



## ORIGINALES

### Grado de adherencia terapéutica en pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos

Degree of Therapeutic Adherence of Patients in Intensive Care Units

Doraly Muñoz Acuña <sup>1</sup>  
María Teresa Olarte Castro <sup>1</sup>  
Emilce Salamanca Ramos <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Profesora de Cuidado del Adulto, Facultad de Enfermería, Universidad de los Llanos Sede San Antonio, Villavicencio Meta Colombia, Calle 37#41-02 Barzal. Colombia.

<sup>2</sup> Profesora Asociada. Coordinadora Grupo de Investigación GESI, Facultad de Enfermería, Universidad de los Llanos Sede San Antonio, Villavicencio Meta Colombia, Calle 37#41-02 Barzal. Colombia.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.412831>

Recibido: 2/02/2020

Aceptado: 16/07/2020

#### RESUMEN:

**Introducción:** La adherencia al tratamiento en el escenario del paciente en la unidad de cuidados intensivos con factores de riesgo cardiovascular es fundamental y es de interés en los sistemas de salud.

**Objetivo:** Analizar los factores que influyen en la adherencia terapéutica al tratamiento de los pacientes con riesgo cardiovascular que ingresaron a tres unidades de Cuidados Intensivos.

**Materiales y Método:** Estudio descriptivo con variables cuantitativas con un diseño no probabilístico discrecional, con muestra: 38 pacientes durante un periodo de seis meses. Instrumento utilizado: "Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular".

**Resultados:** El rango de edad más predominante es de 61-70 años (28.8%), el 55,3% fueron hombres, el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico mostró situación de ventaja para adherirse 61%, y con un apoyo familiar para atender las necesidades básicas, situación de riesgo para no adherirse 26%, 39.4% que reporta la "dificultades en los cambios de la dieta por el alto costo de los alimentos recomendados" y situación de no adherirse 13%, al tratamiento.

**Conclusiones:** Se destaca la importancia de la relación proveedor-paciente en grado de adherencia de las tres IPS, donde se evidencia la intervención del primer nivel con acciones de autocuidado individual. Sin embargo, se encuentra un porcentaje significativo de riesgo y de no adherencia por factores relacionados con el paciente y el proveedor, lo que influye en los reingresos a la unidad de cuidados intensivos.

**Palabras claves:** Tratamiento farmacológico; Enfermedades cardiovasculares; Terapéutica; Cumplimiento de la Medicación; Negativa del Paciente al Tratamiento. (Fuente: DeSC BIREME)

#### ABSTRACT:

**Introduction.** Adherence to treatment in the scenario of patients with cardiovascular risk factors in intensive care units is fundamental and of interest in health systems.

**Objective.** The work sought to analyze factors influencing on therapeutic adherence to treatment by patients with cardiovascular risk admitted to three intensive care units.

**Materials and Method.** Descriptive study with quantitative variables with discretionary non-probabilistic design, with a sample of 38 patients during a six-month period. Instrument used: "Factors influencing on adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments in patients with risk factors for cardiovascular disease".

**Results.** The most prevalent age range was 61 - 70 years (28.8%); 55.3% were men; the degree of adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment showed 61% advantage for adherence, and with family support to meet basic needs, 26% with situation of risk for not adhering, 39.4% reported "difficulties in changes of diet due to high costs of foods recommended" and 13% in situation of not adhering to the treatment.

**Conclusions.** The work highlights the importance of the provider-patient relation on the degree of adherence from three health provider institutions, evidencing first-level intervention with individual self-care actions. However, a significant percentage of risk and non-adherence are found due to factors related with the patient and the provider, which impacts on readmissions to the intensive care unit.

**Key words:** Pharmacological treatment; Cardiovascular diseases; Therapeutics; Compliance with Medication; Patient treatment refusal. (Source: DeSC BIREME)

## INTRODUCCIÓN

Algunos individuos tienen un elevado riesgo de morbimortalidad cardiovascular porque presentan niveles muy altos de algún factor de riesgo de enfermedad cardiovascular establecida. En 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31% de muertes registradas en el mundo, las enfermedades cardiovasculares serán responsables de 60% del daño (morbilidad) y de 73% de todas las muertes ocurridas en el mundo para el año 2020, un aumento relativo de 39% respecto a lo observado actualmente <sup>(1)</sup>.

En las enfermedades crónicas, en especial las de origen cardiovascular, intervienen factores ambientales, sociales, estilos de vida, entre otros <sup>(2)</sup>; los factores de riesgo cardiovascular son aquellos signos biológicos y hábitos adquiridos identificados en la población general <sup>(3)</sup>. En la actualidad, la enfermedad cardiovascular se reconoce como un problema de salud pública relevante, que demanda la intervención de los profesionales de salud, debido al incremento en las tasas de mortalidad y la prevalencia de los factores de riesgo <sup>(4)</sup>. La identificación y evaluación de los factores de riesgo cardiovascular adquiere una especial importancia en determinados contextos clínicos que incrementan dicho riesgo y la complejidad de su control <sup>(5)</sup>, en particular cuando el usuario está diagnosticado y en tratamiento; de tal manera que estimar el riesgo vascular, marcar los objetivos terapéuticos con el fin de controlar los factores de riesgo de forma sinérgica y adecuada <sup>(6)</sup>, pero también se debe pensar en la adherencia tanto terapéutica y no terapéutica, la red de apoyo familiar, y por supuesto, la apertura de los servicios de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como "el grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria" <sup>(7)</sup>. La importancia de la adherencia al tratamiento como determinante de resultados exitosos en los tratamientos médicos, mejores condiciones de salud y con ello, mejor calidad de vida de quienes las padecen <sup>(8)</sup>.

