusiones: el programa de intervención era eficaz al lograr las metas del tratamiento en 64 pacientes (81%) y al incrementar significativamente los niveles de adherencia al tratamiento y de conocimiento de la enfermedad. Se destaca la influencia desfavorable del factor socioeconómico no satisfactorio en el control de la enfermedad (26).

La OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. Un estudio sobre diabetes y enfermedad cardíaca, los pacientes con falta de adherencia tenían tasas de mortalidad significativamente más altas que los pacientes cumplidores (12,1% vs 6,7%), y en otro estudio en pacientes con diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia e insuficiencia cardíaca, encontraron que para todas estas patologías las tasas de hospitalización eran significativamente más altas en pacientes con baja adherencia (13% vs 30% para diabéticos; 19% vs 28% en hipertensión) (6).

En el 2012 la Clínica de Falla Cardíaca y Trasplante Cardíaco de la Fundación Cardiovascular de Colombia, se tomó una muestra de 161 pacientes adultos con diagnóstico médico de falla cardíaca y se evaluó la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y el cumplimiento en los pacientes con falla cardíaca. El 80% de los pacientes se encuentra frecuentemente adheridos al tratamiento farmacológico y no farmacológico, el cumplimiento al tratamiento farmacológico fue de 53.42% con el test de Morisky-Green (27).

En Cali se realizó una investigación de estudio cuasi-experimental con una muestra de 44 pacientes sin otra enfermedad crónica y/o de trastorno psiquiátrico

diagnosticado, que tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial. Los niveles de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) fueron medidos pre-post intervención por el personal de salud. Se encontró una disminución estadísticamente significativa en la PAS, la PAD no presentó cambios, pero se mantuvo en niveles controlados. El 86,6% terminó en nivel alto de adherencia y el 11,4% finalizó en nivel medio (28).

La Universidad Javeriana realizó un estudio en Cali con el objetivo de describir las dificultades detectadas en el seguimiento telefónico para la práctica de comportamientos de autocuidado relacionadas con la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con falla cardíaca. Todos los pacientes tenían dificultades en la práctica de algunas actividades de autocuidado relacionadas con la adherencia al tratamiento no farmacológico, el 83,9% de ellos para 5 y más actividades. Las conductas que tenían más dificultades fueron: 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%). Con 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 fallas cardíacas (29).

En la ciudad de Medellín se realizó un estudio con el fin de identificar la percepción de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo cardiovascular. 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" en una muestra de 265 personas adultas. Se tuvieron en cuenta los factores socioeconómicos, relacionados con el proveedor, relacionados con la terapia y relacionados con el paciente. En relación a la percepción de la adherencia se encontró que la dimensión de análisis con una puntuación más baja es la de factores socioeconómicos, también que la escolaridad es el factor que más modifica la percepción de adherencia (30).

En Cartagena se realizó una investigación descriptivo metodológico para hallar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de 262 pacientes con factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares de la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena, el instrumento utilizado fue el de Bonilla y De Reales el 92% de la muestra se encuentra en la categoría sin riesgo de no adherencia, es decir, que se adhiere al tratamiento farmacológica y no farmacológica. Esto demuestra que las estrategias para llegar a la paciente y comprometerse con su propio cuidado han sido eficaces para ayudar a mejorar significativamente las tasas de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (7).

La Universidad del Bosque realiza una revisión de literaturas publicadas desde octubre de 2011 hasta febrero de 2012 sin restricción de idiomas en la base de datos de Cochrane, Internacional Pharmaceutical Abstracts (IPA), PsychInfo, MEDLINE, EMBASE, Hinari, y las páginas de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Donde se obtuvo como resultado que los problemas como el sedentarismo, tabaquismo, cambios de estilo de vida y dieta traen consigo la presencia de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial y afecciones cardiovasculares que generan gran preocupación a las organizaciones de salud internacionales. Más de la mitad de las personas con hipertensión arterial en el mundo no tienen un tratamiento efectivo. Las principales causas de incumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos son: características de la enfermedad y de los pacientes; desconocimiento de la definición, secuelas y necesidades terapéuticas de la hipertensión; ausencia de síntomas; características del tratamiento; efectos adversos de la medicación; cronicidad del tratamiento, coste y complejidad de las pautas terapéuticas. Entre las intervenciones que los estudios analizados plantean como estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo se encuentran: simplificación del régimen farmacológico, información y educación del paciente, atención intensificada del paciente como recordatorio e intervenciones conductuales. Se destaca una mayor intervención centrada en el paciente con énfasis en la perspectiva y toma de decisiones compartidas con este (31).

