

INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO

TITULO: Factores asociados a la adherencia a los tratamientos en pacientes con insuficiencia cardiaca en Cartagena.
TUTORA: Arleth Herrera Lían
CORREO ELECTRONICO: arlesa05@hotmail.es TEL: 3005008276
DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: Daniel Lemaitre Calle 70 No. 17-81
INVESTIGADORES: Bleydis Florián García bleyfg@hotmail.com Yina González Pastrana yinagp@hotmail.com Valeria González Vega valeria.g.v@hotmail.com Giselle Mejía Vergara giselle.mejia.19@gmail.com Mónica Narváez Romero monicanarvaez@hotmail.com
TOTAL DE INVESTIGADORES: 6 Investigadores
LINEA DE INVESTIGACION: Cuidado a las personas.
DURACION DEL PROYECTO: 2 Años
COSTO TOTAL DEL PROYECTO: 2.800.000
PALABRAS CLAVES: Adherencia, Adulto, Insuficiencia Cardiaca.

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN CARTAGENA.**

TUTORA

ARLETH HERRERA LÍAN

INVESTIGADORAS

BLEYDIS FLORIÁN GARCÍA

YINA GONZÁLEZ PASTRANA

VALERIA GONZÁLEZ VEGA

GISELLE MEJÍA VERGARA

MÓNICA NARVÁEZ ROMERO

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARTAGENA

2013

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN CARTAGENA.**

TUTORA

ARLETH HERRERA LÍAN

INVESTIGADORAS

BLEYDIS FLORIÁN GARCÍA

YINA GONZÁLEZ PASTRANA

VALERIA GONZÁLEZ VEGA

GISELLE MEJÍA VERGARA

MÓNICA NARVÁEZ ROMERO

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARTAGENA

2013

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	5
LISTA DE ANEXOS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GENERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	15
3. MARCO TEORICO	16
4. METODOLOGIA	23
4.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION	23
4.2 POBLACION DIANA	23
4.3 POBLACION ACCESIBLE	23
4.3 CRITERIOS DE INCLUSION	23
4.4 CRITERIOS DE EXCLUSION	23
4.5 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS	23
4.6 INSTRUMENTO	24
4.7 ANALISIS ESTADISTICO	25
4.8 CONSIDERACIONES ETICAS	25
4.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	26
5. RESULTADOS	29
6. DISCUSION	32
7. CONCLUSIONES	37
8. RECOMENDACIONES	38
9. AGRADECIMIENTOS	39
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	46

LISTA DE TABLAS

TABLAS.	Pág.
Tabla 1. Caracterización sociodemografica de los pacientes con Insuficiencia cardiaca que asisten a consulta externa en una institución de tercer nivel: Cartagena 2012	50
Tabla 2. Distribución según la Clase funcional de los de los pacientes con Insuficiencia cardiaca que asisten a consulta externa en una institución de tercer nivel: Cartagena 2012.	51
Tabla 3. Factores Socioeconómicos	52
Tabla 4. Factores Relacionados con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud	53
Tabla 5. Factores Relacionados con la Terapia	54
Tabla 6. Factores Relacionados con el paciente	55
Tabla 7. Grado de Adherencia	55
Tabla 8. Asociación entre el factor y el riesgo de no adherirse	57

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS	Pág.
Anexo 1. Consentimiento informado	46
Anexo 2. Instrumento	47
Anexo 3. Tablas de resultados	50

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores asociados en la adherencia a los tratamientos en pacientes con insuficiencia cardiaca que asisten a la consulta externa en una institución de tercer nivel de la ciudad en Cartagena.

METODOLOGÍA: Estudio transversal con una población de 120 pacientes mayores de 40 años con insuficiencia cardiaca que asistieron a consulta externa en una IPS en Cartagena 2012. Para la recolección de la información se utilizó el instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular de 24 ítems, para las asociación entre variables se utilizó la prueba Chi cuadrado.

RESULTADOS: No existió asociación significativa entre las variables edad ($p=0.96$), sexo ($p=0.92$) estrato ($p= 0.96$), pero se observa una leve inclinación del valor de p en estado civil ($p= 0.08$), escolaridad ($p= 0.08$), ocupación ($p= 0.08$), y clase funcional ($p= 0.08$) respecto a la adherencia. Un 51.7% fueron mujeres; edad promedio 64.5 años, S de 12.9, el 58.2% de los pacientes tienen pareja, respecto a la clase funcional el 41.7% pertenece a clase funcional II y teniendo en cuenta el grado de adherencia de estos pacientes el 66.7% se encontró sin riesgo de no adherirse.

CONCLUSIONES: No existe asociación significativa entre la adherencia y los factores sociodemográficos, la mayor proporción de pacientes se encontró sin riesgo de no adherirse, se evidenció un alto compromiso en seguir las recomendaciones dadas por el equipo de salud, como elemento fundamental el apoyo familiar contribuye al cumplimiento de las citas y el tratamiento indicado.

PALABRAS CLAVES: Adherencia, Adulto, Insuficiencia Cardiaca (DeSC).

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine factors associated in adherence to treatment in heart failure patients attending the outpatient clinic at a tertiary institution in the city of Cartagena.

METHODS: Cross-sectional study with a population of 120 patients over 40 with heart failure outpatients attending IPS in Cartagena in 2012. For data collection instrument was used to evaluate the factors influencing adherence to pharmacological and nonpharmacological treatments for patients with risk factors for cardiovascular disease of 24 items, for the association between variables using chi-square test.

RESULTS: There was no significant association between the variables age ($p = 0.96$), sex ($p = 0.92$) stratum ($p = 0.96$), but there is a slight tilt of the value of p in marital status ($p = 0.08$), education ($p = 0.08$), occupation ($p = 0.08$), and functional class ($p = 0.08$) concernant le respect. 51.7% were women, mean age 64.5 years, 12.9 S, 58.2% of patients have a partner, compared to 41.7% in functional class belongs to the functional class II and taking into account the degree of adherence to these patients, 66.7 % no risk was found not adhering.

CONCLUSIONS: No significant association between adherence and sociodemographic factors, the higher proportion of patients there was no risk of not adhering, evidenced a high commitment to follow the recommendations given by the health team, as a fundamental element of family support contributes compliance with the prescribed treatment and appointments.

KEYWORDS: Grip, Adult, heart failure (MeSH).

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ubica a la enfermedad cardiovascular, entre ellas la insuficiencia cardíaca (IC), dentro de las primeras cinco causas de mortalidad en adultos de ambos sexos a nivel mundial, proyectando que para 2030 producirá más de ocho millones de muertes en población mayor de 30 años (1). Colombia presenta una problemática similar, encontrándose la IC dentro de las primeras diez causas de morbilidad y mortalidad de personas en edad económica y socialmente productiva (2).

El cuidado de la persona con IC plantea retos importantes a los profesionales del área de la salud en general, y de enfermería en particular, en la medida que es una enfermedad que altera la capacidad de cuidar de sí. (3).

El tratamiento farmacológico y los cambios en el estilo de vida, deben ser llevados de por vida en los pacientes con IC, la falta de adherencia terapéutica es el principal factor de desestabilización e ingreso hospitalario (4). La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, el que puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación(5). Los comportamientos apropiados de los pacientes con IC incluyen, entre otros, la adecuada adherencia al tratamiento farmacológico, al no farmacológico (recomendaciones sobre la dieta, ejercicio, descanso y control diario de peso), y la búsqueda de ayuda asistencial cuando sea necesario (6). Con el solo conocimiento no es suficiente, como dice Thompson (7), los pacientes con IC deben hacer el compromiso de vivir saludablemente siguiendo estrictamente las recomendaciones dadas por el personal de la salud que busca mejorar su calidad de vida y evitar las posibles complicaciones de esta patología.

Teniendo en cuenta el fenómeno anterior, el profesional de enfermería posee un gran potencial para desempeñar un papel significativo, en el fortalecimiento y gestión de las estrategias dirigidas a mejorar la adherencia de las personas con IC, a los tratamientos,

contando con la colaboración de los familiares de los usuarios y del equipo de salud; sin embargo para esto se hace necesario conocer los factores que se asocian de manera directa en este proceso y de esta manera se tomar las directrices que guiaran la intervención de enfermería en estos pacientes.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares son síntomas propios de la actual sociedad cuyos índices de morbilidad y mortalidad van cada día en incremento, y son reconocidas como entidades crónicas y de lento desarrollo, éstas son producidas cuando confluye un número suficiente de factores desencadenantes o "factores de riesgo" (8), constituyéndose un problema de salud de primer orden. En todo el mundo 16,7 millones de muertes se deben a dichas enfermedades (9).

