

ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR QUE INGRESARON A UCI DE LA IPS CLÍNICA MARTHA DE VILLAVICENCIO DURANTE UN TRIMESTRE DEL AÑO.

CRISTIAN GRASILIANO MUÑOZ GONZÁLEZ  
HUGO ALBERTO PEREZ RIOJAS

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ENFERMERÍA  
VILLAVICENCIO  
2018

ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO  
FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR  
QUE INGRESARON A UCI LA IPS CLÍNICA MARTHA DE VILLAVICENCIO  
DURANTE UN TRIMESTRE DEL AÑO.

CRISTIAN GRASILIANO MUÑOZ GONZÁLEZ  
HUGO ALBERTO PEREZ RIOJAS

Informe final de investigación como opción de grado para obtener el título de  
Enfermero

Directora  
Emilce Salamanca Ramos  
Docente Programa de Enfermería  
Magister en Enfermería

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ENFERMERÍA  
VILLAVICENCIO  
2018

## CONTENIDO

LISTA DE TABLAS .....	7
LISTA DE FIGURAS .....	9
LISTA DE ANEXOS .....	10
INTRODUCCION .....	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	13
1.2. FORMUALCION DEL PROBLEMA. ....	16
2. JUSTIFICACION .....	17
3. OBJETIVOS .....	19
3.1. OBJETIVOS DEL MACROPROYECTO .....	19
3.1.1. OBJETIVO GENERAL.....	19
3.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	19
3.2. OBJETIVOS DE INVESTIGACION DEL EPI.....	19
3.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	19
3.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	20
4. MARCO REFERENCIAL .....	21
4.1. MARCO TEÓRICO .....	21
4.1.1 Enfermedades crónicas no transmisibles. ....	21
4.1.2. Adherencia Tratamiento Farmacológico y no farmacológico.....	25
4.1.3. Teoría del autocuidado.....	26
4.2. MARCO INVESTIGATIVO .....	27
4.3. MARCO CONCEPTUAL.....	32
4.3.1. Adherencia terapéutica.....	32
4.3.2. Enfermedades crónicas no transmisibles. ....	32
4.3.3. Tratamiento farmacológico. ....	32
4.3.4. Enfermedades cardiovasculares. ....	32
4.3.5 Tratamiento No Farmacológico. ....	33
4.3.6 Pacientes.....	33
4.3.7. Factores de riesgo cardiovascular.....	33
4.3.8. Autocuidado .....	33
4.4. MARCO LEGAL.....	34

4.4.1.	Constitución Política De 1991. ....	34
4.4.2.	Ley 1751 De 2015. ....	34
4.4.3.	Ley 1438 De 2011. ....	34
4.4.4.	Plan Nacional De Desarrollo 2014 – 2018. ....	35
4.4.5.	Ley 1355 De 2009. ....	35
4.4.6.	Resolución 412 De 2000. ....	36
5.	METODOLOGIA.....	37
5.1.	DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO. ....	37
5.2.	TIPO DE ESTUDIO. ....	37
5.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA. ....	37
5.4.	INSTRUMENTOS. ....	38
5.5.	RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ....	39
5.6.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	39
6.	RESULTADOS.....	40
6.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	40
6.2.	FACTORES INFLUYENTES EN ADHERENCIA .....	41
6.2.1.	Factores Socioeconómicos. ....	41
6.2.2.	Factores relacionados con el proveedor de salud. ....	43
6.2.3.	Factores Influyentes. ....	44
6.2.4.	Factores Relacionados con la Terapia. ....	46
6.2.5.	Factores relacionados con el paciente. ....	47
6.3.	GRADO DE ADHERENCIA .....	49
7.	ANÁLISIS O DISCUSIÓN.....	50
7.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	50
7.2.	FACTORES INFLUYENTES EN ADHERENCIA .....	50
7.3.	GRADO DE ADHERENCIA. ....	54
8.	CONCLUSIONES.....	55
9.	RECOMENDACIONES .....	56
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
11.	ANEXOS.....	64

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas.	40
Tabla 2. Disponibilidad económica para atender las necesidades básicas.	41
Tabla 3. Accesibilidad a los medicamentos.	42
Tabla 4. Disponibilidad económica para el traslado.	42
Tabla 5. Accesibilidad a la dieta.	42
Tabla 6. Capacidad de leer información sobre la medicación.	43
Tabla 7. Apoyo familiar para el cumplimiento del tratamiento.	43
Tabla 8. Atención a inquietudes sobre el tratamiento por el personal de salud.	43
Tabla 9. Atención por parte del personal médico.	44
Tabla 10. Emisión de Información sobre los beneficios del tratamiento.	44
Tabla 11. Orientación en horarios para la toma de medicamentos.	44
Tabla 12. Comprensión por parte del personal de salud cuando falla al Tratamiento.	45
Tabla 13. Explicación clara del tratamiento por parte del personal de salud.	45
Tabla 14. Explicación de resultados esperados por parte del personal de salud.	45
Tabla 15. Esperanza de mejoría en el tratamiento.	46
Tabla 16. Dificultad de adherencia al tratamiento relacionada con la ocupación.	46
Tabla 17. Dificultad en el cumplimiento de citas relacionado con las distancias.	46
Tabla 18. Dudas para cumplir el tratamiento.	47
Tabla 19. Suspensión del tratamiento asociado a la mejoría de los síntomas.	47
Tabla 20. Dificultades previas en el cumplimiento del tratamiento.	47
Tabla 21. Hábitos y costumbres difíciles de cambiar.	48
Tabla 22. Percepción de beneficios de la adherencia al tratamiento.	48
Tabla 23. Interés sobre su estado de salud.	48
Tabla 24. Percepción de la importancia del tratamiento.	49



## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico.	50

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Autorización de la autora.	65
Anexo 2. Caracterización.	66
Anexo 3. Instrumento de valoración.	67
Anexo 4. Consentimiento informado.	69
Anexo 5. Autorización de la IPS clínica Meta.	70
Anexo 6. Autorización de la IPS Clínica Martha.	71



Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Villavicencio, 13 de junio de 2018

## INTRODUCCION

El presente informe es producto de la investigación titulada “Adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad cardiovascular que ingresaron a UCI la IPS Clínica Martha de Villavicencio durante un trimestre del año”, desarrollado en marco del macro proyecto “Adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad cardiovascular que ingresaron a UCI de tres IPS de Villavicencio durante un trimestre del año”, siendo las investigadoras las docentes Doraly Muñoz, María Teresa Olarte y Emilce Salamanca Ramos.

La investigación se realizó durante un periodo de seis meses en la unidad de Cuidados intensivos de la clínica Marta de la ciudad de Villavicencio, mediante un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, aplicando una encuesta de caracterización sociodemográfica y un instrumento que permitía valorar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que ingresaban a la unidad de cuidado intensivo con enfermedad cardiovascular.

El estudio se realizó teniendo en cuenta que las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), constituyen uno de los temas de salud pública de mayor complejidad y trascendencia económica y social. La incidencia de estas enfermedades ha aumentado en las últimas décadas (1). Es por esto y en respuesta a lo planteado por la OMS y OPS en cuanto a la formulación de planes y estrategias que buscan reducir las tasas de morbimortalidad causadas por las ECNT que adquiere importancia la investigación a realizada, a través de esta se determinan los factores que impulsan esta morbimortalidad (2). Además es el primer estudio realizado en el departamento del meta relacionado con los factores influyentes en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes cardiovasculares, por lo cual representa un gran punto de referencia para futuras investigaciones y permite conocer de manera clara los factores que influyen de manera directa en la adherencia al tratamiento, lo que permitirá y establecer mejorar

los planes de cuidado en pacientes cardiovasculares además de fortalecer e incentivar la investigación clínica en enfermería.

La investigación tenía como propósito determinar los diferentes factores que inciden en la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes que padecen alguna patología cardiovascular, es coherente con los hallazgos obtenidos en los consolidados de las bases de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en la cual se examinó la tendencia de las tasas de mortalidad por los principales eventos que hacen parte del grupo de enfermedad cardiovascular para el periodo 2010-2014 (1).

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas no transmisibles son actualmente uno de los principales problemas de salud en el mundo, Se les ha denominado Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) por prolongarse a través del tiempo, no tener cura, no conocerse un agente causante que las transmita de un individuo afectado a otro; Las ECNT conforman un número importante de enfermedades, dentro de las que se encuentran las cardiovasculares (3).

Estas enfermedades han venido presentando cifras similares a las de epidemias mundiales, y se han identificado como la causa principal de discapacidad y de millones de muertes prematuras en todo el mundo; representan un 60% del total de muertes, de las cuales el 80% ocurre en países de ingresos bajos o medios, Requieren de mayor cuidado en salud, generan altos costos sociales y económicos a nivel mundial y se catalogan como las enfermedades que generan más muertes en el mundo (3).

Según la Organización Mundial de la Salud Las ECNT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol (3).

En la región de las Américas según Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas e insuficiencia cardíaca) representaron 31% de la carga de mortalidad y 10% del total de la carga mundial de enfermedad en 2000. La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares ajustada por edad y por sexo fue más alta en Nicaragua, la República Dominicana y Trinidad y Tobago, donde sobrepasó 200 por 100,000 habitantes. La misma tasa en Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú y Puerto Rico estuvo por debajo de 150 casos por cada 100,000 habitantes (2).

Los últimos datos disponibles (2000-2004) muestran que las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio fueron más altas entre los hombres (223,9 por 100.000 habitantes) que entre las mujeres (179,3 por 100.000); asimismo, hubo grandes diferencias entre las subregiones, y la variación fue de 35 a 50 casos por cada 100.000 habitantes en Norteamérica (2).