En el Hospital de Tunjuelito se realizó una investigación para determinar la relación existente entre la Agencia de autocuidado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico con 201 pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular del programa de crónicos. Se empleó la escala Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) y el Cuestionario para evaluar el comportamiento de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico derivado de la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification). El 62,6 % de las personas con factores de riesgo cardiovascular tuvo regular Capacidad de agencia de autocuidado y el 77 % de los participantes presentó una buena adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. La agencia de autocuidado es un proceso de participación dinámico y tácito del individuo que le permite discernir, tomar decisiones y realizar acciones de autocuidado para el mantenimiento y mejora de su salud, entre ellas, la adherencia a los tratamientos (32).

En Sincelejo describieron a través de un descriptivo-cuantitativo de corte trasversal, los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes hipertensos la muestra estuvo conformada por 276 pacientes. Resultado: promedio de edad fue de 61.5 años, 98 % de los participantes se encuentran sin riesgo de no adherencia. Como factores relevantes se encontró que el 95% manifestó contar con apoyo familiar para cumplir el tratamiento, el 98% de los participantes siempre han tenido conocimiento respecto a las citas de control y expresaron que el tratamiento ha sido beneficioso. Un 52% manifestó que padecer de hipertensión arterial le genera

preocupación y angustia por los cambios que tienen que hacer en su vida diaria. Los resultados reflejaron un grupo comprometido con el cuidado de su salud y un sistema de atención que promueve en los pacientes comportamientos positivos que favorecen la adherencia terapéutica. Sin embargo, se hace necesario fortalecer en el 52% de los participantes, las estrategias de afrontamiento de la enfermedad que permita un mejor control de los estados de angustia identificados (33).

En una Institución Prestadora de Salud de Montería, Colombia a través de un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo se determinó el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular inscritos en el programa de promoción de la salud y prevención de la ECV. 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 204 pacientes con factores de riesgo de ECV, diseñado por Bonilla y Gutiérrez. 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. Los tres grupos de situación de adherencia identificados varían estadísticamente con relación a las cuatro dimensiones estudiadas, siendo la Dimensión II relacionada con el proveedor la que aportó mayor diferencia. 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 (34).

En un estudio analítico-trasversal sobre las Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, participaron 163 pacientes con tratamiento farmacológico. En donde el 69,90% (114) eran mujeres y el resto eran hombres, dentro de un rango de edad de 18 a 65 años. Este se llevó a cabo a través de un formato de entrevista estructurada con base a las preguntas del Cuestionario de Creencias de Hipertensión Arterial de Granados Gámez (CCH-01). Los resultados indican una fuerte asociación entre creencias y adherencia, la ruptura de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos no se incluye la presencia de creencias en forma de síntomas asociados a la tensión arterial, y la necesidad de incorporar su evaluación a los protocolos de control de la adherencia en esta enfermedad crónica (35).

Claudia Patricia Bonilla diseñó un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Se creó este instrumento y se sometió al concepto de nueve enfermeras expertas, seleccionadas por su experiencia en el área de cuidado a este tipo de pacientes, por su nivel académico y su interés en la investigación. Se utilizó el método de Fehring para establecer validez de contenido

que se ha utilizado en enfermería por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y por el proyecto de la Universidad de Iowa para validar resultados e intervenciones en la taxonomía. Los resultados de validez según los expertos y los de validez general mostraron un índice de validez de contenido de 0.91 (36).

5.4 MARCO LEGAL INVESTIGATIVO

La política nacional colombiana de seguridad alimentaria y nutricional que incluye la promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida saludable (36).