La insuficiencia cardiaca (IC), es una de estas enfermedades y se constituye en una entidad patológica con un gran impacto en la población general, se considera uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial con repercusiones económicas y sociales de gran magnitud (10,11). La mayoría de los pacientes con insuficiencia cardiaca son adultos mayores, tienen alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, no se realizan controles periódicos y presentan una enfermedad severa subtratada y asociada a alta mortalidad (12).

En estudios poblacionales transversales en donde se midió la prevalencia de insuficiencia cardíaca con ecocardiografía se observaron prevalencias en EE.UU con 2% en mayores de 45 años y en España con 5% en mayores de 40 años, además, en poblaciones mayores de 40 años, aproximadamente el 1-2% presenta IC, y llega al 10% o más por encima de los 60-70 años (13).

Esto supone en España unas 200.000 personas entre 40 y 60 años, y más de 500.000 personas de mayores de 60 años, que requieren atención sanitaria por IC (13). Según estadísticas norteamericanas, 2,3% de la población tiene insuficiencia cardíaca; cada año se presentan 550 mil nuevos casos y hay cerca de 1 millón de hospitalizaciones (13).

En Colombia la insuficiencia cardiaca en la actualidad está en aumento y en los demás países latinoamericanos, debido a la mayor prevalencia de los factores de riesgo, al aumento de las enfermedades cardiovasculares, al envejecimiento de las poblaciones y a los avances tecnológicos, que han permitido un incremento en la expectativa de vida (14).

Según el sistema de información de registro individual de prestación de servicios (RIPS) 2005 del Ministerio de Protección Social, en Colombia la insuficiencia cardiaca constituye aproximadamente el 6% de las hospitalizaciones en el adulto, con un promedio de estancia hospitalaria 5,8 días, un 7% de las consultas al servicio de urgencia y aproximadamente un 2% de las causas de mortalidad global (15).

En un estudio realizado por Ospina y Gamarra (12) en un Hospital de Bucaramanga, se encontró que 20,1% de los pacientes fueron admitidos con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, con edad promedio de 68 años; con mayor prevalencia en el género masculino con 51.6%, además se encontró un alto porcentaje de pacientes que ingresaron con clase funcional III 63% y que la principal causa de hospitalización fue la falta de adherencia al tratamiento médico en 50% de los casos.

Ante una enfermedad crónica e irreversible es necesario conocer la adherencia terapéutica, conocida como el grado de cumplimiento de acciones que los pacientes logran con base en recomendaciones dadas por el médico, la enfermera u otro personal de salud en el control para alguna condición de enfermedad (16). Por consiguiente, la falta de adherencia es un factor de riesgo para el tratamiento efectivo de la enfermedad cardiovascular (17), y es de suma preocupación para todos los interesados en el personal de salud.

Así pues, sólo un 20-60 % de los pacientes con insuficiencia cardiaca cumplen el tratamiento farmacológico y no farmacológico que se le ha prescrito según la Sociedad Europea de Cardiología (18).

La poca adherencia terapéutica es la principal razón de que no se logren los beneficios clínicos, por lo cual se desarrollan complicaciones físicas y psicosociales que afectan negativamente la calidad de vida de los pacientes y generan un alto costo en los recursos de atención de salud (19).

En Bogotá, Colombia el estudio realizado por Achury D (19), demostró que los pacientes insuficiencia cardiaca presentaban una baja adherencia al tratamiento antes de la intervención educativa puesto que existía un importante déficit de conocimiento acerca de

la enfermedad. Todo esto es inquietante ya que considerando la insuficiencia cardiaca una de las principales enfermedades crónicas de alto impacto social, emocional, económico, la necesidad es que estos pacientes tengan un compromiso y participación total en el manejo del tratamiento farmacológico con el fin de mejorar sus signos y por ende las complicaciones y las hospitalizaciones a repetición.

En el estudio se concluyó que la confianza y seguridad que tienen los pacientes en los profesionales de la salud, refleja lo importante que son y cómo en un momento dado esta confianza se debe fortalecer por medio de una adecuada comunicación, de esta forma se motivará al paciente a mantener un grado de adherencia adecuado (19).

En Cartagena en el año 2009 se registraron 3.495 muertes donde las causas cardiovasculares fueron las que ocuparon el grupo de más peso estadístico con 1.030 casos, (20), mientras que en el 2010 los eventos cardiovasculares aumentaron representando el 29,1%, del total de las defunciones reportadas en la ciudad de Cartagena; donde la insuficiencia cardiaca ocupó el quinto lugar con una tasa de incidencia de 1,1(21).

Es por esto, que la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es uno de los aspectos críticos en el mejoramiento de la salud de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Aunado a esto, la inquietud por la tendencia casi mundial de aumento en la morbilidad y mortalidad por esta causa (aproximadamente el 50% de todos los pacientes abandonan sus tratamientos), lleva a reconocer que el problema de la no adherencia requiere un manejo diferente en todos los escenarios de la salud (17).

Lo anterior lleva a señalar que la adherencia al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia cardiaca es un desafío que involucra la competencia del profesional de enfermería desarrollando estrategias para contribuir al mejoramiento de la adherencia al tratamiento de estos pacientes, y ayudar a su crecimiento alrededor del cuidado de la experiencia de la salud, generando así un impacto social en la población a tratar.

Es por esto que surge el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia a los tratamientos en pacientes con insuficiencia cardiaca, que asisten a la consulta externa en una institución de tercer nivel en la ciudad de Cartagena?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores asociados en la adherencia a los tratamientos en pacientes con insuficiencia cardiaca que asisten a la consulta externa en una institución de tercer nivel en la ciudad de Cartagena.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar socio demográficamente a los pacientes con Insuficiencia cardiaca que asisten a consulta externa en una institución de tercer nivel en la ciudad de Cartagena.
2. Determinar la clase funcional de la insuficiencia cardiaca de los pacientes con Insuficiencia cardiaca que asisten a consulta externa en una institución de tercer nivel en la ciudad de Cartagena.
3. Identificar los factores socioeconómicos, los relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, con la terapia y con el paciente, que influyen en la adherencia.
4. Establecer la asociación estadística entre el nivel de adherencia y los factores que influyen en esta.

3. MARCO TEORICO

La Insuficiencia Cardíaca (IC) se puede definir como un síndrome complejo, caracterizado por anomalías de la función ventricular izquierda y de la regulación neurohormonal que se acompaña de intolerancia al ejercicio, retención de líquidos y reducción de la longevidad. Desde el punto de vista clínico, la IC se caracteriza por la presencia de síntomas y signos de hipertensión venosa pulmonar y/o sistémica o de bajo gasto cardíaco, atribuibles a la disfunción mecánica de uno o de ambos ventrículos (22).

Según su situación funcional, a fin de conocer el grado en que la IC afecta a la actividad física del paciente la New York Heart Association (NYHA), definió cuatro clases funcionales:

Clase funcional I: Actividad ordinaria sin síntomas. No hay limitación de la actividad física.

Clase funcional II: El paciente tolera la actividad ordinaria, pero existe una ligera limitación de la actividad física apareciendo disnea con esfuerzos intensos.

Clase funcional III: La actividad física que el paciente puede realizar es inferior a la ordinaria, esta notablemente limitado por la disnea.

Clase funcional IV: El paciente tiene disnea al menor esfuerzo o en reposo, y es incapaz de realizar cualquier actividad física (22).

Entre tanto, la adherencia es la capacidad que tiene el individuo para comprometerse con su propio cuidado y a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos (8).

Sin embargo, en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2004, llegaron a la conclusión de que la adherencia terapéutica se definía como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”; pero que sin embargo, el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un

colaborador activo en el proceso de tratamiento. En particular, se reconoció durante la reunión que la adherencia terapéutica de cualquier régimen refleja el comportamiento de un tipo u otro. Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado de la hipertensión o la diabetes, el tabaquismo, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos (16).

Es por eso que en el proyecto sobre adherencia de la OMS se ha adoptado la siguiente definición de adherencia terapéutica: “El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria” (23).