En Colombia para el año 2010 según datos del perfil de enfermedades Cardiovasculares de la OMS Y OPS se presentaron 28.996 muertes por ECNT en hombres entre 30 y 69 años, de las cuales el 48% corresponde a enfermedades

cardiovasculares, mientras que en mujeres entre 30 y 69 años de las 26.203 muertes por ECNT presentadas, el 37.8% corresponde a dichos trastornos, lo que indica que las Enfermedades asociadas a trastornos cardiacos y vasculares son una de las principales causas de defunciones a nivel nacional (4).

Por otra parte, en el Departamento del Meta la Segunda causa de mortalidad durante el año 2011 fueron las enfermedades del sistema circulatorio con 1.035 casos. Esto quiere decir que, por cada mil personas en el departamento, una fallece cada año por esta causa. A través de los últimos cinco años, el comportamiento de este evento es oscilante entre 1.1 y 1.2 casos en forma consistente y sin tendencia. El evento se presenta con énfasis en personas mayores de 50 años y con mayor proporción en los hombres que en las mujeres (5).

A nivel regional no se encuentran estudios sobre la adherencia a tratamientos farmacológicos y/o no farmacológicos para pacientes con enfermedades cardiovasculares, pero estudios de estos campos desarrollados en otros países evidencian que el control de los factores de riesgo cardiovascular constituye un desafío para la salud pública y los cuidados de enfermería. El incumplimiento terapéutico es un problema de gran trascendencia para la práctica clínica y debe ser abordado tanto desde el punto de vista preventivo como de intervención una vez detectado. Las evidencias disponibles avalan las intervenciones encaminadas a simplificar el tratamiento, buscar la colaboración familiar y los refuerzos conductuales (6).

En las enfermedades crónicas la falta de adherencia es un tema prioritario, por las consecuencias negativas que produce: fracasos terapéuticos, aumento de hospitalizaciones, incremento del gasto sanitario. La mejora de la adherencia terapéutica es una de las más importantes estrategias para hacer frente de forma eficaz a las enfermedades crónicas.

## 1.2. FORMUALCION DEL PROBLEMA.

Con base en la consulta realizada y los datos obtenidos de las distintas investigaciones, surge la necesidad de dar respuesta a la siguiente pregunta problema:

¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad cardiovascular que ingresaron a UCI de una IPS de Villavicencio?

## 2. JUSTIFICACION

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), constituyen uno de los temas de salud pública de mayor complejidad y trascendencia económica y social. La incidencia de estas enfermedades ha aumentado en las últimas décadas. Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es por esto que las enfermedades no transmisibles representan la causa de defunción más importante en el mundo, pues son responsables del 63% del número total de muertes anuales. Asimismo, estas causan la muerte de más de 36 millones de personas cada año y cerca del 80% de estas muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios. Es por esto y En respuesta a lo planteado por la OMS y OPS en cuanto a la formulación de planes y estrategias que buscan reducir las tasas de morbimortalidad causadas por las ECNT que adquiere importancia la investigación a realizar ya que a través de esta se determinaran los factores que impulsan esta morbimortalidad (7).

Esta investigación es coherente con los objetivos planteados por la OPS en el año 2008 en cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles y cuyo objetivo es prevenir los episodios coronarios y cerebrovasculares reduciendo el riesgo cardiovascular. La presente investigación pretende determinar los diferentes factores que inciden en la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes que padecen alguna enfermedad cardiovascular, siendo coherente con los hallazgos obtenidos en los consolidados de las bases de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en la cual se examinó la tendencia de las tasas de mortalidad por los principales eventos que hacen parte del grupo de enfermedad cardiovascular para el periodo 2010-2014 (8).

A nivel del departamento del Meta según el Observatorio Nacional de salud del Instituto Nacional de Salud el Meta se presenta un alto índice de mortalidad a causa de las enfermedades Cardiovasculares por lo cual es importante esta investigación

para determinar los principales factores que generan la no adherencia al tratamiento de las enfermedades, permitiendo así a la región, el departamento del meta, el municipio de Villavicencio, la universidad de los llanos y la facultad de ciencias de la salud obtener información acerca del contexto de la población a estudio y generar herramientas para la comprensión y ejecución de actividades a mediano plazo.

Este proyecto forma parte del Macro proyecto titulado “Adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de tres I.P.S, de la ciudad de Villavicencio – Meta, durante un trimestre del año”. Este proyecto se desarrolla 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 este, se pretende identificar 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 la IPS clínica Martha de la ciudad de Villavicencio. El Macro proyecto es financiado por la Universidad de los Llanos y como investigadora principal se encuentra la docente Doraly Muñoz Acuña, y como co-investigadoras María Teresa Olarte Castro y Emilce Salamanca Ramos, docentes del programa de Enfermería.



### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVOS DEL MACROPROYECTO

##### 3.1.1. 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.

##### 3.1.2. 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.

#### 3.2. OBJETIVOS DE INVESTIGACION DEL EPI

##### 3.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que influyen en la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con enfermedad cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de la I.P.S Clínica Martha de la ciudad de Villavicencio durante un trimestre del año.

### 3.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad cardiovascular que ingresaron a UCI de una IPS privada de Villavicencio.
- Reconocer los factores que influyen en la adherencia terapéutica en los Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de los sujetos de estudio.
- Determinar los riesgos que pueden estar relacionados con la adherencia terapéutica en los Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de los sujetos de estudio.

## 4. MARCO REFERENCIAL

### 4.1. MARCO TEÓRICO

#### 4.1.1 Enfermedades crónicas no transmisibles.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial, ya que provocan más defunciones que todas las demás causas juntas, y afectan más a las poblaciones de ingresos bajos y medios. Si bien dichas enfermedades han alcanzado proporciones de epidemia, podrían reducirse de manera 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. El Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles es el primer informe mundial sobre el estado de estas enfermedades y los métodos para trazar el mapa de la epidemia, reducir sus principales factores de riesgo y fortalecer la atención sanitaria para aquellos que ya las padecen.

El informe fue preparado por la Secretaría de la OMS de acuerdo con el sexto objetivo del Plan de Acción 2008-2013 para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Se centra en la situación actual de las ENT en el mundo y será seguido de otro informe para evaluar los progresos en 2013. Uno de los objetivos principales del informe es proporcionar a los países una referencia inicial acerca de la situación actual de las ENT y sus factores de riesgo, así como un panorama de las medidas implementadas por los países para abordar esas enfermedades con políticas y planes, infraestructura, vigilancia e intervenciones a nivel individual y poblacional. Asimismo, el informe difunde una visión compartida y una guía para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Los colectivos a los que va dirigido son los encargados de formular políticas, autoridades sanitarias, organizaciones no gubernamentales, universidades, sectores pertinentes no relacionados con la salud, organismos de desarrollo y la sociedad civil.

Un alto porcentaje de ECNT puede prevenirse mediante la reducción de sus cuatro factores de riesgo comportamentales más importantes: el tabaquismo, el sedentarismo, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas. La influencia de estas conductas de riesgo y de otras causas metabólicas y fisiológicas de la epidemia mundial de ECNT en especial las asociadas al sistema cardiovascular abarcan lo siguiente:

**El tabaquismo:** alrededor de 6 millones de personas mueren a causa del tabaco cada año, tanto por el consumo directo como por el pasivo. Hacia 2030 esa cifra aumentará hasta los 7,5 millones, lo que representará el 10% del total de muertes. Se estima que el tabaquismo causa aproximadamente el 71% de los casos de cáncer de pulmón, el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas y alrededor del 10% de las enfermedades cardiovasculares. La mayor incidencia de tabaquismo entre los hombres se da en los países de ingresos medios bajos; para el total de la población, la prevalencia de tabaquismo es más elevada en los países de ingresos medios altos.

**El sedentarismo:** aproximadamente 3,2 millones de personas mueren a causa del sedentarismo cada año. Las personas con poca actividad física corren un riesgo entre un 20% y un 30% mayor que las otras de morir por cualquier causa. La actividad física regular reduce el riesgo de padecer depresión, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer de mama o colon. El sedentarismo es más frecuente en los países de ingresos altos, pero actualmente también se detectan niveles muy altos del problema en algunos países de ingresos medios, sobre todo entre las mujeres.

**La dieta no saludable:** el consumo de fruta y verdura en cantidades suficientes reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago y cáncer colorrectal. La mayoría de las poblaciones consumen niveles de sal mucho más elevados que los recomendados por la OMS para prevenir enfermedades; un consumo elevado de sal es un factor determinante que aumenta el riesgo de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Las cardiopatías están

relacionadas con un consumo elevado de grasas saturadas y ácidos grasos trans. El consumo de alimentos malsanos está creciendo rápidamente en entornos con escasos recursos. Los datos disponibles sugieren que la ingesta de grasas ha aumentado rápidamente en los países de ingresos medios bajos desde la década de los ochenta.

La hipertensión: se estima que la hipertensión causa 7,5 millones de muertes, lo que representa alrededor del 12,8% del total. Es un factor de riesgo muy importante de las enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de hipertensión es similar en todos los grupos, aunque en general es menor en las poblaciones de ingresos altos.

El sobrepeso y la obesidad: al menos 2,8 millones de personas mueren cada año por sobrepeso u obesidad. El riesgo de padecer cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes crece paralelamente al aumento del índice de masa corporal (IMC). Un IMC elevado aumenta asimismo el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer. La prevalencia de sobrepeso es mayor en los países de ingresos medios altos, pero también se detectan niveles muy elevados en algunos países de ingresos medios bajos. En la Región de Europa, la Región del Mediterráneo Oriental y la Región de las Américas de la OMS, más de la mitad de las mujeres presentan sobrepeso.

La mayor prevalencia del sobrepeso entre lactantes y niños pequeños se observa en las poblaciones de ingresos medios altos, mientras que el mayor aumento del sobrepeso se detecta en el grupo de ingresos medios bajos.

La hipercolesterolemia: se estima que la hipercolesterolemia causa 2,6 millones de muertes cada año; aumenta el riesgo de padecer cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales. La hipercolesterolemia es más frecuente en los países de ingresos altos (9).