La adherencia al tratamiento implica ante todo que el paciente y la familia sea

consciente de la enfermedad cardiovascular, la capacidad y la gestión que tiene el individuo de ser agente de su propio cuidado a través de la prevención de factores de riesgo. Orem lo denominó capacidad de agencia de autocuidado, que implica un proceso de participación dinámico por parte de las personas en el cuidado de su salud. Proceso mediante el cual la persona discierne y decide lo que puede y debería hacer con respecto a esta regulación, valora y reflexiona sobre sus capacidades específicas para comprometerse –implícita aquí la responsabilidad- en el cuidado de su propia salud <sup>(9)</sup>. El objetivo principal de estas decisiones y acciones reflexionadas es satisfacer las necesidades de autocuidado a lo largo del tiempo y/o en situaciones de alteración del estado de salud.

De tal manera que la no adherencia al tratamiento implica a largo plazo uno de los principales problemas clínicos <sup>(10)</sup> en los pacientes cardiovasculares y continúa siendo un obstáculo para mejorar la salud y la calidad de vida de los mismos <sup>(11, 12)</sup>; sin embargo los programas de educación y seguimiento fármaco terapéutico, promueven la adquisición de conocimientos, lo cual tiene como consecuencia directa el aumento del porcentaje de pacientes con riesgo cardiovascular que alcanzan los objetivos terapéuticos <sup>(7)</sup>.

Existen varios métodos para medir la adherencia al tratamiento farmacológico como al no farmacológico. Para este estudio se estableció el instrumento “factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” que permite medir de una forma integral el régimen terapéutico en los pacientes que sufren enfermedades crónicas no transmisibles. El propósito de la investigación fue analizar los factores que influyen en la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular que ingresaron por un evento cardiovascular a las unidades de cuidado intensivo de Villavicencio.

## MÉTODOS

### Diseño, población y tamaño de la muestra

La investigación es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con un diseño no probabilístico discrecional, se seleccionaron todos los pacientes que ingresaron a tres unidades de cuidados intensivos de Villavicencio- Meta, durante el periodo de seis meses, con recolección diaria, inicialmente revisión de la historia clínica y luego reconocimiento del paciente con los siguientes criterios de inclusión: pacientes con factores de riesgo cardiovascular que ingresaron a la unidad de cuidado intensivo por un evento cardiovascular, estar inscritos y activos en el programa de primer nivel de promoción de la salud por más de un año, aceptar el consentimiento informado y contar con un estado de salud mental aceptable a través de la valoración MINIMENTA <sup>(13)</sup>, el paciente que se encontraba bajo sedación se le realizaba seguimiento diario hasta reunir criterios de inclusión, para obtener una muestra de 38 pacientes, estadísticamente estos pacientes tienen una estancia prolongada (5 a 30 días) y las 3 IPS cuentan con una capacidad de 7 a 8 camas de manejo de diferentes especialidades.

El instrumento utilizado fue la versión 4 “Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo

de enfermedad cardiovascular” cuenta con validez facial, de contenido, la consistencia interna y una confiabilidad según Alfa de Cronbach de 0,84, diseño inicial por Bonilla y Gutiérrez (8,14,16), indicando un instrumento con buena correlación de reactivos y homogeneidad para evaluar la adherencia (8). Tiene cuatro dimensiones: I dimensión: Factores sociodemográficos, II dimensión: Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, III dimensión: Factores relacionados con la terapia, IV dimensión: Factores relacionados en el paciente. Los ítems se responden mediante una escala de calificación tipo Likert de nunca= 0, a veces=1 y siempre = 2, cuyo resultado permite identificar tres situaciones de adherencia tomada por los autores: persona con adherencia al tratamiento, comportamientos que indican que su adherencia es buena o realiza un número importante de acciones que indican que sigue las recomendaciones al tratamiento 80%-100% (38-48); persona con riesgo de no adherirse al tratamiento, o de no realizar o desarrollar acciones para seguir su tratamiento 60%-79% (29-37), y persona que no se encuentra adherida al tratamiento, que indica que no sigue las instrucciones al tratamiento 60% (<29) (15,16). Los resultados se analizaron bajo la técnica estadística descriptiva y medida de tendencia central y de posición. El procesamiento de la información se realizó en SPSS® versión 20.0.