Al igual, Brannon 2002, plantea que la adherencia es la medida en la que el comportamiento de una persona coincide con el consejo médico y de salud adecuados. Y del mismo modo R. Brian Haynes 1979, la califica como sinónimo de cumplimiento, “es la medida en que el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones médicas” (24).

Ahora bien, la adherencia al tratamiento farmacológico es el grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el profesional de la salud en cuanto a la toma de medicamentos (25). Esta variable se interpreta a partir de tres fuentes: adherencia percibida por el paciente que corresponde a la adherencia reportada según opina el paciente sobre su logro, la adherencia confirmada objetivamente que corresponde a las cifras obtenidas directamente del paciente y de su historia clínica al compararlos y la adherencia reportada por cuidadores o persona significativa: opinión que tienen otros sobre el cumplimiento de las recomendaciones por parte de los pacientes (16). Mientras que la adherencia al tratamiento no farmacológico es el grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el profesional de la salud

pero en cuanto al cambio de estilos de vida (dejar el sedentarismo, dejar de beber o de fumar, etc.) (25).

Es por esto, que la falta de adherencia al tratamiento tiene importantes repercusiones sobre la calidad de la asistencia; disminuye la efectividad del tratamiento, aumenta la insatisfacción y deterioro de la relación médico-paciente, e incrementa de forma significativa el uso de recursos hospitalarios (26) y va acompañada de un aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad (27). Y es así, que se tiende a pensar erróneamente que el responsable de una mala adhesión terapéutica es el paciente, pero es necesario valorar otros factores, como pueden ser un sistema sanitario de difícil accesibilidad, una mala educación sanitaria o una comunicación deficiente entre médico y paciente, aspectos tan importantes como la actitud del paciente y su entorno (28).

Para Amigo (29), es claro el impacto que tiene la falta de adherencia en el éxito o fracaso de los programas terapéuticos. Sin embargo, ellos resaltan la complejidad y multiplicidad de los factores que determinan esta conducta. Esto también es apoyado por Lyngcoln (30).

Según Cáceres (31), las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud en su proyecto sobre adherencia (OMS 2004), resalta cinco dimensiones que influyen sobre la adherencia terapéutica, las cuales guardan similitud con las planteadas por Brannon, tales dimensiones son: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente (23).

a. Factores socioeconómicos.

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos o los padres que los cuidan (23).

Los principales problemas económicos y sociales que deben abordarse en relación con la adherencia terapéutica son: la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestable, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de los medicamentos, la disfunción familiar, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento y la disfunción familiar (23).

El costo elevado de los medicamentos y la atención se informa constantemente como una causa importante de la falta de adherencia terapéutica en los países en desarrollo. Para alcanzar buenas tasas de adherencia a los tratamientos se requiere financiamiento general y sostenible, precios asequibles y sistemas de distribución fiables (23).

La edad es un factor que se ha informado influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular. Debe evaluarse por separado para cada afección, y, si fuera posible, por las características del paciente y por el grupo de edad de desarrollo (es decir, niños dependientes de los padres, adolescentes, adultos y pacientes ancianos (23).

En los países desarrollados, las personas mayores de 60 años y los pacientes con enfermedad crónica consumen aproximadamente 50% de todos los medicamentos recetados (hasta tres veces más per- cápita que la población en general) (31).

b. Factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria.

Una buena relación proveedor – paciente puede mejorar la adherencia terapéutica (32), pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo como son: servicios de salud poco

desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla (23).

La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia, la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen de manera favorable (33,34).

El interrogatorio a un paciente sobre si cumple o no su tratamiento puede llevar en la mayoría de las ocasiones a una valoración incorrecta, ya que muchos pacientes prefieren agradar a su médico y contestan lo que consideran que el médico pretende escuchar. Por ello, una aproximación que puede ser más fiel es preguntar al paciente si ha presentado o no efectos secundarios al tratamiento o si conoce las razones por las que toma la medicación y los beneficios que puede obtener con ella. A través de este interrogatorio se puede obtener una información indirecta que puede darnos una idea bastante aproximada del grado de adhesión del paciente a un determinado tratamiento (35).

d. Factores relacionados con el tratamiento.

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. En general, cuanto más complejo sea el régimen de tratamiento, menos probable será que el paciente lo siga. Los indicadores sobre la complejidad del tratamiento incluyen la frecuencia del comportamiento de autocuidado (23).

Además, una dosificación farmacológica sencilla fomenta la adhesión terapéutica, especialmente si se combina con un programa de visitas frecuentes al personal sanitario; aun así, alrededor del 10-40% de los pacientes con estos regímenes terapéuticos tan sencillos falla a la hora de realizar el tratamiento (36-38).

e. Factores relacionados con el paciente.

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia (23).

Algunos de los factores relacionados con el paciente que influyen sobre la adherencia terapéutica son el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el no percibir la necesidad de tratamiento, la falta de efecto percibido del tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, el entender mal las instrucciones del tratamiento, la falta de aceptación del monitoreo, las bajas expectativas de tratamiento, la inadecuada asistencia a los controles de seguimiento, los sentimientos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad (23).

Las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, las expectativas y las experiencias, y por los conocimientos de la enfermedad (39). Las inquietudes por la medicación surgen de manera característica de las creencias acerca de los efectos colaterales y la interrupción del modo de vida, y de preocupaciones más abstractas sobre los efectos a largo plazo y la dependencia. Se relacionan con las perspectivas

negativas acerca de los medicamentos en su totalidad y las sospechas de que los médicos los prescriben en exceso (40,41).

4. METODOLOGIA

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO: Analítico Transversal.

4.2 POBLACIÓN DIANA: La constituyeron 250 adultos con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca que asistieron a consulta externa de Cardiología en una institución de tercer nivel en la ciudad de Cartagena en un periodo comprendido del año 2010 hasta el 2012 de acuerdo a la información relacionada en la siguiente tabla:

AÑO	Número de Pacientes que asistieron a Consulta Externa
2010	60
2011	112
2012	78
Total	250

4.3 POBLACION ACCESIBLE: Adultos que asistieron a Consulta Externa de Cardiología que cumplieron con los criterios de Inclusión y Exclusión que Estuvo constituida por 120 pacientes de una institución de tercer nivel en Cartagena.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Pacientes mayores de 40 años, de ambos géneros con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca con o sin patologías agregadas y que asisten a consulta externa.

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Pacientes con dificultades en la comunicación, alteraciones mentales y pacientes que no deseen participar en la investigación.

4.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

La información se recolectó por las investigadoras en una institución de tercer nivel de la ciudad de Cartagena, mediante la aplicación de una encuesta a los pacientes que asisten a

la consulta externa. Se les hizo firmar el consentimiento informado, explicándoles el propósito de la entrevista, posteriormente se realizó la encuesta que evaluó las características sociodemográficas, los factores asociados al grado de adherencia a la terapia farmacológica y no farmacológica y la clase funcional que fue determinada por la historia clínica del paciente según la New York Herat Association (NYHA).

4.6 INSTRUMENTO: Es un instrumento que permite evaluar los factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, elaborado por Claudia Bonilla y su directora de tesis Edilma de Reales, enfermeras docentes de la Universidad Nacional, al cual se le realizó la validez de contenido mediante la evaluación de cada ítem en cuanto a pertinencia y relevancia. La versión inicial del instrumento era de 72 ítems, actualmente constituido por 24 ítems, consta de cuatro dimensiones que se describen a continuación: (Anexo 1).

I dimensión. Factores socioeconómicos, que incluyen en su conformación sub-dimensiones de: estatus económico, educación y aspectos sociales de apoyo, Consta de 6 ítems.

II dimensión. Factores relacionados con el proveedor: Sistema y equipo de salud. Los ítems de esta dimensión están distribuidos bajo varias sub-dimensiones como son: relaciones entre paciente y proveedor, acceso al cuidado y escenario del cuidado. Consta de 8 ítems.

III dimensión. Factores relacionados con la terapia que se organiza en una sola sub-dimensión como es la de mediadores de la terapia. Está conformada por 6 ítems.

IV dimensión. Factores relacionados con el paciente, que incluye una sola sub-dimensión como es la actitud que asume ante el tratamiento. Esta dimensión presenta con 4 ítems

Los ítems están formulados en sentido positivo y negativo o inverso con el fin de controlar sesgos de respuestas, para su calificación se utilizó la escala de Licker de tres puntos de 1 a 3 con tres opciones de respuesta nunca, a veces y siempre.