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se han convertido en uno de los principales problemas de salud a nivel mundial estas enfermedades matan a 38 millones de personas cada año; Casi el 75% de las defunciones por ECNT se

producen en los países de ingresos bajos y medios (1). 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes «prematargas» ocurren en países de ingresos bajos y medianos (10).

Las tasas de mortalidad de ECNT varían entre las distintas regiones del mundo según el grado de profundización del proceso de transición epidemiológica, caracterizado por una caída en la mortalidad acompañada por un cambio en la importancia relativa de sus causas desde enfermedades transmisibles a no transmisibles. Así, en los países de ingresos bajos y medios las muertes como consecuencia de ECNT representan un 54% contra un 87% en los países de ingresos altos; Los primeros se encuentran en plena transición epidemiológica, experimentando una caída de la incidencia de enfermedades transmisibles, envejecimiento poblacional y sufriendo el impacto negativo de cambios de comportamiento hacia estilos de vida típicamente urbano-industriales (consumo de tabaco, alcohol, dieta y actividad física inadecuadas). Todos estos cambios se conjugan para aumentar el peso relativo que las ECNT tienen para explicar la carga total de morbilidad y mortalidad.

Estimaciones encuentran que en los países de ingresos bajos y medios tanto la proporción de muertes como de carga de enfermedad atribuible a ECNT aumentarían alrededor de 10 puntos porcentuales entre 2005 y 2030. Además de su peso en términos de mortalidad y morbilidad, la fuerte prevalencia y larga duración de las ECNT implican importantes consecuencias económicas. Los costos involucran múltiples dimensiones: gastos privados y públicos, tanto directos como indirectos, con la consecuente caída en el consumo y el ahorro, restricciones en la oferta laboral, caída de la productividad y limitaciones o interrupciones en el proceso de acumulación de capital humano.

La mayor parte de las ECNT, como enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y algunos tipos de cáncer, pueden atribuirse a la presencia de un número reducido de factores de riesgo (FR), algunos de los cuales son evitables. Entre los 6 FR evitables más vinculados a las ECNT figuran el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, una dieta inadecuada, insuficiente actividad física, altos niveles de presión arterial, colesterol y glucosa, sobrepeso y obesidad (11).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) y la diabetes son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y gastos excesivos para su prevención y control. Afectan con mayor intensidad a los grupos de población de escasos recursos y las poblaciones vulnerables y cuando se presentan, empobrecen más a las personas y sus familias. En nuestro país, la diabetes ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 mil muertes y 400 mil casos nuevos al año. Los factores de riesgo que inciden en la distribución y frecuencia de la diabetes y sus complicaciones son bien conocidos, no obstante, y a pesar de que México cuenta con un programa de acción de prevención y control, aún existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz de este padecimiento (12).

#### 4.1.2. Adherencia Tratamiento Farmacológico y no farmacológico.

Es el Grado al cual el comportamiento de un paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea éste un médico o personal de enfermería. Estas recomendaciones se relacionan con medicamentos: tipo de medicamento, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horario de comidas, horarios diurnos y otros.

Adherencia al tratamiento no farmacológico: Grado al cual el comportamiento de un paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea éste médico o personal de enfermería. Estas recomendaciones no farmacológicas corresponden a cambios de dieta, control de peso y regulación del ejercicio, supresión o disminución en el hábito de fumar o alcohol (13)(14).

#### 4.1.3. Teoría del autocuidado.

La teoría del déficit del autocuidado elaborada por Dorotea E. Orem es una de las teorías más completas en la atención de enfermería, debido a su riqueza teórica y complemento en sus bases reuniendo diferentes fuentes teóricas como Nithingale, Henderson, Peplau, Rogers, etc. y juntarlas en una sola teoría que hoy día es una de las más usadas en el campo de acción de enfermería y podría decirse que la de mayor aplicación a nivel global.

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera,



respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión (15).

#### 4.2. MARCO INVESTIGATIVO

Las ECNT son una condición de afecta al ser humano a nivel individual, familiar y social, de tal manera que la intervención psicológica facilita 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 (16).

Un estudio realizado en Chile muestra que la obesidad y el sobrepeso influyen sobre el estado de salud de la población y constituyen uno de los principales factores de riesgo para desarrollar alguna ECNT lo que representa actualmente uno de los principales problemas de salud pública de ese país, por la magnitud y complejidad de los factores que lo generan, entre los cuales está la alimentación poco saludable y el sedentarismo (17).

Otra investigación reporta que Apoyo social y adherencia al tratamiento está muy relacionado, lo que indica que el impacto del apoyo emocional fue el más representativo de todas las dimensiones psicosociales del MOS y que más de la mitad de la muestra tuvo una buena adherencia al tratamiento antihipertensivo a nivel farmacológico. En conclusión, podría decirse que distintos factores psicosociales pueden tener un grado significativo de influencia en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes con hipertensión arterial (18).

La ECNT presente factores de riesgo que pueden llevar a dificultades severa desde lo cardiovascular, investigaciones indican que la probabilidad promedio de desarrollar un episodio cardiovascular a 10 años fue del 14,0%. Los otros factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron hipertensión (93,2%); hombre

mayor de 55 años (35,8%); mujer mayor de 65 años (28,1%); diabetes mellitus (28,5%); historia familiar de enfermedad coronaria (17,2%); historia personal de enfermedad coronaria o cerebrovascular (16,7%), y tabaquismo (6,4%). Los tipos de dislipidemia encontrados fueron: mixta (46,6%), hipercolesterolemia aislada (29,4%) e hipertrigliceridemia (20,3%). Conclusiones. Los pacientes tratados son hombres y mujeres mayores de 65 años que padecen principalmente dislipidemia mixta, y tienen una probabilidad del 14,0% de sufrir un episodio cardiovascular en los próximos diez años. Se deben promover políticas públicas saludables para reducir la presencia de hipertensión y diabetes mellitus (18). El riesgo cardiovascular se define como la probabilidad de padecer un evento cardiovascular en un determinado período. Mejorar la exactitud en la predicción del riesgo requiere la evaluación y el tratamiento de múltiples factores de riesgo cardiovascular, los que tienen un efecto sinérgico, más que aditivo, sobre el riesgo cardiovascular total. El cálculo utilizando métodos cuantitativos es más preciso que el obtenido con métodos cualitativos. La predicción del riesgo cardiovascular ha constituido, en los últimos años, la piedra angular en las guías clínicas de prevención cardiovascular, y deviene una herramienta útil del Médico de Familia para establecer prioridades en la atención primaria, mejorando la atención a los pacientes y eligiendo más eficazmente la terapéutica a seguir, con el objetivo de acercarnos más a la realidad multifactorial de las enfermedades cardiovasculares y a su prevención (19).

Un componente fundamental para la adherencia es el autocuidado, la adherencia al tratamiento fue medida en dos momentos: el primero durante la hospitalización, seguido de la aplicación del plan educativo antes del alta, que proporcionaba información en el manejo de su enfermedad desde una dimensión física, psicológica y social que promueve el autocuidado; y el segundo un mes después del alta en su domicilio. Resultados: diferencias estadísticamente significativas ( $P=0,0001$ ) que demuestran cómo mediante la capacitación al paciente en el manejo de su tratamiento farmacológico y no farmacológico, el establecimiento de una sana relación entre el profesional de enfermería y el paciente, y la participación de la

familia, se logra una total adherencia al tratamiento. Conclusiones: para lograr una adherencia total del paciente con falla cardiaca al tratamiento es necesario un proceso educativo y un seguimiento continuo y personalizado que motive permanentemente al paciente y se le reconozca el papel protagónico en su cuidado y manejo de la enfermedad (20). En otra investigación se evaluó a un total de 815 sujetos con indicación de tratamiento hipolipemiante. A los 6 meses de seguimiento, un 22% de los sujetos del grupo A y un 63% del grupo B mostraron buen cumplimiento del tratamiento farmacológico. Un 38% de los sujetos del grupo B mantuvieron un buen cumplimiento terapéutico durante todo el estudio, y el 12% de los sujetos del grupo A que llegaron hasta la visita final mejoraron su cumplimiento durante todo el estudio ( $p < 0,05$ ). Los sujetos que refirieron buen cumplimiento del tratamiento hipolipemiante durante 12 meses demostraron tener valores más bajos de colesterol (128 mg/dl) con respecto al resto de pacientes (141 mg/dl) ( $p < 0,005$ ). Conclusiones: La identificación de los pacientes no cumplidores al inicio del tratamiento con hipolipemiantes es importante para implementar medidas terapéuticas que mejoren el cumplimiento y permitan conseguir una mayor efectividad terapéutica (21).

La adherencia a la terapia farmacológica influye en el control de la presión arterial (PA) y en la ocurrencia de complicaciones debido a su descontrol. Se objetivó evaluar la prevalencia y factores asociados a adhesión al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos. Estudio transversal y descriptivo. Un cuestionario fue utilizado en la recolección de datos. Se evidenció 72,8% de la prevalencia de adherencia al tratamiento; diferencias significativas en adhesión según estado civil de relaciones estables ( $p=0,043$ ), control de la PA mediante tratamiento farmacológico combinado con cambios en estilo de vida ( $p=0,003$ ) y tiempo de diagnóstico de la hipertensión inferior a 10 años ( $p<0,001$ ). Se concluyó que la adhesión al tratamiento farmacológico para hipertensión fue considerada satisfactoria en la muestra estudiada; y presentaron mejores niveles de adhesión individuos en el estado civil de unión estable, con control de la PA a través del

tratamiento farmacológico combinado con la adopción de hábitos de vida saludables y tiempo de diagnóstico de la hipertensión inferior a 10 años (22). La adherencia terapéutica es el grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicación, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones sanitarias. Es, pues, un fenómeno múltiple, complejo y cambiante: se puede ser adherente total o parcialmente al tratamiento, así como en unos momentos o circunstancias sí y en otros no. La falta de adherencia es un problema inquietante por su gran magnitud y por su complejidad (con más de doscientos factores relacionados), responsable del aumento de la morbimortalidad, complicaciones, ingresos hospitalarios, costes sanitarios e insatisfacción del usuario y de los sanitarios. El objetivo de este artículo es presentar y desarrollar algunas de las intervenciones eficaces en la modificación de hábitos y la mejora de la adherencia tanto cognitivas (educación y mejora de la comunicación) como conductuales (comportamiento y motivación). Las áreas de intervención abarcan el tratamiento farmacológico, los hábitos y estilos de vida y el apoyo social y familiar. De los modelos que se proponen el más eficaz enfatiza el autocuidado y la autorresponsabilidad del usuario para gestionar su enfermedad y aumentar la adherencia terapéutica (23).