LEY 1355 DE 2009 define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención (37).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que en la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles incluye los componentes de modos, condiciones y estilos de vida saludables y las condiciones crónicas prevalentes. (38).

Ley 1122 de 2007 estableció la necesidad de contar con un perfil epidemiológico para establecer de los factores protectores, de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública (39).

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Villavicencio está constituida por una población mestiza con un lazo de identidad de cultura llanera, expresa variedades étnicas, religiosas, de tradiciones, costumbres y diversas formas de vida de la población; entre estas son la mamona, el joropo, la danza, las leyendas, el mito, el renovado y popularizado uso del poncho, viven luchando para que no desaparezca ante el empuje de la vida urbana y moderna. La gastronomía de los Llanos Orientales los platos típicos son populares y a su vez representativos como son la carne a la llanera acompañada de yuca, papa y plátano, los alimentos como el pan de arroz, pan de yuca, sancocho trifásico, sopa de picado, y en cuanto de las bebidas está el guarulo, masato, limonada con panela y el café cerrero; además de los licores típico el aguardiente y el ron (49).

La Universidad Cooperativa abrió sus puertas en Villavicencio en el mes de marzo de 1995, gracias a un convenio con la gobernación. Hacia finales del año 2008 la Universidad Cooperativa de Colombia compra la Clínica del Seguro Social en Villavicencio, constituyendo la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia, constituyéndose de esta manera en una de las más influyentes Universidades de la Región Una Universidad, todo un país actualmente el nuevo portafolio de servicios, se encuentra la Unidad de Hemodinámica, UCI y hospitalización coronaria, en la que se realizarán procedimientos de cardiología diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación, Unidad que será soportada para el Centro Hospitalario de Cuidado Crítico del Llano. Facilita la formación del recurso humano en salud de los diferentes programas que se desarrollan en convenio docencia servicio con las entidades de educación superior Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad de los Llanos y Universidad de Boyacá (41).

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo debido a que se analizaron las principales causas de adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad cardiovascular de la unidad de cuidados intensivos de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia de Villavicencio – Meta y transversal porque se midió la prevalencia de adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad cardiovascular durante 3 meses. Tiene un enfoque cuantitativo porque se

recogieron los datos y dio explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población fueron los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia por presentar enfermedad cardiovascular durante el año 2016.

La muestra fueron 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, y quien quiera hacer partícipe de la investigación deberá firmar un consentimiento informado. También se tuvo en cuenta los criterios de exclusión tales como: pacientes que presentaron paro cardiorrespiratorio de tipo no cardíaco y de origen traumático. Pacientes que sin acceso telefónico. Que no estuvieran en un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de su IPS.

6.4 INSTRUMENTOS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Para el proyecto se tomaron datos sociodemográficos (anexo A), se aplicó una encuesta donde se indagaron las características sociales, económicas de los pacientes (ver anexo B). Para la medición de la adherencia terapéutica en la investigación se utilizó 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 donde 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 0,60.

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

Se realizó prueba piloto en la IPS Clínica Meta de la ciudad de Villavicencio y se comprobó que el instrumento a utilizar y el consentimiento informado no tenía variables a modificar, pero si por homogenizar los conceptos para los entrevistadores.

6.5 PROCEDIMIENTO PARA PROCESAR, PRESENTAR Y ANALIZAR LA INFORMACIÓN

La información se obtuvo aplicando el instrumento, se evaluaron los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, autorizado por su autora por Claudia Patricia Bonilla Ibáñez (anexo C), en la cual se identificaron a los pacientes de la Clínica Cooperativa de la ciudad de Villavicencio según los criterios de inclusión de la investigación, durante un periodo de tres meses. Se realizó la revisión de las historias clínicas para saber los antecedentes de los pacientes, se identificó su número telefónico y se estableció la comunicación con ellos y aplicar el instrumento. Esta información se digito en Excel y luego se llevó a la SPSS[®] (Statistical Product and Service Solutions) versión 20.

6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la legislación colombiana Artículo 11 de la Resolución 8430 del ministerio de Salud, esta es una investigación de bajo riesgo pues no se realizarán intervenciones terapéuticas, farmacológicas o psicológicas en usted o su familia.