Para el análisis se tendrá en cuenta la recomendación de las autoras para la clasificación de los individuos en tres grupos, utilizando como puntos de corte el 60% del total y el 80% respectivamente, para los cuales corresponden el valor global del instrumento:

Alto riesgo de no adherirse: 24-43

Riesgo moderado de no adherirse: 44-58

Sin riesgo de no adherirse: 59-72

4.7 ANALISIS ESTADISTICO:

Los datos fueron almacenados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, con el cual se elaboraron tablas y gráficos y se calcularon frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central. Se calculo Chi cuadrado y se utilizo el paquete estadístico SPSS versión 17, para determinar la relación entre las variables.

4.8 CONSIDERACIONES ETICAS:

La investigación mantuvo los parámetros éticos establecidos en la resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia (42), se considero de riesgo mínimo para los participantes; la Ley 911 de 2004 (43) por la cual se establece la responsabilidad deontológica de la profesión de enfermería y Art. 15 de la Constitución Colombiana garantizando la privacidad de la información dada por los encuestados. Además para la recolección de la información se tuvo en cuenta el consentimiento informado en el cual el paciente autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (Ver Anexo 2) .

4.9 OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICO	Características que describen el estado social, económico y demográfico de cada paciente.	Sexo	M y F	cualitativa	Nominal
		Edad	Años cumplidos	cuantitativa	Razón
		Estado civil	-Soltero -Casado -Unión libre -Viudo -Separado	Cualitativa	Nominal
		Escolaridad	-Primaria completa -Primaria incompleta -Secundaria completa -Secundaria incompleta -Técnico -Tecnólogo -Universitario -Otro	Cualitativa	Ordinal
		Estrato	1,2,3,4,5,6	Cualitativa	Ordinal
		Ocupación	-Desempleado -Empleado -Pensionado -Ama de casa -Independiente	Cualitativa	Nominal

			-Otros		
		Afiliación en Salud	Régimen contributivo Régimen subsidiado Régimen especial No pertenece a ningún régimen	Cualitativa	Nominal
FACTORES INFUYENTES EN LA ADHERENCIA A TERAPEUTICA	Son características que afectan el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de la salud.	I. Factores socioeconómicos	-Ingreso mensual. -Costo de medicamentos. -Permisos laborales. - Apoyo familiar	Cualitativa	Nominal
		II. Factores relacionados con el Proveedor: Sistema y equipo de salud	-El personal lo atiende y responden sus inquietudes respecto al tratamiento -Siente que su médico le está siguiendo el tratamiento -Recibe información clara sobre los beneficios resultados y forma de ajustar el horario de su tratamiento -Siente que hay mejoría con el tratamiento	Cualitativa	Nominal
		III. Factores relacionados con el tratamiento	complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.	Cualitativa	Nominal
		IV. Factores relacionados con el paciente	-Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo. -Importancia del tratamiento para mejorarse. -Interés por conocer su condición de salud y forma de cuidarse.	cualitativa	Nominal

			-Responsabilidad de seguir el cuidado de salud.		
CLASES FUNCIONAL ES DE INSUFICIENC IA CARDIACA	Valoración subjctiva de la actividad física del paciente con IC que se realiza durante la anamnesis por medio de cuatro categorías sobre la presencia y severidad de la disnea.	Clase I	Actividad ordinaria sin síntomas. No hay limitación de la actividad física.	Cualitativa	Ordinal
		Clase II	El paciente tolera la actividad ordinaria, pero existe una ligera limitación de la actividad física apareciendo disnea con esfuerzos intensos		
		Clase III	La actividad física que el paciente puede realizar es inferior a la ordinaria, esta notablemente limitado por la disnea		
		Clase IV	El paciente tiene disnea al menor esfuerzo o en reposo, y es incapaz de realizar cualquier actividad física		

RESULTADOS

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

Participaron 120 pacientes, el 51.7% (62) pertenecían al sexo femenino y el 48.3% (58) al masculino, con predominio del grupo de 61 a 80 años 52.5% (63) y en un segundo lugar en el grupo de 40 a 60 años 35% (42), procedencia urbana 51.6% (62). Es importante resaltar que las medidas de tendencia central registraron un promedio de edad de 64.5 y una desviación estándar de 12.9. Respecto al estado civil el 34.1% (41) estaban casados, mientras que el 20.8% (25) eran solteros (Tabla 1).

Según el nivel educativo el 29.2% (35) curso primaria incompleta seguido de 20.8% (25) que culminó su primaria, se observó un bajo porcentaje de pacientes con estudios técnicos en un 4.2% (Tabla 1).

De acuerdo a la distribución de la población en cuanto a estrato socioeconómico el 75% (90) pertenecía al estrato 1, seguido de 22.5% (27) de estrato 2, y un 2.5% (3) ubicados en el estrato 3. Respecto a la ocupación un 55% (66) aseguró estar desempleado, un 21.7% (26) refiere ser ama de casa y un 13.3% (16) es trabajador independiente. En cuanto a la seguridad en salud el 95% (114) pertenece al régimen subsidiado, seguido de régimen contributivo y especial con un 5% (6) (Tabla 1)

CLASE FUNCIONAL SEGÚN LA NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

En lo relativo con la clase funcional de los pacientes entrevistados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca se encontró que la clasificación II predominó en un 41.7% (50), seguido de la Clasificación I con un 34.1% (41), la clasificación III obtuvo un porcentaje de 22.5% (27) y solo 1.7% (2) se encontró en Clasificación IV (Tabla 2).

DESCRIPCION DE LAS DIMENSIONES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS

DIMENSION I: FACTORES SOCIOECONOMICOS

Los resultados obtenidos mostraron que el 72.5% (87) de los pacientes con insuficiencia cardiaca tenían “a veces” disponibilidad económica para atender sus necesidades básicas, el 52.5% (63) indicaron que “a veces” podían costearse los medicamentos, el 68.3% (82) marco la frecuencia “a veces” cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta y el 57.5% (69) tenía los recursos para cubrir los cambios recomendados en la dieta “a veces”. Por su parte el 54.2% (65) de los pacientes “siempre” contaba con el apoyo de su familia o personas cercanas para cumplir con su tratamiento (Tabla 3).

DIMENSION II: FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD

Del total de pacientes encuestados el 65.8% (79) enunció que “siempre” el personal de salud que lo atendía respondía sus inquietudes y dificultades relacionadas con el tratamiento, el 66.8% (80) manifestó que “siempre” se daba cuenta que su médico controlaba si estaba siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hacía, solo el 44.2% (53) afirmó que “siempre” el médico y la enfermera entendían los motivos en caso de que fallara con el tratamiento (Tabla 4).

DIMENSION III: FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA

En esta dimensión se encontró que un 60% (72) respondió que “nunca” las diferentes ocupaciones eran obstáculo para el cumplimiento en su tratamiento. De los pacientes entrevistados un 45.8% (55) se le dificultó “a veces” el cumplimiento de sus citas debido a las distancias de sus hogares hasta la institución. Es muy importante resaltar que el 68.3% (82) “nunca” tuvo dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos en cuanto a cantidad, horarios, y la relación con las comidas; Al ítem, cuando mejoran sus síntomas usted suspende el tratamiento un 73.3% (88) respondió que “nunca”. En cuanto a si los pacientes habían presentado dificultades para cumplir su tratamiento, un 33.3% (40) indicó que “a veces”; Por último un 55% (66) indicó las frecuencias “a veces” y “siempre” tenían costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar (Tabla 5).

DIMENSION IV: FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

Como aspectos relevantes se reportó que el 81.7% (98) de los participantes en la investigación estaban convencidos de lo beneficioso del tratamiento y que esa era la razón por la cual no lo descontinuaban; además un 96.7% (116) estaba interesado “siempre” y “a veces” por conocer su condición de salud y la forma de cuidarse; por último un 98.4% (118) reportó que “siempre” y “a veces” creían sobre la importancia de su tratamiento para mejorar su salud y que era el responsable de seguir en el cuidado propio (Tabla 6).

NIVEL DE ADHERENCIA Y ASOCIACION CON LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTA.