Investigaciones que se han realizado para medir la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico han reportado la mayoría de las personas se encontró en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo cual guarda relación con los factores socioeconómicos y los relacionados con el proveedor. Los factores relacionados con la terapia y con el paciente reflejaron una situación de ventaja para la adherencia. La relación entre los veinticuatro ítems del instrumento utilizado y la situación adherencia encontrada es lineal y, en general, la relación es fuerte con tendencia positiva. Conclusiones: Se recomienda a los profesionales de enfermería continuar realizando investigaciones sobre el fenómeno de la adherencia al tratamiento en personas con riesgo cardiovascular, con el propósito de contribuir al

desarrollo disciplinar y así mejorar las prácticas de cuidado como un aporte a la solución del problema de altos índices de morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares (24). La Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, reportan respecto a la percepción de la adherencia se encuentra que la dimensión de análisis con una puntuación más baja es la de factores socioeconómicos. Se encontró también que la escolaridad es el factor que más modifica la percepción de adherencia. Discusión: este estudio aborda las diversas dimensiones del tema con un conocimiento más exhaustivo para contribuir a establecer estrategias que mejoren la adherencia en pacientes con riesgo cardiovascular. En esa medida, se sugiere transmitir las recomendaciones médicas de múltiples maneras y en un lenguaje sencillo sin el uso masivo de tecnicismos. También se recomienda el establecimiento de formas más contundentes para el manejo de la dieta (25).

Las enfermedades crónicas de larga duración poseen una elevada mortalidad y afectan por igual a ambos sexos. La falta de adherencia a las recomendaciones terapéuticas continúa siendo un obstáculo para mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes, además de conllevar un elevado coste socio sanitario. En este trabajo se desarrolla el concepto «adherencia terapéutica» que engloba tratamientos farmacológicos (cumplimiento terapéutico) y no farmacológicos (grado de coincidencia entre las recomendaciones ofrecidas, como pueden ser cambios en los hábitos de vida y su implantación por el paciente). También se analiza el impacto clínico y socio sanitario de la «adherencia terapéutica», así como las causas de la falta de adherencia y métodos y estrategias para mejorarla. Concluimos que la adherencia terapéutica debe ser un objetivo esencial del sistema sanitario, englobando todos los agentes implicados en la salud del paciente (26)(27). La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem, 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. Conclusiones: 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 (28).

#### 4.3. MARCO CONCEPTUAL

##### 4.3.1. Adherencia terapéutica.

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario» (29).

##### 4.3.2. Enfermedades crónicas no transmisibles.

Se les ha denominado Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) a aquellas desviaciones de la salud que suelen prolongarse a través del tiempo, no tener cura, no conocerse un agente causante que las transmita de un individuo afectado a otro (30).

##### 4.3.3. Tratamiento farmacológico.

Se considera tratamiento farmacológico al 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 (31).

##### 4.3.4. Enfermedades cardiovasculares.

Según OMS, define las Enfermedades Cardiovasculares como “conjuntos de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, entre ellas se encuentran Hipertensión Arterial, Cardiopatía coronaria, miocardiopatías entre otras” y Constituyen un conjunto de entidades que afectan el corazón y los vasos sanguíneos. Cuando afecta los vasos sanguíneos puede comprometer órganos como el cerebro (enfermedad cerebrovascular); los miembros inferiores, los riñones y el corazón. Dentro de las enfermedades cardiovasculares las de mayor ocurrencia son la enfermedad coronaria y la enfermedad cerebrovascular (30).

#### 4.3.5 Tratamiento No Farmacológico.

Se define como tratamiento no farmacológico a todas aquellas conductas promotoras de salud que buscan mejorar un estado de enfermedad o prevenir el desarrollo de esta (31).

#### 4.3.6 Pacientes

El paciente designa a un individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento. Proviene del verbo latino "pati", que quiere decir "el que sufre": el paciente es, pues, una persona que es curada (32).

#### 4.3.7. Factores de riesgo cardiovascular

Los factores y marcadores de riesgo cardiovascular, son los que se asocian a una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular: colesterol, diabetes, hipertensión, tabaquismo, herencia genética, estrés, obesidad y la frecuencia cardiaca (33).

#### 4.3.8. Autocuidado

Orem explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "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, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar" (34).

#### 4.4. MARCO LEGAL

##### 4.4.1. Constitución Política De 1991.

El derecho a la salud se constitucionalizó de forma expresa en los artículos 44 y 49 de nuestra actual Constitución Política como un derecho inherente a la persona (35).

##### 4.4.2. Ley 1751 De 2015.

"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones". La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado, quien es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud (36).

##### 4.4.3. Ley 1438 De 2011.

"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos,



siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población (37).

#### 4.4.4. Plan Nacional De Desarrollo 2014 – 2018.

Tiene como objetivos: mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad; mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas de resultados en salud; atender integralmente en salud al adulto mayor y promover el envejecimiento activo y mentalmente saludable mediante la prevención y reducción de la carga de discapacidad, enfermedades crónicas y mortalidad prematura en las personas adultas mayores (38).

#### 4.4.5. Ley 1355 De 2009.

“Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención”. El Ministerio de la Protección Social deberá establecer en conjunto con el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José de Caldas” - Colciencias, acciones orientadas a definir y desarrollar una agenda de investigación, para estudiar los determinantes del ambiente físico y social asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad en el contexto de las regiones colombianas, la evaluaciones económicas y evaluación de la efectividad de intervenciones políticas, ambientales y comunitarias dirigidas a la promoción de la actividad física y de una alimentación balanceada y saludable (39).

#### 4.4.6. Resolución 412 De 2000.

Por la cual se establecen 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” (40).

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.

Villavicencio es una ciudad colombiana, capital del departamento del Meta, y es el centro comercial más importante de los Llanos Orientales. Está situada en el Piedemonte de la Cordillera Oriental, al noroccidente del departamento del Meta, en la margen izquierda del río Guatiquía y cuenta con una población urbana de 407977 habitantes en 2010.1 Presenta un clima cálido y muy húmedo, con temperaturas medias de 27 °C (41). En el año 2000 la IPS Clínica Martha se convirtió en la primera institución con unidad de cuidado intensivo (UCI) de la Orinoquia, con una capacidad de 9 camas. Para la ejecución de este proyecto se realizó una prueba piloto en la IPS Inversiones Clínica Meta del municipio de Villavicencio.

### 5.2. TIPO DE ESTUDIO.

Enfoque cuantitativo con estudio descriptivo porque describe la situación de los pacientes que ingresaron a la UCI de una IPS del sector privado por enfermedad cardiovascular en la ciudad de Villavicencio, y transversal dado que se mide la prevalencia de una exposición o el resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo y no involucra seguimiento.

### 5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población fue los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de la clínica Martha, de la ciudad de Villavicencio que presentan enfermedad cardiovascular durante un año, la muestra fueron los pacientes que ingresaron durante un periodo de seis meses, teniendo en cuenta **los criterios de inclusión:**

Pacientes que desarrollaron enfermedades con riesgo cardiovascular, debían estar inscritos y activos en un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de su IPS del primer nivel por un periodo superior a un año y aceptar el consentimiento informado. **Los criterios de exclusión:** pacientes que presentaron paro cardiorrespiratorio de tipo no cardíaco y de origen traumático. Pacientes que no tenían acceso telefónico. Que no estaban inscritos en un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de su IPS.

#### 5.4. INSTRUMENTOS.

Para la medición de la adherencia terapéutica se utilizó el instrumento diseñado por de Bonilla y de Real de 2006 (21), en su última versión, las dimensiones e ítems que contempla el instrumento de 24 reactivos están divididas en cuatro dimensiones, su índice de consistencia interna por medio del método de alfa de Cronbach fue de 0,60 (21). (Ver anexo 3). Cuenta con validez facial y un índice de validez de contenido de 0,91. Para determinar la segunda validez facial participaron 40 expertos y 40 pacientes, mediante tres criterios de calificación: claridad, precisión y comprensión; se encontró que 86% del total de los 72 ítems cumplieron los anteriores criterios. Como resultado se obtuvo una nueva versión del instrumento, de 62 ítems, y se concluye que este aparenta tener validez facial. Para determinar la confiabilidad del instrumento, la segunda versión se aplicó a una muestra de 831 sujetos de las ciudades de Sincelejo y Cartagena durante los meses de septiembre y octubre de 2006, seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple. La confiabilidad se evaluó a través de la consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,797, y la estabilidad a través del coeficiente de correlación de Spearman, con un nivel de significancia de 0,01, el cual reportó ser estadísticamente significativo. Posteriores análisis del Alfa sugieren a los autores del instrumento la eliminación de algunos ítems para aumentar la confiabilidad (21).

## 5.5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Esta se desarrolló en los siguientes momentos:

- Primer momento: Se identificaron los pacientes de la IPS Clínica Martha de la ciudad de Villavicencio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, durante un periodo de seis meses.
- Segundo momento: Se realizó la revisión de las historias clínicas para investigar los antecedentes de los pacientes, su ubicación y solicitud de consentimiento informado.
- Tercer momento: La realización de entrevista y la aplicación del instrumento.
- Cuarto momento: El procesamiento de la información se realizará en SPSS® (*Statistical Product and Service Solutions*) versión 20.0.