6.6.1 Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia:

ARTICULO 8. Se protegerá la privacidad del individuo.

ARTICULO 22. En cualquier investigación comunitaria, se deben tener en cuenta las consideraciones éticas aplicables a investigación en humanos (principios éticos: el respeto a la persona, beneficencia y justicia).

PARAGRAFO PRIMERO. Cuando el riesgo sea mínimo la intervención o procedimiento deberá tener alta probabilidad de obtener resultados positivos o conocimientos generalizables sobre la condición o enfermedad sean de gran importancia para comprender el trastorno o para lograr su mejoría en otros sujetos (42).

6.6.2 Código de ética de enfermería: Ley 911 De 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la

profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones (43).

6.6.3 Directivas de la clínica. El enfoque principal es permite que la vida sea la organización en el medio externo, la construcción participativa de una visión compartida y la acción concertada en un ambiente activo de aprendizaje institucional.

Los principios se van concretando en las acciones a partir de unos valores que son los que los hacen visibles. La Universidad Cooperativa de Colombia, en su propósito de contribuir especialmente con la formación de profesionales con criterios políticos, es decir, ciudadanos que piensen y actúen de manera autónoma sobre los asuntos públicos en procura del bienestar colectivo, se orienta por los siguientes valores:

La Solidaridad, eje de los valores institucionales como fundamento de la formación de personas con responsabilidad social a partir del trabajo colectivo y la interdisciplinabilidad.

La Equidad, manifestada en primera instancia en el ofrecimiento de sus servicios sin distinciones de raza, credo o procedencia social como un aporte a la construcción de la democracia (44).

7. RESULTADO

La población participante fueron los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia que presentaron enfermedad cardiovascular durante el año 2016 que estaban 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, y quien participo en la investigación firmo el consentimiento informado, para un total de 18 participantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudio según la edad, género, estado civil, estrato socioeconómico, nivel de estudio y seguridad social.

Variables		Porcentajes %
Edad	Media	58 Años
	Mediana	63 Años
Genero	Masculino	50
	Femenino	50
Estado civil	Soltero	11.1
	Casado	27.7
	Viudo	16.6
	Separado	5.5
	Unión libre	38.8
Estrato socioeconómico	1	44.4
	2	16.6
	3	16.6
	No sabe/ no responde	22.4
Nivel de estudio	Sin estudios	11.11
	Primaria incompleta	38.8
	Primaria completa	27.7
	Secundaria incompleta	11.11
	Secundaria completa	11.11
Afiliación a régimen de seguridad social	Subsidiado	77.7
	Contributivo	22.2

Fuente: base de datos de los autores

Tabla 2. Análisis por dimensión del instrumento utilizado.

DIMENSION	FACTORES	NUNCA		A	SIEMPRE		
				VECES			
I DIMENSIÓN	Factores socioeconómicos: Cuenta con el apoyo familiar.	3	16.6%	2	11.1%	13	72.2%
	Factores relacionados con proveedor: Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes	0		3	16.6%	15	83.3%
II DIMENSIÓN	Factores influyentes: Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios	1	5.5%	4	22.2%	13	72.2%
	Factores influyentes con la terapia. La diversas ocupaciones dentro y fuera del hogar le dificulta seguir con su tratamiento	16	88.8%	1	5.5%	1	5.5%
III DIMENSIÓN	Cuando mejorar sus síntomas, usted suspende el tratamiento	14	77.7%	3	16.6%	1	5.5%
	Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar	4	22.2%	3	16.6%	11	61.1%
	Factores relacionados con el paciente:	0		0		18	100%
IV DIMENSIÓN	Cree que es importante seguir su tratamiento y que usted es el responsable para mejorar su salud.						
	Está convencido que el tratamiento es beneficioso	0		1	5.5%	17	94.5%
	Se interesa por conocer su condición de salud y la forma de cuidarse.	0		4	22.2%	14	77.7%

Fuente: base de datos de los autores

Tabla 3. Situación de Adherencia, riesgo de no adherencia y ventaja de adherirse con el instrumento de Reales

VARIABLE	N	PORCENTAJE
Situación de no adherencia	3	16,7%
Situación de riesgo a no adherirse	5	27,8%
Situación de ventaja para adherirse	10	55,5%
Total	18	100%

Fuente: base de datos de los autores

8. DISCUSIÓN

La hipertensión arterial fue el factor de riesgo de mayor impacto, tanto en hombres como en mujeres (24), en los resultados obtenidos en la UCI Clínica Cooperativa de Colombia en Villavicencio se encontró que en un 80 % su patología de base era hipertensión de hace aproximadamente 15 años o más.