En cuanto al grado de adherencia de los pacientes encuestados un 66.7% (80) pertenecían al grupo sin riesgo de no adherirse, seguido de un 29.2 % (35) en riesgo moderado y un 4.2% (5) en riesgo alto (Tabla 7).

Teniendo en cuenta el valor de p (<0.05), no existe asociación significativa entre las variables: edad (0.96), sexo (0.92), estrato (0.96), aunque cabe resaltar que en los siguientes factores: escolaridad (0.08), estado civil (0.08), ocupación (0.08) y clase funcional (0.08) existe una leve inclinación hacia el valor de p (Tabla 8).

6. DISCUSION

Al hacer análisis de la asociación entre la adherencia y los factores que influyen en ésta, se observó que al aplicar la prueba Chi cuadrado no existen diferencias significativas con relación a las variables sociodemograficas (edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil y estrato), por lo tanto no se evidencio una asociación importante con la adherencia, situación similar a lo descrito por Sabate (20), quien refiere que variables como edad, nivel educativo, ocupación e ingresos no han mostrado una asociación definitiva con la adherencia. Contrario a esto en un estudio realizado por Pérez (44), se evidencio una menor adherencia en las edades comprendidas entre 25-59 años, concluyendo que a medida que se incrementa la edad, existe mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas, relacionado con la presencia en los ancianos de múltiples enfermedades crónicas, que requieren tratamiento complejo y prolongado; además, son ellos los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción (45, 46, 47)

De acuerdo a las variables estado civil y ocupación, Louro (48) plantea que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, lo que se evidencia en el estudio realizado por Coca (49), donde existe menor adherencia en grupos de personas que viven solas o que no mantienen relaciones estables y con deficiente apoyo familiar. Con relación a la ocupación en un estudio realizado por Martin (50) los mejores resultados en cuanto a la adherencia terapéutica completa los obtienen los jubilados con un 40,7 %, seguido de las amas de casa con un 31,5; mientras que entre los que cumplen de manera incompleta predominan las personas trabajadoras, con un 44,9 %. Esto hace pensar que existe una relación entre la frecuencia de cumplimiento y la ocupación, lo que puede estar vinculado al hecho de que la presencia de responsabilidades y obligaciones laborales, puede provocar en el individuo preocupaciones de otra índole y disminuir así la atención al cuidado de su salud. En este estudio a pesar de que tanto la ocupación como el estado civil no estuvieron directamente asociados con la adherencia al tratamiento hubo una leve inclinación hacia el valor de p (0.08).

Aunque la literatura considera importante y demuestra que el nivel educativo y estrato socioeconómico influyen en la adherencia, afirmando que a las personas con un nivel educativo y estrato socioeconómico bajo se les dificulta más la comunicación con el personal de salud y tiene un mayor riesgo de abandonar los tratamientos (51); existen estudios que respaldan esta afirmación como el realizado por la OMS (52) se encontró que el analfabetismo y bajo nivel académico predisponían a la falta de adherencia al tratamiento. En este trabajo el nivel educativo y el estrato socioeconómico no fueron factores asociados, ni relevantes en la adherencia, por ende cabe resaltar que el estudio de

muchos de estos factores sociodemográficos en relación con la adherencia no se ha abordado en profundidad (53).

Al realizar el análisis de la población estudiada, la distribución por grupos de edad reportó una mayor incidencia de las edades comprendidas de 61 a 80 años para un 52.5% seguido de las edades de 40 a 60 años 35%, con un promedio de edad de 64.5. En el estudio realizado por Megre (54), el 46.4% corresponde a las edades de 67-82 años, puede ser quizás porque en la senectud ocurre una declinación de las funciones cardiovasculares y la gravedad de las enfermedades cardiacas acrecienta con la edad.

Con respecto al género la investigación mostró que fue mayor la proporción de mujeres con un 57.1% con respecto al 48.3% de hombres participantes, Triana (55) en su estudio reportó que el 62.3% de los resultados eran mujeres y solo el 37.7% eran hombres. En un estudio hecho por Velandia (8) se demostró una fuerte asociación de autocuidado y adherencia a los tratamientos en mujeres.

El estado civil es un factor importante en la adherencia a los tratamientos. La literatura menciona que las personas que se encuentran casadas y compartiendo con la familia tienen un apoyo importante en el cumplimiento o adherencia al tratamiento (56). En éste estudio se observó que el 34.1% de los pacientes están casados y un 24.1% se encuentran en unión libre, por lo tanto el 58.2% de los pacientes cuentan con el apoyo de su pareja, en el estudio realizado por Flórez (57), un 46% de los pacientes eran casados, lo que indica la importancia del apoyo familiar en estos pacientes.

De acuerdo al nivel educativo en la investigación solo el 29.2% de los pacientes no terminó primaria, en el estudio de Achury (19) finalizó el 76%, aunque en ambas investigaciones se halló una alta adherencia, en otros estudios donde se mide el grado de adherencia según el nivel educativo se halló que la población con nivel de educativo mayor (estudios de educación secundaria, técnica y universitaria) presentan un grado de riesgo bajo, mientras que las personas con nivel de estudios básicos de primaria o en analfabetismo se ubicaron en un grado de riesgo medio y en peligro de no generar o mantener dichos comportamientos (58).

En los resultados obtenidos se evidencia que el 41.7% de la población encuestada pertenece a la clase funcional II, y que además fue el grupo que tuvo mayor adhesión a los tratamientos, igualmente en el estudio de Triana (55) el 46.4% de los pacientes pertenecían a la clase funcional II, y en la investigación de Achury (19) el 68% de los pacientes pertenecían a la clase II. Lo que supone que entre menor severidad hay mayor adherencia, aunque en la literatura se evidencia que la gravedad de los síntomas es uno de los factores que influyen en tener adherencia a los tratamientos (59).

Las redes de apoyo familiar, el recibir orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias, el no suspender la medicación en caso de mejorar los síntomas, la responsabilidad del equipo de salud hacia sus pacientes, y la motivación de seguir el tratamiento para mejorar su salud fueron aspectos encontrados que influyeron directamente en tener adherencia a los tratamientos que se refleja en un 66.7% de las personas que están en el grupo sin riesgo de no adherirse seguido de un 29.2% en riesgo moderado y un 4.2% en riesgo alto; similar al estudio realizado por Megret (54) se evidencia que de los pacientes entrevistados el 63.6% mostró una buena adherencia al tratamiento, un 32% de pacientes con nivel de adherencia regular y solo el 4.4% obtuvo mala adherencia, estos resultados están dados por el alto cumplimiento de los pacientes a los tratamientos, ya que conocen que el no seguir las recomendaciones del médico, puede traer descompensación; dando como resultado por parte de los pacientes una adecuada adherencia a las indicaciones terapéuticas.

Con respecto a las dimensiones que hacen parte en la evaluación de la adherencia, en la dimensión I, del factor relacionado con lo socioeconómico, los resultados muestran que solo el 22.5% siempre tenían dificultades económicas para atender sus necesidades básicas lo cual explica la relación interdependiente y bidireccional entre las dificultades económicas y las enfermedades crónicas. La OMS expresa al respecto que países en desarrollo como en el caso de Colombia el nivel socioeconómico puede poner a los pacientes en una situación dilemática al tener que elegir entre prioridades en competencia (60).

Además se resalta que un 57.5% consideró que “algunas veces” y 28.8% siempre se les dificultaba seguir la dieta recomendada por los altos costos, igual sucede en el estudio realizado por Ortega (61) donde el 50,7% consideró que “algunas veces” y 14% que “siempre” se les dificultaba. Esto indica que en el aspecto del tratamiento no farmacológico, los pacientes no siguen adecuadamente las recomendaciones, de allí la importancia de intervenir de forma interdisciplinaria.

En este estudio el apoyo familiar o de personas allegados corresponde un 54.2% a “siempre” y 40% “a veces” lo que indica que en un 94.2% los usuarios han tenido apoyo de sus familiares o allegados para el cumplimiento de su tratamiento, Contreras (62), en su estudio describe un mayor porcentaje en aspectos tales como contar con el apoyo familiar para cumplir con el tratamiento en un 95%, lo que refleja la importancia de la familia en el mantenimiento de la salud.