## 5.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas planteadas en la Resolución 8430 de 1993 del ministerio de Salud de Colombia. La investigación se presentará 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 (ver anexo 4).

## 6. RESULTADOS

### 6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Características sociodemográficas.

<b>Variable</b>	<b>Rango</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	$\bar{x}$	<b><i>M<sub>e</sub></i></b>	<b><i>M</i></b>	<b><math>\sigma</math></b>
<b>Edad</b>	De 50 a 59 años	1	9,1	2,55	3,00	3	0,820
	De 60 a 69 años	4	36,4				
	De 70 a 79 años	5	45,5				
	De 80 a 89 años	1	9,1				
<b>Variable</b>	<b>Niveles</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	$\bar{x}$	<b><i>M<sub>e</sub></i></b>	<b><i>M</i></b>	<b><math>\sigma</math></b>
<b>Genero</b>	Masculino	7	63,6	1,36	1,00	1	0,505
	Femenino	4	36,4				
<b>Estado civil</b>	Soltero/a	1	9,1	3,36	3,00	2	1,859
	Casado/a	4	36,4				
	Viudo/a	2	18,2				
	Separado/a	1	9,1				
	Unión libre	3	27,3				
<b>Estrato socioeconómico</b>	1	1	9,1	2,82	3,00	3	0,751
	2	1	9,1				
	3	8	72,7				
	4	1	9,1				
<b>Nivel de estudio</b>	Sin estudios	1	9,1	3,18	3,00		1,328
	Primaria incompleta	3	27,3				
	Primaria completa	2	18,2				
	Secundaria incompleta	3	27,3				
	Secundaria completa	2	18,2				
<b>Ocupación</b>	Modista	1	9,1	6,64	6,00		2,580
	Ama de casa	1	9,1				
	Independiente	3	27,3				
	Guía turístico	1	9,1				
	Estilista	1	9,1				
	Pensionado	1	9,1				
	Comerciante	1	9,1				
	Soldador	1	9,1				
	Conductor	1	9,1				

<b>Afiliación al régimen de seguridad social</b>	Contributivo	11	100,0	1,00	1,00	1	0,000
--	--------------	----	-------	------	------	---	-------

Fuente: autoría propia

En la tabla 1 se observa que el intervalo de edad predominante fue el comprendido entre 70 y 79 años con un 45%; el género dominante es el masculino con 63,6% del total de los pacientes; el estado civil que más destaca es el casado/a con un 36,4%; predomina el estrato socioeconómico 3 con un 72,7% y se observa que la primaria incompleta y la secundaria incompleta son los niveles de estudio que más presentan los pacientes con 27,3% cada una; la principal ocupación que desempeñan los pacientes es el trabajo independiente con 27,3%; y el 100% de la población se encuentra afiliada al régimen contributivo de seguridad social en salud.

## 6.2. FACTORES INFLUYENTES EN ADHERENCIA

### 6.2.1. Factores Socioeconómicos.

Tabla 2. Disponibilidad económica para atender las necesidades básicas.

<b>Disponibilidad económica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>Nunca</b>	1	9,10	1	0	1	1	sd
<b>A Veces</b>	4	36,36	5,75	2,63	2	8	8
<b>Siempre</b>	6	54,54	7	3,41	3	11	11

Fuente: autoría propia

En la tabla 2 se observa que el 45,46% de los pacientes a veces o nunca cuentan con la disponibilidad económica suficiente para satisfacer sus necesidades básicas.

Tabla 3. Accesibilidad a los medicamentos.

<b>Adquirir los medicamentos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>Nunca</b>	3	27,27	6,33	5,03	1	11	11
<b>A Veces</b>	3	27,27	3,33	1,53	2	5	5
<b>Siempre</b>	5	45,46	7,4	2,41	4	10	10

Fuente: autoría propia

En la tabla 3 se presenta la accesibilidad a los medicamentos relacionada con la condición económica del paciente, encontrando que el 27,27% de ellos nunca cuenta con los recursos para acceder a los medicamentos.

Tabla 4. Disponibilidad económica para el traslado.

Recursos para traslados	n	%	Media	D.E.	Mín	Máx	P(95)
<b>A Veces</b>	3	27,27	4	2,65	2	7	7
<b>Siempre</b>	8	72,73	6,75	3,37	1	11	11

Fuente: autoría propia

En la tabla 4 se observa la accesibilidad económica para el traslado de los pacientes encontrando que el 27,27% en ocasiones no cuentan con la disponibilidad de recursos para trasladarse hasta el sitio de su cita.

Tabla 5. Accesibilidad a la dieta.

Dieta costosa	N	%	Media	D.E.	Mín	Máx	P(95)
<b>Nunca</b>	4	36,36	6	4,08	2	10	10
<b>A Veces</b>	6	54,54	6,83	2,48	4	11	11
<b>Siempre</b>	1	9,10	1	0	1	1	sd

Fuente: autoría propia

En la tabla 5 se observa que el 54,54% de los pacientes presentan algunas veces dificultad para el cambio en los hábitos alimenticios debido al costo de la dieta y el 9,10% siempre presenta estas dificultades.

Tabla 6. Capacidad de leer información sobre la medicación.

Puede leer información	n	%	Media	D.E.	Mín	Máx	P(95)
<b>Nunca</b>	1	9,10	7	0	7	7	Sd
<b>A Veces</b>	4	36,36	5	3,37	1	9	9
<b>Siempre</b>	6	54,54	6,5	3,73	2	11	11

Fuente: autoría propia



La tabla 6 muestra que el 45,46% de los pacientes presentan algún grado de dificultad en la lectura de información escrita sobre el manejo de la enfermedad.

Tabla 7. Apoyo familiar para el cumplimiento del tratamiento.

<b>Apoyo familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>A Veces</b>	5	45,46	6,4	2,07	4	9	9
<b>Siempre</b>	6	54,54	5,67	4,27	1	11	11

Fuente: autoría propia

En la tabla 7 se encuentra que el 54,54% de la población cuenta con una buena red de apoyo familiar para el manejo y cumplimiento del tratamiento.

#### 6.2.2. Factores relacionados con el proveedor de salud.

Tabla 8. Atención a inquietudes sobre el tratamiento por el personal de salud.

<b>Atención a inquietudes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>A Veces</b>	4	36,36	7,5	1,29	6	9	9
<b>Siempre</b>	7	63,64	5,14	3,89	1	11	11

Fuente: autoría propia

La tabla 8 presenta el nivel de atención de inquietudes de los pacientes, en donde el 63,64% de los pacientes manifestó recibir atención y respuesta a sus inquietudes.

Tabla 9. Atención por parte del personal médico.

<b>Control médico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>A Veces</b>	8	72,73	6	3,12	2	11	11
<b>Siempre</b>	3	27,27	6	4,58	1	10	10

Fuente: autoría propia

La tabla 9 muestra el control y el seguimiento por parte del personal médico a los pacientes, en donde el 72,73% de los participantes refirió en ocasiones ser consiente del seguimiento.

Tabla 10. Emisión de Información sobre los beneficios del tratamiento.

<b>Información sobre los beneficios</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>Nunca</b>	1	9,10	7	0	7	7	sd
<b>A Veces</b>	6	54,54	5,67	3,78	1	11	11
<b>Siempre</b>	4	36,36	6,25	3,5	2	10	10

Fuente: autoría propia

En la tabla 10 se describe la emisión de información por parte del personal de salud hacia los pacientes, encontrado que el 63,64% de los participantes nunca o en ocasiones no recibe suficiente información relacionada con los beneficios del tratamiento.

### 6.2.3. Factores Influyentes.

Tabla 11. Orientación en horarios para la toma de medicamentos.

<b>Orientación en cuanto a horarios</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>A Veces</b>	7	63,64	5,43	2,88	1	9	9
<b>Siempre</b>	4	36,36	7	4,24	2	11	11

Fuente: autoría propia

La tabla 11 evidencia la orientación brindada por el personal de salud acerca de los horarios para la toma de medicamentos. En el que el 63,64% de los participantes no siempre recibe dicha información.

Tabla 12. Comprensión por parte del personal de salud cuando falla al tratamiento.

<b>Entienden los motivos de las fallas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>Nunca</b>	1	9,09	6	0	6	6	Sd
<b>A Veces</b>	8	72,73	6,5	3,74	1	11	11
<b>Siempre</b>	2	18,18	4	1,41	3	5	5

Fuente: autoría propia

En la tabla 12 se identifica que el 72,73% de los pacientes reciben comprensión por parte del personal de salud en algunas ocasiones, cuando fallan en su tratamiento.

Tabla 13. Explicación clara del tratamiento por parte del personal de salud.

<b>Explicaciones fáciles de entender</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>Nunca</b>	1	9,10	3	0	3	3	sd
<b>A Veces</b>	7	63,63	6	3,16	1	11	11
<b>Siempre</b>	3	27,27	7	4,36	2	10	10

Fuente: autoría propia

La tabla 13 muestra la acción del personal de salud en cuanto a la manera de explicar a los pacientes el tratamiento a seguir, el 9,10% de los pacientes no recibe dichas explicaciones.

Tabla 14. Explicación de resultados esperados por parte del personal de salud.

<b>Explicación de resultados</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>A Veces</b>	5	45,46	6,6	2,7	4	11	11
<b>Siempre</b>	6	54,54	5,5	3,94	1	10	10

Fuente: autoría propia

En la tabla 14 se observa la explicación de resultados por parte del personal de salud a los pacientes, el 54,54% de los participantes siempre recibe dicha explicación.

Tabla 15. Esperanza de mejoría en el tratamiento.

<b>Esperanza en el tratamiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>A Veces</b>	4	36,36	7	2,94	4	11	11
<b>Siempre</b>	7	63,64	5,43	3,6	1	10	10

Fuente: autoría propia

La tabla 15 muestra la esperanza de mejoría relacionada con la adherencia al tratamiento. El 63,64% de los pacientes siempre mantiene esta esperanza.