Se observa que en la investigación los cambios de estilo de vida no son muy distintivos el 61% de los pacientes de la UCI Clínica Cooperativa de Colombia en Villavicencio manifiestan la dificultad en el cumplimiento de cambio de dieta y realización de ejercicios (Ver tabla 2) en relación al estudio realizado en una empresa social del Estado (ESE) de baja complejidad en Montería, también se presentan en los pacientes dificultades para poder cambiar costumbres sobre la alimentación y el ejercicio (47).

En España se realizó un estudio en el que se concluía que en los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario (23), en Villavicencio no es muy diferente ya que la mayoría de pacientes que participaron son mayores de 58 años y aunque saben que los únicos responsables de su mejoría son ellos cuando suspenden el medicamento o no cumplen ordenes medicas se ve afectada directamente su salud (ver tabla 2).

En Perú se realizó un estudio donde se evidencio que el 69,9% eran mujeres, el 52,4% tenían educación primaria y el 68% eran casados (25). En comparación con el estudio realizado en la UCC en Villavicencio se evidencio una igualdad en el género (50% - 50%), nivel de estudio primaria incompleta 38.8% y en el estado civil predomina la unión libre (38.8%) recalcando que el 66.5% tienen pareja.

La OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios (6). En la UCC de Villavicencio no se valoró costes sanitarios, pero los pacientes tenían una moda de hospitalización de 15 días en UCI.

En la ciudad de Medellín se realizó un estudio con el fin de identificar la percepción de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo cardiovascular. Con respecto a la percepción de la adherencia se encontró que la dimensión de análisis con una puntuación más baja es la de factores socioeconómicos, también que la escolaridad es el factor que más modifica la percepción de adherencia (29). La población de la UCC Villavicencio la mayoría de la población tenían secundaria incompleta, podría

decirse que el nivel de cumplimiento farmacológico es directamente proporcional al conocimiento que posean académicamente (Ver tabla 1).

En Sincelejo los resultados reflejaron un grupo comprometido con el cuidado de su salud y un sistema de atención que promueve en los pacientes comportamientos positivos que favorecen la adherencia terapéutica. Sin embargo, se hace necesario fortalecer en el 52% de los participantes, las estrategias de afrontamiento de la enfermedad que permita un mejor control de los estados de angustia identificados (33). Aunque en el proyecto de adherencia no se intervino las estrategias de afrontamiento si, como el entorno era apoyo para el paciente en el tratamiento a la enfermedad el 77% de los participantes eran solteros y solo el 15% casados que tenían un apoyo permanente en casa.

En Cartagena se realizó una investigación, en donde se utilizó el mismo instrumento realizado por Bonilla y De Reales, se encontró que el 92% de la muestra se encuentra en la categoría sin riesgo de no adherencia, es decir, que se adhiere al tratamiento farmacológico y no farmacológico (7). En La UCC de Villavicencio la situación de no adherencia fue representada por el 60% (por <29 puntos) según el instrumento utilizado, de 60%-79% (29-37 puntos) de adherencia pertenecen el 27.8% de los pacientes entrevistados considerándose en situación de riesgo a no adherirse y más de la mitad de los participantes presentan situación de ventaja para adherirse representada por 80%-100% (38-48 puntos) según el instrumento (Ver tabla 3).