Por su parte, en la dimensión II, el factor relacionado con el proveedor, sistema y equipo de Salud, la mayoría de sus ítems fueron evaluados en la frecuencia “siempre” en porcentajes superiores al 65% de los encuestados, en aspectos que indican que el equipo de salud

responde sus inquietudes y dificultades respecto a su tratamiento, que su médico controla su terapia, y que recibe información sobre los beneficios, y orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias. En el estudio de Contreras (62), los porcentajes fueron superiores a 80% en estos mismos ítems mostrándose aun mayor satisfacción en la respuesta la necesidad de orientación, por lo que el cuerpo de profesionales de la salud están preparados conceptualmente para responder a las diferentes dudas, de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión para el paciente, para contribuir de manera positiva a la adherencia y a la capacidad para lograr que sus usuarios puedan verdaderamente entender cada una de sus recomendaciones (63).

Sin embargo en el ítem, en caso que fallaran en su tratamiento, médico y enfermera entenderían sus motivos, se encontró un 44.2% que muestra una discreta variabilidad porcentual disminuyendo levemente en la frecuencia “siempre” aumentando en la frecuencia “a veces” lo que indica que se requiere por parte del personal médico y enfermería fortalecer estrategias de comunicación encaminadas al mejoramiento de la relación equipo de salud-paciente de esta manera se podría alcanzar adherencia en estos pacientes.

Con respecto a la dimensión III factores relacionados con la terapia, se encontró que en un 42.5% “nunca” las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultaba el cumplimiento de sus citas, al 45.8% se les dificultaba “a veces” lo que explica la facilidad de cumplimiento oportuno de sus citas; este resultado no se correlaciona con lo que establecen algunos estudios como el de Basterra (64) y Zaldívar (65), donde muestran que una de las causas de deserción al tratamiento se presenta cuando el paciente enfrenta dificultades para acceder a los servicios de salud.

El estudio también encontró que en los participantes un porcentaje alto 73.3% no suspende el tratamiento al mejorar los síntomas lo que favorece el mantenimiento de la adherencia sin importar signos o síntomas de mejoría, similar a lo descrito por Ortega (61) en donde el 80% no suspendió su tratamiento.

Por otra parte, en la dimensión IV que trata de los factores relacionados con el paciente, se evidencian altos porcentajes que influyen en la adherencia superiores a 82% en la frecuencia “siempre” lo que revela la conducta de compromiso con la salud y los beneficios e importancia del tratamiento, Orueta (66) en su estudio plantea que cuando el paciente cree que el tratamiento indicado incidirá positivamente en la evolución de su proceso y cuando se considera responsable del mismo, tiende a seguir dicho tratamiento con mayor adherencia que en los casos contrarios.

En este estudio las limitaciones encontradas fueron la asistencia dispersa de los pacientes a la consulta, ocasionando la poca captación de pacientes por día en la institución, haciendo que se extendiera el tiempo que se estipuló para la recolección de datos, asimismo el no contar con la aprobación de otra institución para la realización de la investigación.

Se considera como fortalezas de este estudio el generar un antecedente investigativo para medir la adherencia en pacientes con Insuficiencia Cardíaca en la ciudad de Cartagena.

7. CONCLUSIONES

No existe asociación significativa entre la adherencia y los factores sociodemográficos tales como edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil y estrato, que indique estar en riesgo de no adherirse a los tratamientos a pesar de tener porcentajes altos de personas adheridos.

Según el estudio, la mayor proporción de los pacientes con insuficiencia cardiaca que asisten a un hospital de tercer nivel de la ciudad de Cartagena, se encuentran sin riesgo de no adherirse a los tratamientos, indicando así un alto compromiso de parte de los pacientes en seguir cada una de las recomendaciones dadas por el personal de salud.

La mayoría de la población fueron mujeres, las edades predominantes fueron entre 61-80 años y la clase funcional prevalente fue la II, un gran porcentaje de los pacientes son casados o viven en unión libre, lo que representa un factor protector debido al apoyo que reciben de su pareja.

El factor que más influyó en tener riesgo moderado de no adherirse fue la dimensión socioeconómica, y el que lo hizo de forma positiva fue el relacionado con el paciente; dentro de los elementos que influyeron en la adherencia a los tratamientos, se encuentra el apoyo familiar como facilitador de conductas de salud, el equipo de salud con la orientación acerca de los beneficios del tratamiento y el no tener duda acerca de la manera de tomar sus medicamentos, lo que evidencia el cumplimiento y comprensión de las recomendaciones dadas por el equipo de salud.

La actitud de cumplimiento de la terapia y la responsabilidad que tiene el paciente en el cuidado de su salud, fueron aspectos que favorecieron la conducta de auto cuidado.

8. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados se recomienda:

Para la Investigación,

1. Realizar investigaciones en la ciudad de Cartagena con pacientes con Insuficiencia Cardíaca de diferentes instituciones de salud que permita comparar los resultados obtenidos.
2. Continuar con estudios en otros grupos de adultos, de diferentes contextos, que permitan fortalecer la intervención del equipo de salud determinando la forma en que los adultos están incorporando el conocimiento aportado por el profesional de enfermería con la intervención educativa.

Para la asistencia

3. La adherencia terapéutica en personas con insuficiencia cardíaca requiere un enfoque de acción multidisciplinario liderado por la enfermera, donde le permita re direccionar las necesidades del paciente a los respectivos profesionales, para su capacitación educación, acompañamiento, enseñanza de estrategias y apoyo social.
4. Los profesionales de la salud a cargo de los programas de prevención y promoción de las enfermedades cardiovasculares, deben continuar promoviendo comportamientos positivos que permitan mantener la adherencia terapéutica en los pacientes y fortalecer el componente educativo con la creación de grupos de apoyo que faciliten el intercambio de experiencias y el seguimiento constante de los pacientes.

Para la docencia

5. A la Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería, se recomienda iniciar investigación de intervención en la población cardiovascular por medio de estrategias del cuidado con el fin de generar impacto en la adherencia.

9. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos primeramente a Dios el dador de todas las cosas, a nuestras familias por su apoyo incondicional, a nuestros docentes que fueron parte de nuestra formación académica especialmente a nuestra tutora, a la Institución y a su personal por abrirnos las puertas para realizar este trabajo, y finalmente a los pacientes por aceptar ser parte de este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. World health statistics 2007. Geneve: WHO 2007.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estadísticas vitales: Mortalidad. Bogotá: DANE; 2004.
3. Rodríguez M, Arredondo E. Validez y confiabilidad de una escala de valoración de comportamientos de autocuidado en personas con falla cardiaca. Rev Aquichán [online]. 2012; 12(1) 155-170.
4. Lora E. Adherencia al tratamiento del asma en el paciente pediátrico y sus cuidadores. Rev Prac Aten Prim. 2005;7(2):97-105.
5. Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29 (3):275-81.
6. Jaarsma T, Stromberg A, Martenssen J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. Eur J Heart Fail 2003; 5: 363-70.
7. Thompson DR, Stewart S. Nurse directed services: how can they be made more effective? Eur J Cardiovasc Nurs 2002; 1: 7-10.
8. Velandia A, Rivera L. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev. Salud pública 2009; 4: 538-548.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el Muro. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC>. Fecha de acceso 30-08-2010.
10. Segundo consenso uruguayo de insuficiencia cardiaca. Sociedad uruguaya de cardiología. Rev noticias, sindicato médico del Uruguay. 2004; 9:1-16.
11. Varela E. Aspectos epidemiológicos y prevención de la falla cardiaca. Rev Clínicas Colombiana de cardiología. 2002; 1-6.
12. Ospina A, Gamarra G. Características clínicas y epidemiológicas de la insuficiencia cardiaca en el Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga, Colombia. Rev salud UIS. 2004; 36 (3):125-131.
13. Banegas J, Rodríguez-Artalejo F y Guallar-Castillón P. Situación epidemiológica de la insuficiencia cardiaca. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España. Rev Esp Cardiol Supl. 2006; 6:4c-9c.

14. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. *Circulation*. 2005;112: 154-235
15. Ministerio de protección social. Sistema estadístico de salud 2005. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co>. Fecha de acceso: 02-09-2010.
16. Bastidas C. Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. *Rev av.enferm*. 2007; 25 (2):65-75
17. Bonilla C. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Rev av. Enferm*. 2007; 25 (1): 46-55
18. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray J, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et. al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic HF. The Task force for the diagnosis and treatment of Acute and Chronic HF 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with The HF Association of The ESC (HFA) and endorsed by The European Society of Intensive Care Medicine(ESICM). *European Heart Journal*. 2008; 29, 2388- 2442
19. Achury D. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. *Rev. Aquichan*. 2007; 7(2): 139-160.
20. SabatéG E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Switzerland: World Healt Organization. 2003; 96.
21. Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias Distrito Turístico y Cultural. Sala de Prensa Virtual de la Alcaldía de Cartagena. Disponible en: <http://sigob.cartagena.gov.co/prensa/default.asp?codigo=3687>. Fecha de acceso: 03-04-2012
22. Rodríguez J, Echevarría B, Pereira S, Caeiro J. Guía de Insuficiencia Cardiaca. Guías clínicas. 2005; 5(36).
23. Organización mundial de la salud. Adherencia terapéutica a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Capítulo V. 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/spanis/AD/DPC/NC/adherencia>. Fecha de acceso: 10/09/2010.
24. Brannon L. Psicología de la salud. España: Paraninfo-Thomsom, Learning, 2002. p. 109
25. Herrera A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Rev av.enferm*. 2008; 25 (1):36-42

26. Bonds WS, Hussar DA. Detections Methods and strategies for improving medication compliance. *Am J Hosp Pharm.* 1991; 48: 1978-1988
27. Who Adherence to Long Term Therapies Project II. Global Adherence Interdisciplinary Network. Geneve: World Health Organization; 2003.
28. Conthe P, Visus E. La importancia del cumplimiento terapéutico en la insuficiencia cardiaca. *Med Clin (Barc).* 2005; 124:302-7.
29. Amigo I, Fernández, C. & Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la salud.* Madrid: Pirámide.
30. Lyngcoln, A, Taylor, N, Pizzari, T y Bankus, K. The Relationship between Adherence to Hand Therapy and Short-term Outcome after Distal Radius Fracture. *Journal of hand therapy.* 2005; 18(1), 2
31. Cáceres, F. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *Rev MedUNAB.* 2004; 7, 172.
32. Johnson MJ, Williams M, Marshall ES. Adherent and nonadherent medication-taking in elderly hypertensive patients. *Clinical Nursing Research.* 1999; 8:318-335.
33. Rose L. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing.* 2000; 32:587-594.
34. Ni H, Nauman D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Heshberger E. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Arch Intern Med.* 1999; 159: 1613-9.
35. Riegel B, Carlson B, Glaser D. Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart Lung.* 2000.
36. Padilla A. Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Rev HNERM.* enero-junio 2007
37. Cleland JG, Swedberg K, Follath F, Komajda M, Cohen Solal A, Aguilar C, and Study Group on diagnosis in the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The EuroHeart Failure survey programme: a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe (I): patients characteristics and diagnosis. *Eur Heart J.* 2003;24:442-63.
38. Chui MA, Deer M, Bennett SJ, Tu W, Oury S, Brater DC, et al. Association between adherence to diuretic therapy and health care utilization in patients with heart failure. *Pharmacotherapy.* 2003; 23:326-32.

39. Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, Gonzalez-Juanatey JR, Van Veldhuisen DJ, Erdmann E, et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. *Eur Heart J*. 2005; 26:1653-9.
40. Horne R. Patients' beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome? *Journal of Psychosomatic Research*. 1999; 47:491-495.
41. Horne R, Hankins M, Jenkins R. The satisfaction with information about medicines scale (SIMS): A new measurement tool for audit and research. *Quality in Health Care*. 2001; 10:135-140.
42. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, Octubre 1993. Por el cual se establecen las normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C; Colombia. 1993.
43. Ley 911 de octubre 5 de 2004. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=59. Fecha de acceso: 28/10/11.
44. Pérez D, Revé M, Pérez N. Factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. [Fecha de Acceso 13 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/247/ao3.html>
45. Agámez A, Hernández R, Cervera L, Rodríguez Y. Factores relacionados con la no adherencia al trat. *Arch. méd. Camaguey* 2008; 12(5).
46. Organización Mundial de la Salud OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [monografía en Internet]. Washington, D.C: LILACS ID; 2004 [Fecha de acceso 24 Enero 2011]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-426503>
47. Franco A, Silva J, Soto O, Franco A. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. *Revista de información Científica Guantánamo* 2010; 68(4).
48. Louro I. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2003;29(1):48-51
49. Coca A. Control de la hipertensión arterial en atención primaria en España: resultados del estudio controles. *Hipertensión*. 2005; 22: 5-14.
50. Martín L, Sairo M, Bayarre H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(2).

51. Garcia M, Sepulveda G. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel Bogota. Trabajo de Grado (enfermera (o)) Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. [Fecha de Acceso 15 de enero de 2013]. Disponible en:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis01.pdf>
52. OMS. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Ediciones Doyma; 2003.
53. Rodríguez M, García E, Rodríguez A, Pérez E, Amariles P, Martínez F, et al. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular. Rev Pharm Care Esp 2012; 14(4): 138-145 [Fecha de Acceso 13 de enero de 2013]. Disponible en:
<http://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/80/74>
54. Megret R, Castillo N, Duverger Y .Adherencia terapéutica en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca. [Fecha de acceso: 12 de enero 2013] URL Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/942/2/Adherencia-terapeutica-en-pacientes-ambulatorios-con-insuficiencia-cardiaca>.
55. Garcia M, Sepulveda G. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel Bogota. Trabajo de Grado (enfermera (o)) Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. [Fecha de Acceso 15 de enero de 2013]. Disponible en:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis01.pdf>
56. Barr R, Cnirsch C, Frieden T, Lemer B, Pablos A. No adherence in tuberculosis treatment: Predictor and consequences in New Cork City. Am J med 1997; 102: 164-170
57. Flórez I. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. [Fecha de acceso 12 de enero 2013] Disponible en:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12965/13999>
58. Salcedo A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. [Tesis Magistral]. Bogota: Publicaciones Unal, Universidad Nacional De Colombia Bogotá D.C 2011. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4164/1/539474.2011.pdf>
59. Giraldo I. Efecto de un Plan Educativo sobre el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca de la ciudad de Bogotá. [Fecha de acceso: 11-11-12]. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/8555/1/539261.2009.pdf>

60. Salcedo A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. [Tesis Magistral]. Bogota: Publicaciones Unal, Universidad Nacional De Colombia Bogotá D.C 2011. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4164/1/539474.2011.pdf>
61. Ortega S. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Montería: [Tesis Magistral]. Publicaciones: Unal, Universidad Nacional De Colombia Facultad Bogotá D.C. 2010 Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8599/1/539502.2010.pdf>
62. Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia). Rev Scielo 2006 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a04.pdf>
63. Rodríguez L. Psicología social de la salud. Madrid: Ediciones Doyma, 1995:40-58.
64. Basterra M. El cumplimiento terapéutico. Pharmaceuticall Care, 1999; 1: 97-106
65. Zaldívar D. Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida 2003. [Fecha de Acceso 10 de enero de 2013]. Disponible en: www.infomed.sld.cu
66. Orueta S. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas [en línea]. En: Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005, vol. 29 no. 2, p. 40-48. [Fecha de Acceso 15 de enero de 2013] Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf

ANEXOS

10. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ afirmo que he sido informado por los y las investigadores de la facultad de enfermería de la universidad de Cartagena acerca de la investigación “**Factores asociados A la adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia cardiaca de la ciudad de Cartagena 2012.**”, autorizo mi participación en la investigación y en todas las actividades realizadas en esta. Según la información ofrecida este estudio no implica ningún tipo de riesgo para mí, los datos que se obtendrán en el mismo serán manejados con la debida confidencialidad, los cuales serán usados con fines académicos.

Tengo claro que puedo durante la aplicación de los instrumentos podré desistir de mi decisión de participar en este estudio y esto no tendrá consecuencia alguna para mí, en los procesos de oferta de servicios de salud.