#### 6.2.4. Factores Relacionados con la Terapia.

Tabla 16. Dificultad de adherencia al tratamiento relacionada con la ocupación.

<b>La ocupación dificulta el tratamiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>Nunca</b>	7	63,64	6	3,37	2	11	11
<b>A Veces</b>	3	27,27	4,67	3,21	1	7	7
<b>Siempre</b>	1	9,09	10	0	10	10	sd

Fuente: autoría propia

En la tabla 16, se aprecia que un 36,36% de los pacientes en ocasiones, o cotidianamente presentan dificultad para cumplir con su tratamiento debido a la ocupación que desempeñan.

Tabla 17. Dificultad en el cumplimiento de citas relacionado con las distancias.

<b>Dificultad para cumplir las citas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>Nunca</b>	9	80,8	5,44	3,36	1	11	11
<b>A Veces</b>	1	9,10	7	0	7	7	sd
<b>Siempre</b>	1	9,10	10	0	10	10	sd

Fuente: autoría propia

La tabla 17 muestra que cerca del 20% de los participantes en ocasiones o generalmente presentan inconvenientes para dar cumplimiento a sus citas por la distancia de los hogares a los sitios de consulta.

Tabla 18. Dudas para cumplir el tratamiento.

<b>Dudas acerca del tratamiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>Nunca</b>	5	45,46	6	3,54	2	10	10
<b>A Veces</b>	6	54,54	6	3,46	1	11	11

Fuente: autoría propia

En la tabla 18 se observan las dudas de los pacientes relacionadas con el tratamiento, encontrando que el 54,54% presentan algún tipo de duda en relación con los medicamentos.

Tabla 19. Suspensión del tratamiento asociado a la mejoría de los síntomas.

<b>Con la mejoría suspende el tratamiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>Nunca</b>	8	72,73	6	3,12	2	11	11
<b>A Veces</b>	3	27,27	6	4,58	1	10	10

Fuente: autoría propia

La tabla 19 se puede observar que el 27,27% de los pacientes suspenden el tratamiento en algunas ocasiones cuando presentan mejoría en los síntomas de la enfermedad.

Tabla 20. Dificultades previas en el cumplimiento del tratamiento.

<b>Dificultad para cumplir el tratamiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>Nunca</b>	6	54,54	5,67	4,18	1	11	11
<b>A Veces</b>	5	45,46	6,4	2,3	4	10	10

Fuente: autoría propia

Según la tabla 20, El 45,46% de los pacientes ha presentado dificultades para cumplir con el tratamiento en algunas ocasiones.

#### 6.2.5. Factores relacionados con el paciente.

Tabla 21. Hábitos y costumbres difíciles de cambiar.

<b>Comportamientos difíciles de cambiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>Nunca</b>	1	9,10	3	0	3	3	sd
<b>A Veces</b>	9	80,8	5,89	3,26	1	11	11
<b>Siempre</b>	1	9,10	10	0	10	10	sd

Fuente: autoría propia

Cerca del 90% de la población presenta o ha tenido dificultades en alguna ocasión para adaptarse a los nuevos estilos de vida y conductas promotoras de salud tal y como lo demuestra la tabla 21.

Tabla 22. Percepción de beneficios de la adherencia al tratamiento.

<b>Considera beneficioso el tratamiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>A Veces</b>	2	19,2	4,5	3,54	2	7	7
<b>Siempre</b>	9	80,8	6,33	3,39	1	11	11

Fuente: autoría propia

En la tabla 22 se observa que aproximadamente el 20% de los pacientes consideran que hay falencias en el tratamiento y los beneficios que estos les pueden traer.

Tabla 23. Interés sobre su estado de salud.

<b>Interés por cuidarse</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>Nunca</b>	1	9,10	7	0	7	7	sd
<b>A Veces</b>	1	9,10	11	0	11	11	sd
<b>Siempre</b>	9	80,8	5,33	3,16	1	10	10

Fuente: autoría propia

La tabla 23 muestra que alrededor del 19% de los pacientes no muestran mayor interés por su estado de salud.

Tabla 24. Percepción de la importancia del tratamiento.

<b>Interés por seguir el tratamiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>A Veces</b>	2	19,2	5,5	2,12	4	7	7
<b>Siempre</b>	9	80,8	6,11	3,62	1	11	11

Fuente: autoría propia

En la tabla 24 se observa que un 19.2% presenta poco interés por seguir el tratamiento.

Tabla 25. Responsabilidad sobre su estado de salud.

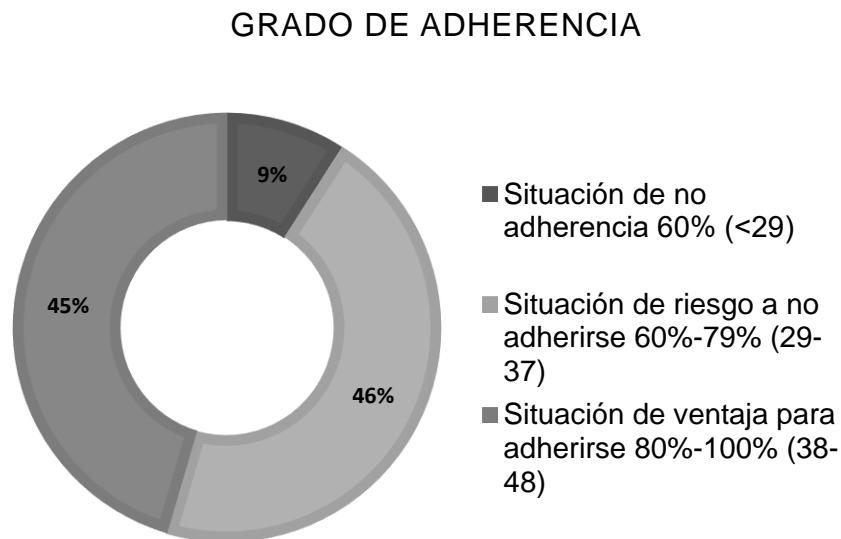
<b>Se considera responsable del autocuidado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>P(95)</b>
<b>A Veces</b>	2	19,2	5,5	2,12	4	7	7
<b>Siempre</b>	9	80,8	6,11	3,62	1	11	11

Fuente: autoría propia

El 19,2% de los participantes no es consciente de la responsabilidad que recae en ellos relacionada con el cuidado y la gestión de su propia salud, tal como se evidencia en la tabla 25.

### 6.3. GRADO DE ADHERENCIA

Figura 1. Adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico.



La figura 1 muestra el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico que presentaban los pacientes sujetos de este estudio, el 9% de estos no tenían adherencia al tratamiento, el 46% se encontraban en riesgo de no adherirse, y solo el 45% tenía ventaja para la adherencia.

## 7. ANÁLISIS O DISCUSIÓN

### 7.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Las características sociodemográficas son uno de los factores principales que influyen en la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico de los pacientes cardiovasculares, el estrato socioeconómico y el género masculino son características que directamente influyen sobre la mayoría de pacientes predominando de esta manera el estrato socioeconómico 3, también el nivel de escolaridad afecta de manera directa sobre la adherencia al tratamiento teniendo en cuenta que entre más bajo sea el nivel de educación menor es la adherencia de dichos pacientes. Estos resultados son coherentes con los encontrados en la investigación realizada por Quintana C sobre los factores que sociodemográficos influyentes en la adherencia terapéutica en la cual los resultados fueron favorables en las personas con un nivel escolarizado alto (universitarios) y en edades menores de los 50 años de edad (43), y siendo el género femenino el más adherente lo que comprueba que los hombres presentan mayor riesgo de sufrir algún tipo de evento cardiovascular que derive en un posterior ingreso a la unidad de cuidados intensivos tal y como se encontró en la investigación realizada en la Unidad de cuidados Intensivos de la clínica Martha de la ciudad de Villavicencio en donde el 63% de la población pertenecen al género masculino, y con un nivel de escolaridad que no alcanza la educación superior y con un 54,9% que tan solo pudieron realizar sus estudios secundarios incompletos; destacando así la importancia de los factores sociodemográficos en el ingreso de los pacientes a la UCI relacionado directamente con la adherencia al tratamiento.

### 7.2. FACTORES INFLUYENTES EN ADHERENCIA

Otra de las características importantes en la adherencia al tratamiento del paciente es la disponibilidad económica para la atención de las necesidades de los mismos,



encontrando que el 45,56% de los pacientes no tienen los recursos suficientes para el mantenimiento de su enfermedad, de igual manera el 54,54% presentan algún tipo de problema para acceder a los medicamentos y un 27,27% poseen dificultades en el traslado a sus citas de control y demás aspectos relacionados con la patología, estos resultados corroboran lo encontrado por Herrera E, en el 2012 en su estudio denominado “adherencia al tratamiento en personas con Hipertensión Arterial, donde el 57 % de Los participantes manifestaron que algunas veces pueden costearse los medicamentos y por ende su disponibilidad económica es escasa, lo que dificulta de igual manera el traslado para las distintas actividades que deben realizar para favorecer su estado de salud actual (44).

Por otra parte, cerca del 91% de los pacientes manifestaron algún tipo dificultad relacionada con la dieta y el acceso a la misma debido a los costos que implica adaptarse a un nuevo régimen alimenticio que favorezca su estado de salud, lo que indica que la Dieta y su alto costo es uno de los factores que más influyen en los estilos de vida y hábitos saludables (tratamiento no farmacológico) de los pacientes, tal y como lo evidencia el estudio realizado por Herrera E. encontró que a los pacientes algunas veces se les dificulta el cambio en la dieta, debido al costo de los alimentos recomendados (52 %). Se ha descrito que el costo de los medicamentos y de los regímenes dietéticos son barreras que deberán ser superadas para conseguir el control de la HTA (45). La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo incluye como factor, con efecto considerable sobre la adherencia, el costo elevado de la medicación. Por tanto, es importante tener en cuenta el bajo nivel socioeconómico que caracteriza la muestra (44).