Los datos estadísticos del proyecto no son muy diferentes a los que arrojan investigaciones de países tercermundistas que se consideran desarrollados. El problema de la enfermedad cardiovascular es mundial. Y se está fallando en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 CONCLUSIONES

Los resultados en esta investigación apuntan a la presencia de factores socioeconómicos que influyen positivamente la adherencia al tratamiento, así mismo a la importancia de contar con algún familiar o amigo allegado, ya que con ellos cuenta con un apoyo socioeconómico para cubrir los gastos que requieren para el tratamiento, lo cual está relacionado con las características de los participantes.

Más del 50% de la población a estudio se encontró en una situación de ventaja para adherirse, lo que simboliza un buen pronóstico del comportamiento de la adherencia en este grupo poblacional y que podría verse manifestado en la disminución de las complicaciones cardiovasculares a corto y largo plazo. Hay que tener en cuenta que aún sigue habiendo dificultades para los cambios de hábitos alimenticios y a la implementación del ejercicio; en donde se deben de enfatizar el cuidado a la persona conociendo la problemática de cada individuo según desde su perspectiva más individualizada y basándose en el cuidado holístico.

Los pacientes con enfermedades cardiovasculares tienen adherencia al tratamiento farmacológico ya que cuentan con factores influyentes como es recibir la orientación adecuada sobre la forma de ajustar los horarios y que las diversas ocupaciones dentro y fuera del hogar no son un impedimento para seguir con su tratamiento; pero en cuanto al tratamiento no farmacológico presentan dificultades debido a su percepción del alto costo de los alimentos, a la dificultad para el cambio de la dieta e inicio de la actividad física como hábito.

Todos los participantes se consideran responsables de su mejoría y creen que el tratamiento que reciben es beneficioso por eso siguen con su tratamiento.

9.2 RECOMENDACIONES

Los criterios de inclusión sean más flexibles o amplios para la participación de los pacientes.

La realización de la investigación incluya a los pacientes de toda la clínica no solo de un servicio para tener mayor participación y número de muestra.

Ampliar la búsqueda sobre el entorno y por qué no se da la mejora de esos hábitos alimenticios, a que le otorgan esa dificultad en el cumplimiento de tratamiento no farmacológico.

10.LIMITACIONES

La limitación a la que estuvimos enfrentados fue el delicado estado de salud de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos y la dificultad de realizarles la encuesta por su condición de fragilidad.

A veces fue dificulto el ingreso a la unidad de cuidados intensivos debido a la complejidad que se maneja en el servicio, el hallazgo de pacientes que cumplieran con todos los requisitos de inclusión estuvo limitado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Genova: WHO, 2011. [Internet]. 2011 [Consultado 03 octubre 2016] Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [Internet]. 2015. [Consultado 26 septiembre 2016] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
3. Observatorio Nacional de salud. Boletín No 1 [Internet]. Diciembre 9 de 2013. [Consultado 26 septiembre 2016] Disponible en: www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin%201/boletin_web_ONS/boletin1.html
4. Secretaría Local de Salud. Análisis de Situación de Salud del Municipio de Villavicencio [Internet]. 2013 [Consultado 26 de septiembre 2016] Disponible en: http://www.saludmeta.gov.co/apc-aa-files/37353762653134633337613535333031/asis_vcio-def.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2015 [Consultado 03 octubre 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
6. Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas [Internet]. 2011 [Consultado 19 septiembre 2016] VOLUMEN 19 Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf
7. Herrera L A. (2010). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia, 26(1) [Consultado 19 septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12883/13641>
8. Ministerio de Salud. ¿Qué son las enfermedades no transmisibles? Centro de prensa [Internet] 1P. [Consultado 19 septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/ique-son-icuales-son>

- 9 Díaz P. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud [Internet] Vol. 7:(1), noviembre 2014. [Consultado 19 septiembre 2016]. Disponible en: <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1554>
10. Silva G E, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. Acta Med Colomb [Internet]. 2005 diciembre [Citado 7 de octubre de 2016] 30(4): 268-273. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482005000400004&lng=en
11. El Cuidado Dorothea Orem [Internet]. Sábado, 9 de junio de 2012 - [Citado 7 de octubre de 2016] Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.co/2012/06/dorothea-orem.html>
12. Grau Ábalo J A, Martín A, Espinosa Brito A D, Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. [Citado 7 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21431239007>
13. Ginarte, Y. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 [Citado 3 de octubre de 2016]; 17(5): 502-505. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es
14. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares? [Internet]. [Consultado 03 octubre 2016] Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
15. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS: principios. [Internet]. [Consultado 03 octubre 2016] Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>
16. Palomba R. Calidad de Vida: Conceptos y medidas. Institute of Population Research and Social Policies Roma, Italia. [Internet]. 2002 [Citado 7 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf
17. Universidad de Cantabria. Salud Pública y Atención Primaria de Salud [Internet]. [Citado 7 de octubre de 2016] Disponible en:

http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/material-de-clase/bloque-ii/2.1_factores_determinantes_salud.pdf

18. Flórez Torres I. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2010. [Citado 7 de octubre de 2016] 27(2), 25-32. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12965/13999>

19. Arleth H. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2007. [Citado 7 de octubre de 2016] 26(1). Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12965/13999>

20. Zambrano R, Duitama J F, Posada J, Flórez J. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2012 [Citado 7 de octubre de 2016]; 30 (2): 163-174. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200005&lng=en

21. Fuster V, Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica) *Revista española de cardiología* [Internet]. 2012 [Citado 10 de octubre de 2016]; 65(2). Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893212004411

22. Marimón T, Orraca C, Casanova M, Paredes D, Mendoza F. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2013 [Citado 10 de octubre de 2016] 17 (2): 2-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000200002&lng=es

23. Palop L, Martínez M. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2004 [Citado 7 de octubre de 2016] 28(5). Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf

24. Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, García M, Kopitowski K. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2010 [Citado 7 de octubre de 2016] 27(4): 237-245. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000400001&lng=en

25. Carhuallanqui R, Diestra G, Tang J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered, Lima, v. 21, n. 4, oct. 2010. [Citado 7 de octubre de 2016] Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005&lng=es&nrm=iso
26. Ferrera N, Dante H, Yañez D. Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. Setiembre 2010. [Citado 7 de octubre de 2016] Disponible en http://www.fac.org.ar/1/revista/10v39n3/art_orig/arorig02/ferrera.php
27. Rojas S, Echeverría C, Camargo F. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca. Enfermería global [Internet].2014. [Citado 7 de octubre de 2016] 13 (4) Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/178311>
28. Holguín L, Correa D, Varela M, Cáceres D, Arrivillaga M, Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Universitas Psychologica 20065535-547. [Citado 3 de octubre de 2016] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09.pdf>
29. Arredondo H, Rodríguez G, Higueta U. Dificultades con la adherencia al tratamiento no farmacológico de pacientes con falla cardíaca detectados a través de seguimiento telefónico. Rev Javeriana [Internet]. [Citado 10 de octubre de 2016] (2):133-147. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/7862/9707>
30. Zambrano R, Duitama J, Posada J, Florez J. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2012 [Citado 10 de octubre de 2016] 30(2) pp.163-174. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2012000200005
31. Morales Y, Rojas M. Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? Rev Colombiana de enfermería Integral [Internet]. 2009 [Citado 3 de octubre de 2016] 9 (9): 133-141. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/016-articulo14.pdf

32. Velandia A, Rivera A. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev. salud pública [Internet]. 2009 [Citado 10 de octubre de 2016] 11 (4): 538-548. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005&lng=en
33. Contreras O. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. Revista Científica Salud Uninorte [Internet]. 2010 [Citado 3 de octubre de 2016] 26 (2). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/961/5805>
34. Ortega O, Vargas R. Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular [Internet]. 2014. [Citado 3 de octubre de 2016]; 27 (1): 25-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a03.pdf>
35. Granados G, Róales J, Moreno E, Ybarra J. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión [Internet]. 2007 [Citado 3 de octubre de 2016]; 7(3) pág. 697-707 1. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-246.pdf
36. Bonilla I. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular [Internet]. 2007 [Citado 3 de octubre de 2016] 25(1):46. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=480420&indexSearch=ID>
37. Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Política nacional de seguridad alimentaria y Nutricional (PSAN) [Internet]. 2008 [Citado 3 de octubre de 2016] Disponible en: <https://www.minagricultura.gov.co/Normatividad/Conpes/Conpes%20113%20de%202008.pdf>
38. Congreso de la República. Ley 1355 de 2009 [Internet]. 2009 [Citado 3 de octubre de 2016] Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1355_2009.htm

39. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Plan Decenal. [Internet]. [Citado 3 de octubre de 2016] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
40. Congreso de la república de Colombia. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 2007 [Citado 10 de octubre de 2016] Disponible en: <http://www.ins.gov.co/normatividad/Leyes/LEY%201122%20DE%202007.pdf>
41. Villavicencio Unidos Podemos. Historia. [Internet]. 2016 [consultado 15 noviembre de 2016] Disponible en: https://www.villavicencio.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=79
42. Universidad Cooperativa de Colombia. Historia de la Universidad Cooperativa de Colombia [Internet]. [Citado 3 de octubre de 2016] Disponible en: <http://www.ucc.edu.co/institucion/Paginas/historia.aspx>
43. República de Colombia Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. 1993. [Citado 3 de octubre de 2016]. Disponible en: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
44. Ministerio de educación. LEY 911 de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión en Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 2004. [Citado 3 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.mineduccion.gov.co/1759/articulos-105034_archivo_pdf.pdf
45. Universidad Cooperativa de Colombia. Principios y valores de la Universidad Cooperativa de Colombia. [Internet]. [Citado 3 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.ucc.edu.co/institucion/Paginas/principios-valores.aspx>
46. Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria, bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). Revista española de cardiología. Artículo, Vol 65. Núm Supl.2. Julio 2012 [Internet]. [Citado 28 de noviembre de 2017] Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/un-problema-alarmante-prevencion-secundaria/articulo/90151726/>

47. Ministerio de salud. Plan de Acción para la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares 2011-2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/4%20Plan%20de%20Cardiovasculares%20en%20detalles.pdf>
48. Herrera GE. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Av.enferm. [revista en Internet]. 2012 [10 oct. 2017]; volumen XXX (2): 67-75. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>
49. Rocha MP, Sierra AM. El mito y la leyenda como expresiones de la cultura e identidad llanera. [Internet] .2016 [Citado 28 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/3903/MY141215_2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Autorización por parte de la autora

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

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 Crítico 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 PATRÍCIA BONILLA IBÁÑEZ
Autora

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

Anexo B. Instrumento caracterización de pacientes con enfermedad cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**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 Familiar 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

1

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

10. Oficio u ocupación: _____

11. Afiliación a Régimen de Seguridad Social

Contributivo Subsidiad 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

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

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

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: _____			
<p>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.</p>			
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			

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

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			
Factores relacionados con el paciente			
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 D. Solicitud del permiso para acceder a la población que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Cooperativa de Colombia de Villavicencio por eventos cardiovasculares.



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
Clínica Cooperativa de Colombia 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: Angie Tatiana Acosta Castro código , código 130003200, Yulieth Acevedo Arango código 130003300 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.

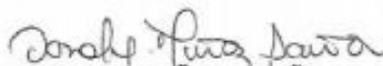
Para mayor ilustración, el instrumento que se utilizara cuenta con la autorización por escrito de su autor para su aplicación y nos permitirá identificar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de Enfermedad cardiovascular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

RECIBIDO	
EL RECIBIDO NO IMPLICA LA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO	
NOMBRE:	<i>Andrés Ruiz</i>
FECHA:	<i>Sept. 23/16.</i>
HORA:	<i>9:47 am.</i>

Aprovecho la oportunidad para expresar nuestros 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.

Anexo E. Formato para la presentación de proyectos de investigación, desarrollo tecnológico e innovación.

	UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	VERSIÓN: 01	PAGINA: 25 de 8
	PROCESO DE INVESTIGACIÓN	FECHA: 01/10/2015	
	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO TECNOLÓGICO E INNOVACIÓN	VIGENCIA: 2015	

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 ue ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de IPSs 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 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 del suministro del 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.Ss, Villavicencio – meta. Los resultados de este estudio ayudarán a generar acciones a las EPSs 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 2°, 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: _____