El investigador responsable de la investigación es: Arleth Herrera Lían, cualquier inquietud solicitar información en: 6698181 de la facultad de Enfermería

Firma del entrevistador

Cc:

Firma del entrevistado

Cc:

ANEXO 2

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

Versión 4

No. ___ Fecha: _____

Nombre: _____ Sexo: F () M () Edad: ___

Dirección: _____ Teléfono: _____

Estado civil: soltero_ casado_ Unión Libre_ Viudo_ Separado_

Escolaridad: Primaria completa:___ Primaria Incompleta_ Secundaria Completa_

Secundaria Incompleta_ Técnico_ Tecnólogo_ Universitario_ Otro_____

Estrato: 1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_

Ocupación: Desempleado_ Empleado_ Pensionado _ Ama de casa_ Independiente_

Otro_____

Afiliación en salud: Régimen contributivo _ Régimen subsidiado_ Regimen especial_ Cual:_____ No pertenece a ninguno_

Clase funcional: I___ II___ III___ IV___

Instrucciones

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

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

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
I DIMENSIÓN			
Factores Socioeconómicos			
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)			
2. (-) Puede costearse los medicamentos.			
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.			
4. Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
5. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
6. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
II DIMENSIÓN			
Factores Relacionados con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud			
7. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
8. Se da cuenta que su médico controla si esta siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
9. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su medico.			
10. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.			
11. En el caso que usted fallara en su tratamiento su medico 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 resultados 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 es sus hábitos.			
III DIMENSIÓN			

Factores Relacionados con la Terapia			
15. (-) Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
16. (-) Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
17. (-) Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
18. (-) Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
19. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
20. (-) Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
IV DIMENSIÓN			
Factores Relacionados con el Paciente			
21. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
22. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
23. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
24. Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

ANEXO 3.

Tabla 1. Caracterización sociodemografica de los pacientes con Insuficiencia cardiaca que asisten a consulta externa en una IPS de tercer nivel: Cartagena 2012

SEXO	N	%
Femenino	62	51.7
Masculino	58	48.3
Total	120	100
EDAD	N	%
40-60	41	35
61-80	53	52.5
>81	15	12.5
TOTAL	120	100
ESTADO CIVIL	N	%
Soltero	25	20.8
Casado	41	34.1
Unión libre	29	24.1
Separado	4	3.3
Viudo	21	17.5
Total	120	100,0
ESCOLARIDAD	N	%
Primaria completa	25	20.8
Primaria incompleta	35	29.2
Secundaria completa	23	19.2
Secundaria incompleta	12	10
Técnico	5	4.2
Ninguno	20	16.7
Total	120	100
ESTRATO SOCIOECONOMICO	N	%
1	90	75
2	27	22.5
3	3	2.5
Total	120	100,0
OCUPACIÓN	N	%

Desempleado	66	55
Empleado	11	9.2
Pensionado	1	0.8
Ama de casa	26	21.7
Trabajador independiente	16	13.3
Total	120	100
AFILIACIÓN EN SALUD	N	%
Régimen contributivo	3	2.5
Régimen subsidiado	114	95
Régimen especial	3	2.5
Total	120	100,0

Fuente: Datos de Estudio.

Tabla 2. Distribución según la Clase funcional de los de los pacientes con Insuficiencia cardiaca que asisten a consulta externa en una institución de tercer nivel: Cartagena 2012.

Clase funcional	N	%
I	41	34.1
II	50	41.7
III	27	22.5
IV	2	1.7
Total	120	100

Fuente: Datos del Estudio.

FACTORES INFLUYENTES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS CON DIAGNOSTICO DE IC.

TABLA 3. Factores Socioeconómicos

I DIMENSIÓN	NUNCA	%	A	%	SIEMPRE	%
Factores Socioeconómicos	VECES					
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)	6	5	87	72.5	27	22.5
2. Puede costearse los medicamentos.	18	15	63	52.5	39	32.5
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.	11	9.2	82	68.3	27	22.5
4. Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.	26	21.7	69	57.5	25	20.8
5. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.	29	24.2	57	47.5	34	28.3
6. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.	7	5.8	48	40	65	54.2

Fuente: Datos del Estudio.

Tabla 4. Factores Relacionados con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud

II DIMENSIÓN						
Factores Relacionados con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud	NUNCA	%	A	%	SIEMPRE	%
			VECES			
7. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.	6	5	35	29.2	79	65.8
8. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.	5	4.2	35	29.2	80	66.8
9. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.	4	3.3	38	31.7	78	65
10. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias	8	6.7	27	22.5	85	70.8
11. En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.	6	5	61	50.8	53	44.2
12. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.	6	5	34	28.3	80	66.7
13. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.	5	4.2	34	28.3	81	67.5
14. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo es sus hábitos.	4	3.3	41	34.2	75	62.5

Fuente: Datos del Estudio.

Tabla 5. Factores Relacionados con la Terapia

III DIMENSIÓN						
Factores Relacionados con la Terapia	NUNC A	%	A VECES	%	SIEMPR E	%
15. (-) Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.	72	60	40	33.3	8	6.7
16. (-) Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.	51	42.5	55	45.8	14	11.7
17. (-) Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.	82	68.3	31	25.8	7	5.8
18. (-) Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.	88	73.3	25	20.8	7	5.8
19. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.	73	60.8	40	33.3	7	5.8
20. (-) Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.	54	45	43	35.8	23	19.2

Fuente: Datos del Estudio.

Tabla 6. Factores Relacionados con el Paciente

IV DIMENSIÓN						
Factores Relacionados con el Paciente	NUNC A	%	A VECES	%	SIEMPRE	%
21. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.	2	1.7	20	16.7	98	81.7
22. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.	4	3.3	17	14.2	99	82.5
23. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.	2	1.7	17	14.2	101	84.2
24. Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud.	2	1.7	17	14.2	101	84.2

Fuente: Datos del Estudio.

Tabla 7. Grado de Adherencia

Grupo en Riesgo de no adherirse	N	%
Sin riesgo	80	66.7
Riesgo Moderado	35	29.2
Riesgo Alto	5	4.2
Total general	120	100

Fuente: Datos del Estudio.

TABLA 8. Asociación entre el factor y el riesgo de no adherirse

FACTOR SOCIOECONOMICO		ADHERENCIA					
SEXO	riesgo alto	riesgo		sin		riesgo	%
		%	moderado	%	riesgo		
F	3	4,8%	18	29,0%	41	66,1%	
M	2	3,4%	17	29,3%	39	67,2%	
Total general	5	4,2%	35	29,2%	80	66,7%	
Prob Chi cuadrado		0,92					
EDAD	riesgo alto	riesgo		sin		riesgo	%
		%	moderado	%	riesgo		
MAYOR DE 55	4	4,4%	26	28,9%	60	66,7%	
MENOR DE 55	1	3,3%	9	30,0%	20	66,7%	
Total general	5	4,2%	35	29,2%	80	66,7%	
Prob Chi cuadrado		0,96					
ESTADO CIVIL	riesgo alto	riesgo		sin		riesgo	%
		%	moderado	%	riesgo		
con pareja	3	4,3%	15	21,4%	52	74,3%	
sin pareja	2	4,0%	20	40,0%	28	56,0%	
Total general	5	4,2%	35	29,2%	80	66,7%	
Prob Chi cuadrado		0,08					
ESCOLARIDAD	riesgo alto	riesgo		sin		riesgo	%
		%	moderado	%	riesgo		
secundaria en adelante	0	0,0%	11	39,3%	17	60,7%	
sin completar secundaria	5	5,4%	24	26,1%	63	68,5%	
Total general	5	4,2%	35	29,2%	80	66,7%	
Prob Chi cuadrado		0,08					

ESTRATO	riesgo alto	%	riesgo moderado	%	sin riesgo	%
estrato 1	4	4,4%	26	28,9%	60	66,7%
estrato 2 y 3	1	3,3%	9	30,0%	20	66,7%
Total general	5	4,2%	35	29,2%	80	66,7%
Prob Chi cuadrado	0,96					
OCUPACION	riesgo alto	%	riesgo moderado	%	sin riesgo	%
CON EMPLEO	1	3,6%	8	28,6%	19	67,9%
DESEMPLEADO o amas de casa	4	4,3%	27	29,3%	61	66,3%
Total general	5	4,2%	35	29,2%	80	66,7%
Prob Chi cuadrado	0,08					
CLASE FUNCIONAL	riesgo alto	%	riesgo moderado	%	sin riesgo	%
ACTIVIDAD ORDINARIA	5	5,5%	24	26,4%	62	68,1%
LIMITES ACTIVIDAD ORDINARIA		0,0%	11	37,9%	18	62,1%
Total general	5	4,2%	35	29,2%	80	66,7%
Prob Chi cuadrado	0,08					

Fuente: Datos del Estudio.