En cuanto a la claridad de la información brindada por el personal de salud, aproximadamente el 91% de los pacientes presentaron alguna dificultad para acceder de manera clara a la información, de igual forma el 36,36% de los pacientes manifestó tener algún tipo de dificultad en la atención de sus inquietudes por parte del personal médico y solo el 27,27% percibe una buena atención y control en el manejo de la enfermedad, por el contrario la red de apoyo familiar es fuerte en un

gran número de pacientes, ya que el 54,54% refirieron contar siempre con una buena red de apoyo, estos resultados son similares a los obtenidos por Herrera E en su estudio en donde El 50 % de la población siempre cuenta con el apoyo de su familia y allegados para cumplir el tratamiento(44). Estudios revelan que involucrar a la familia permite apoyar los esfuerzos del paciente para controlar su patología (46). La adherencia al tratamiento en un alto porcentaje de pacientes cardiovasculares se asocia al apoyo de la familia (47).

En los factores directamente relacionados con la atención en salud se evidencia que el 65,64% de los pacientes solo algunas veces reciben información clara y concisa y entendible sobre los beneficios del tratamiento, en cuanto a la información sobre la toma de medicamentos horarios y dosis el 63,64% manifestó que solo a veces recibe dicha orientación y el 72,73% no perciben de forma clara dicha información, de igual manera el 81,82% refiere recibir comprensión en las causas que originan la falta al tratamiento solo en algunas ocasiones, tal y como lo manifiestan estudios realizados en donde La educación y el apoyo por parte del equipo de salud son poco percibidas por los participantes. El 49 % respondió que las personas que lo atienden a veces responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento; el médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que ni su familia ni el paciente entienden 50% (44), un factor que puede potenciar la adherencia, es una buena comunicación y mantener una relación respetuosa y cordial por parte del personal de salud, encaminada a mejorar el grado de comprensión y colaboración del paciente (48).

Con respecto a la esperanza de mejoría relacionada con la adherencia al tratamiento y la dificultad para adherirse a dicho tratamiento asociada con la ocupación, se evidencia que solo el 36,36% de los pacientes algunas veces presenta dificultad para adherirse debido a sus actividades diarias, lo que influye directamente sobre la esperanza de mejoría asociada con el tratamiento, el estudio realizado por Herrera presenta resultados similares en cuanto a la dificultad para adherirse, debido a que la mayor parte de los participantes 68 % respondió que las

ocupaciones que tiene nunca le dificultan seguir el tratamiento, lo cual corrobora que la adherencia al tratamiento a pesar de las múltiples ocupaciones se preocupan por cumplir con su tratamiento.

En cuanto a la suspensión del tratamiento por parte de los pacientes ante la mejoría de los síntomas, se puede observar que el 27,27% de los pacientes suspenden su tratamiento en algunas ocasiones cuando presentan mejoría en los síntomas de la enfermedad y el 45,46% de los pacientes ha presentado dificultades para cumplir con el tratamiento en algunas ocasiones, similar a lo encontrado por Herrera en su estudio en donde el 68% de los pacientes nunca suspenden el tratamiento por sentir mejoría de los síntomas (44), lo cual se podría considerar un punto a favor para la adherencia al tratamiento Farmacológico.

Cerca del 90% de la población presenta o ha tenido dificultades en alguna ocasión para adaptarse a los nuevos estilos de vida y conductas promotoras de salud, también se observa que aproximadamente el 20% de los pacientes consideran que hay falencias en el tratamiento y los beneficios que estos les pueden traer; alrededor del 19% de los pacientes no muestran mayor interés por su estado de salud y el 19,2% de los participantes no es consciente de la responsabilidad que recae en ellos relacionada con el cuidado y la gestión de su propia salud, resultados similares a los del estudio realizado por Herrera en donde el 53 % de los participantes creen que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios que a veces son difíciles de cambiar, Los participantes también creen ser los responsables del cuidado de su propia salud 94 % y que es importante seguir el tratamiento para mejorar la salud 91 %. Y la mayoría están convencidos de los beneficios del tratamiento y por eso lo siguen 87 %, y se interesan por conocer sobre su condición de salud y la manera de cuidarse 84 %. Estos resultados indican que los participantes pueden estar dispuestos a ejercer su autocuidado, por tanto debe considerarse como un factor positivo (44), no obstante es de anotar que aunque la mayoría de la población presenta estas características positivas hay un porcentaje que no sigue las

características principales de la adherencia lo que significa un alto riesgo para el desarrollo de algún evento cardiovascular.

### 7.3. GRADO DE ADHERENCIA.

En cuanto al grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico que presentaban los pacientes sujetos de este estudio, el 9% de estos no tenían adherencia al tratamiento, el 46% se encontraban en riesgo de no adherirse, y solo el 45% tenía ventaja para la adherencia, otros estudios realizados muestran una adherencia terapéutica al tratamiento de 37,4 % correspondiente a 329 pacientes (49). Otro trabajo ha publicado el 52,4 % (50). Otro trabajo realizado sobre la adherencia mostro un resultado de 33,9 %, cifras cercanas a las encontradas en el estudio realizado, para finalizar, la Medición de la adherencia es compleja y ningún método sea directo o indirecto está exento de limitaciones.

## 8. CONCLUSIONES

Según los hallazgos de la presente investigación se concluye que la edad avanzada, el género masculino y el estrato 3 obedecen a un perfil socioeconómico de enfermedad cardiovascular. Lo anterior pone en evidencia el riesgo de no poder cumplir el régimen de adherencia a los tratamientos.

Por otro lado, los resultados apuntan a la presencia de factores que influyen negativamente en la adherencia al tratamiento, especialmente el bajo nivel educativo y la poca disponibilidad económica para cubrir los gastos que requiere el régimen farmacológico y no farmacológico. Los factores relacionados con el proveedor, la terapia y con el paciente reflejan una situación de ventaja para la adherencia, sin embargo, en los pacientes persisten las dificultades para poder cambiar las costumbres sobre alimentos y ejercicios; en cuanto a los factores personales, los pacientes que presentaron un evento cardiovascular, presentan interés por participar activamente en el cuidado de su salud, son conscientes que están enfermos y reconocen la importancia de adherirse a los tratamientos indicados por el personal de salud; los pacientes expresan también, que cuentan con el apoyo de la familia, lo que les permite una mejor adherencia y por consiguiente un tratamiento más eficaz

Las buenas relaciones existentes entre médico-paciente y/o enfermera-paciente, expresado principalmente en la resolución de dudas, y en un trato amable y agradable, basado en un dialogo comprensible, en el que se emplea un lenguaje que resulta sencillo de interpretar por parte del paciente; es significativo para la adherencia del tratamiento farmacológico en los pacientes investigados, en especial en cuanto a dosis y horarios.

Como evidencia principal la no adherencia al tratamiento representa uno de los factores de riesgo más importante en la adquisición de enfermedades cardiovasculares, Lo anterior indica que el cuidado puede ser más eficaz si se conoce la problemática individual de cada una de las personas desde una

perspectiva más individualizada, basada en el cuidado integral; Por lo que se requiere desarrollar programas para la adopción de estilos de vida saludable necesarios para el control de las ECNT y la prevención de complicaciones.

## 9. RECOMENDACIONES

Para el departamento. Se deben realizar el seguimiento a las IPS del departamento verificando la adherencia de los pacientes a los diferentes programas de promoción y prevención que prevengan el desarrollo de las enfermedades crónicas en la población.

Para el Municipio. Es necesario en el contexto local es necesario Conocer los factores que impiden la adherencia de los pacientes a los distintos tratamientos y que derivan en posteriores eventos cardiovasculares, todo esto desde las actividades de promoción y prevención que fortalezcan el seguimiento a estos pacientes, mejorando de esta forma su calidad de vida.

Para la formación profesional de las áreas sociales y de salud. Fortalecer la educación continua del cuidado de la salud en el ámbito clínico, la integración social, económica y familiar de las pacientes cardiovasculares.

Para la Universidad de los Llanos. Reforzar la investigación clínica con el fin de mejorar los datos estadísticos y factores clínicos directamente implicados en el desarrollo de enfermedades, cuidados y otros aspectos de importancia de los cuales su información es casi nula.

Para la Facultad y el Programa de enfermería. Fortalecer los grupos de investigación con proyectos dirigidos al ámbito clínico ya que la investiga en este campo se ha visto debilitada.

Para las IPSs del primer nivel de atención y clínica. Fortalecer los programas de promoción y prevención en cuanto al seguimiento de los pacientes y sus factores de riesgo para la adherencia al tratamiento.

Para los pacientes y su familiar. Mantener una adecuada relación de apoyo que beneficie el estado de salud del paciente y su familiar como cuidador principal.

Para la comunidad de la región en general. Estudiar acerca de las enfermedades crónicas no transmisibles y detectar tempranamente factores de riesgo que pueden ser modificables con el fin de llevar un adecuado tratamiento previniendo de esta manera el desarrollo de dichas enfermedades.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. intervención poblacional enfermedades no transmisibles en Colombia disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/E>
2. Enfermedades cardiovasculares: Materiales científicos y técnicos de OPS/OMS Colombia: perfil de enfermedades cardiovasculares, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de La Salud 2014, URL disponible en:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=rdmore&cid=7283&Itemid=40876&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=7283&Itemid=40876&lang=es)
3. Organización mundial de la salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014, 1-16. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1)
4. Enfermedades cardiovasculares: Materiales científicos y técnicos de OPS/OMS Colombia: perfil de enfermedades cardiovasculares, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de La Salud 2014, URL disponible en:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=rdmore&cid=7283&Itemid=40876&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=7283&Itemid=40876&lang=es)
5. Secretaria seccional de salud del Meta, análisis de la situación de salud departamento del Meta 2011, disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-META-2011.pdf>
6. Orueta Sánchez R, Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas, Vol. 29–N.º 2-2005, Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, pag 40-8, disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29\\_2EstrategiasMejora.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf)
7. Observatorio Nacional de Salud. 2013. Enfermedades cardiovasculares instituto nacional de salud. Observatorio nacional de salud Boletín Dic 9. URL:  
[http://www.ins.gov.co/lineas-deaccion/ons/boletin%201/boletin\\_web\\_ONS/boletin\\_01\\_ONS.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-deaccion/ons/boletin%201/boletin_web_ONS/boletin_01_ONS.pdf)
8. intervención poblacional enfermedades no transmisibles en Colombia disponible en:



<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/iintervencion-poblacional-ent-fr.PDF>

9. Maldonado O, Ramírez I, García J, Ceballos G, Méndez E. Colesterol: Función biológica e implicaciones médicas. Rev. mex. cienc. farm [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Nov 30] ; 43( 2 ): 7-22. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-01952012000200002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952012000200002&lng=es).
10. Organización Mundial de La Salud, Centro de Prensa, Enfermedades No transmisibles Datos y cifras Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
11. Marchionni M, Caporale J, Conconi A, Porto M, Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención, Banco Interamericano de Desarrollo Sector Social División de Protección Social y Salud RESUMEN DE POLÍTICAS, URL disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/1358/Enfermedades%20crónicas%20no%20transmisibles%20y%20factores%20de%20riesgo%20en%20Argentina%3A%20prevalencia%20y%20prevencion%20PROTOCOL.pdf?sequence=6>
12. Cordova J, Plan de Prevención Clínica de las Enfermedades Crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus 2007-2012 y Sistema de Indicadores de Diabetes en México, revista mexicana de Cardiología, Volumen 20, Número 1, URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2009/h091h.pdf>
13. Ortega S, Vargas E, Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular, av.enferm., XXXII (1): 25-32, 2014, URL disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46032/47583>
14. Ortiz C, Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, Av. Enferm, Volumen 28, Número 2, p. 73-87, 2010, URL disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21382/22433>
15. Prado L, González M, Paz N, Romero K, La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención, Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>

16. Orozco-Gómez Á, Castiblanco-Orozco L. Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Revista Colombiana De Psicología [serial on the Internet]. (2015, Jan), [cited September 12, 2017]; 24(1): 203-217. URL disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/42949>
17. Salinas J, Lera L, González C, Vio F, Evaluación de una intervención educativa nutricional en trabajadores de la construcción para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles en Chile, Rev. méd. Chile vol.144 no.2 Santiago feb. 2016, URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016000200008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000200008)
18. Machado J, Machado M, Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con dislipidemia afiliados al sistema de salud en Colombia, Rev Peru Med Exp Salud Publica vol.30 n.2, URL Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n2/a07v30n2.pdf>
19. Abascal J, Guimará M, Vega L, Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, Revista Cubana de Medicina General Integral vol 27 n.1 URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v27n1/mgi10111.pdf>
20. Saldaña D. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. Aquichan [serial on the Internet]. (2007, Oct), 7(2): 139-160. URL Disponible en: <http://bibliotecasenlinea.unillanos.edu.co:2098/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fcca13d1-724e-4f3d-b243-55f1bc0c8ae0%40sessionmgr105&vid=9&hid=116>
21. Contreras A, Flórez I, Herrera A. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad, av.enferm. [online]. 2011, vol.26, n.2, disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0121-45002008000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002008000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
22. Castillo F, Ayuga A, Perulero N, Barea N, Adherencia al tratamiento con lovastatina en la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. Estudio PRELOVAS, Medicina Clínica, Vol 123, 18, 2004, Pages 692-696, URL Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775304753324>
23. Santos Ribeiro Í, de Oliveira Boery R, Casotti C, Freire I, Brito Teixeira J, Boery E. Prevalencia y Factores Asociados Con La Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Hipertensión, Revista Baiana De Enfermagem [serial on the Internet]. (2015, July), 29(3): 250-260. URL Disponible en:

<http://bibliotecasenlinea.unillanos.edu.co:2098/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=fcca13d1-724e-4f3d-b243-55f1bc0c8ae0%40sessionmgr105&hid=116>

24. González M, González A. La Modificación de los Hábitos y la Adherencia terapéutica, Clave para el Control de la Enfermedad Crónica. Enfermería Clínica,(24),1, 2014,[59-66] EL SEVIER, disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001757>
25. Herrera E, Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. av.enferm. [online]. 2012, vol.30, n.2, disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>
26. Zambrano R ; Duitama J ; Posada J ; Flórez J, Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, Revista Facultad Nacional de Salud Pública,2012, vol.30, n.2 URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a05.pdf>
27. Márquez E; et-al; Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro, Revista Clínica Española Vol 214, 6, 336–344 URL disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256514001271>
28. Olivella M; Bastidas C; Castiblanco M; La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem, AQUICHAN 12 - VOL. 12 N° 1; URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a06.pdf>
29. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura; centro de Prensa Organización Mundial de la Salud (OMS) URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
30. Saíenz A, Vázquez A, García R, Dueñas A, Quirós L, Debs G. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial: Estudio de 200 casos. Rev cubana med [Internet]. 2002 Jun [citado 2016 Dic 05] ; 41( 3 ): 152-156. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232002000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232002000300005&lng=es)
31. Herrera, E G. 2012. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial av. enferm., 2012 (2): 67-75, scielo. URL disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>

32. Paciente- definición, revista virtual CCM, URL disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/15489-paciente-definicion>
33. Riesgo cardiovascular; sociedad española del corazón, URL disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular.html>
34. El cuidado, blog on line, URL disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.co/2012/06/dorothea-orem.html>
35. Registraduría nacional del estado civil, portal web disponible en: <http://www.registraduria.gov.co/IMG/pdf/constitucio-politica-colombia-1991.pdf>
36. Alcaldía mayor de Bogotá portal web disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
37. Alcaldía mayor de Bogotá portal web disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
38. Departamento nacional de planeación portal web disponible en: <https://www.dnp.gov.co/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Que-es-el-Plan-Nacional-de-Desarrollo.aspx>
39. Instituto nacional de salud portal web disponible en: <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Leyes/LEY%201355%20DE%202009.pdf>
40. Ministerio de salud y protección social portal web disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf>
41. Alcaldía de Villavicencio portal web disponible en: [https://www.villavicencio.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=98&Itemid=188](https://www.villavicencio.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=98&Itemid=188)
42. Vinaccia S; Quiceno J; Fernández H; Gaviria A, Chavarría F; Orozco O; apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con Diagnostico de Hipertensión arterial, revistas universidad pontificia Bolivariananúm. 8, URL disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6120/5612>

43. Quintana C, Fernández J, Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento, Rev Cubana Invest Bioméd v.28 n.2, URL disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002009000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200007)
44. Herrera E, Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial, av.enferm.,(2): 67-75, 2012, URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>
45. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia al tratamiento a largo plazo: Pruebas para la acción. Cap. V. [En línea]. 2004. Disponible en: <http://www.paho.org./Spanish/AD/DPC/NC>
46. Friedman M. Red y apoyo social en enfermería familiar: revisión de conceptos. 3a Ed. USA: Appleton & Lage; 1992. p. 146-156. [En línea]. . Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es\\_24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_24.pdf)
47. Marín F, Rodríguez M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud pública Méx. 2001; 43(4). [En línea]. . Disponible en: <http://www.scielosp.org/sieloOrg/php>
48. Fernández C. La Adhesión a los Tratamientos Terapéuticos [En línea]. Iber psicología: Revista electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología; ISSN 1579- 4113. 1996; 1(1). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=301251>
49. Quintana C, Fernández-B J. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. Rev Cubana Invest Bioméd; 28( 2 ): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002009000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200007&lng=es)
50. Martín Alfonso L, Saín Magalia, Bayarne Veá H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen URL disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002009000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200007)

## 11. ANEXOS

### Anexo 1. Autorización 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 PATRICIA BONILLA IBÁÑEZ  
Autora

## Anexo 2. Caracterización



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

Anexo 3. Instrumento de valoración.



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



<b>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</b>			
No _____		Fecha _____	
Nombre: _____		Edad: _____	
Dirección: _____			
Teléfono: _____			
<b>INSTRUCCIONES</b>			
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			
<b>Factores influyentes</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
<b>I dimensión</b> <b>Factores Socioeconómicos</b>			
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.			
<b>II dimensión</b> <b>Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud</b>			
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			
<b>Factores influyentes</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
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			
<b>III dimensión</b> <b>Factores relacionados con la terapia</b>			





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			
<b>IV dimensión</b> <b>Factores relacionados con el paciente</b>			
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 4. Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### 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 ~~ya~~ ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de ~~IPSs~~ de Villavicencio. Investigador principal: Doraly Muñoz Acuña, Co investigadores: María Teresa Olarte Castro y Emilee 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 ~~UP.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 transmisibles, 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 5. Autorización de la IPS clínica Meta.



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: [dmunozacuana@unillanos.edu.co](mailto:dmunozacuana@unillanos.edu.co) [grupogesis@unillanos.edu.co](mailto:grupogesis@unillanos.edu.co)  
Celular No. 3208493655

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

 **INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.**  
NIT. 892.009.401-7  
**Gerencia General**  
D 23 / M 09 / A 2016

## Anexo 6. Autorización de la IPS Clínica Martha.



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 Martha 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: Hugo Alberto Pérez Rojas código 130003218, Cristian Gradilano Muñoz González código 130003213, de sexto semestre del Programa de Enfermería, como su opción de grado. Esta investigación cumple con lo establecido en la Resolución No. 006430 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.



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](mailto:dmunozacuna@unillanos.edu.co) [grupogesia@unillanos.edu.co](mailto:grupogesia@unillanos.edu.co)

Celular No. 3208493655

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

RECIBIDO  
22-SEPT-16  
MARISOL