Las consideraciones éticas según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud (15): autorizaciones aval bioético y consentimiento informado de los participantes garantizando absoluta confiabilidad de la información y tratamiento anónimo del informante. La investigación siguió los principios internacionales establecidos en la declaración Helsinki de 1975 de la Asociación Médica Mundial y conto con la aprobación bioética de la Universidad de los Llanos.

## RESULTADOS

### Variables Sociodemográficas y clínicas de los participantes

El rango de edad más predominante es de 61-70 años (28.8%) y 71-80 años (26.3%) y con valor de menor rango de 30 a 50 años con un 5,2%. El 55,3% fueron hombres, estado civil, el 31,5% casados y 29,9% unión libre. Con respecto a nivel económico, 36,8% estrato uno y 34,2% estrato tres, el 13,1% eran analfabetas o solo contaban con primaria incompleta (36,8%), 52,6% corresponden al régimen subsidiado, los pacientes con mayor grado de riesgo cardiovascular se encuentra la hipertensión seguida la diabetes (Tabla 1).

**Tabla 1. Factores de riesgo, diagnostico, reingresos**

VARIABLES	RANGO	N	MEDIA	D.E
<b>FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR</b>	Hipertensión (HTA)	8	27,25	9,51
	Diabetes (DM)	4		
	Obesidad	4		
	Dislipedemia	4		
	DM- HTA	3		
<b>DIAGNÓSTICO MÉDICO DE INGRESO A UCI</b>	IAM	16	20,5	9,32
	ICC aguda	8	27,25	9,51
	FV	3		
	FA	3		

<b>RELACIÓN FACTORES RIESGO DIAGNÓSTICO INGRESO A UCI</b>	<b>DE Y DE</b>	DM-IAM	4	4,33	2,5
		HTA-IAM	9		
		DM-HTA- IAM	3		
		DM-ICC	3		
		HTA-ICC	5		
		DM-HTA-ICC	2		
<b>REINGRESOS</b>		IAM	5	2,27	2,06
		ICC	4		
		FV	1		
		FA	1		

Fuente: Elaboración propia. DM (Diabetes mellitus) HTA (Hipertensión arterial) ICC (insuficiencia cardiaca Congestiva) FV (fibrilación ventricular) FA (fibrilación auricular) IAM (Infarto agudo de miocardio).

### **Grado de adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico de paciente cardiovascular**

El grupo de pacientes *en ventaja para adherirse a los tratamientos* es el 61%, en la Dimensión I, *Factores socio-Económicos*, la gran mayoría, indicando que *siempre* tienen “la disponibilidad económica y apoyo familiar para atender las necesidades básicas, cumplir su tratamiento, costearse los medicamentos, trasladarse al lugar de consulta y leer la información escrita sobre el manejo de la enfermedad”. Sin embargo, hay un porcentaje importante (39.46%) que manifiesta que a veces y nunca 21%.

Dimensión II, *Factores relacionados con el proveedor. Cuando se indaga por el Sistema y equipo de salud*, el 63.15% manifestaron que las personas que lo atienden siempre responden a inquietudes de su tratamiento y le realizan seguimiento, y dan orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias, y dentro de los *Factores influyentes*, nunca 7.89% respondieron a sus inquietudes y recibieron esta orientación.

La Dimensión III, *Factores relacionados con la terapia*, 76.31% refiere que *nunca* las “diversas ocupaciones dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento, y 52.63% la distancia de la casa al consultorio le dificultan el cumplimiento a las citas, 60.62% y nunca tiene dudas acerca de la manera de tomar los medicamentos, no 76.31% suspende el tratamiento al mejorar sus síntomas” y 63.15%, y 47.35% cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.

Dimensión IV, *Factores relacionados con el paciente*. 84.21% *siempre* “está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo para mejorar su salud”, 78.94% *siempre* se “interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse”, y 81.57% *siempre* desean “seguir el cuidado de la salud”, a veces 26% y nunca 5.26%, respuestas desfavorables para la adherencia y su autocuidado.

**Tabla 2. Porcentaje de Adherencia al tratamiento por dimensiones**

Factores influyentes	Estadístico Descriptivo					
	n	media	DE	Mín.	Máx.	P(95)
<b>Dimensión I. Factores socioeconómicos</b>	38	21,07	7,06	6,45	36,4	30,9
<b>Dimensión II: Factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud</b>	38	34,62	6,61	17,81	47,06	44,13
<b>Dimensión III: Factores relacionados con la terapia</b>	38	24,095	5,01	10,26	35,29	30,82
<b>Dimensión IV: Factores relacionados con el paciente</b>	38	20,216	5,25	4,55	20,63	27,67

Fuente: Base de datos del autor

La dimensión “factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud” ( $\bar{x}$  = 34,62; DE = 6,61), indicando que un grupo de pacientes se sintieron respaldados por el médico y la enfermera, seguido de los “factores relacionados con la terapia” ( $\bar{x}$  = 24,09; DE = 5,01) con beneficios en el cumplimiento de las citas médicas, claridad en la forma de tomar los medicamentos y continuidad de estos así sienta mejoría; mientras la más baja son “factores relacionados con el paciente” ( $\bar{x}$  = 20,216; DE = 5,25) (ver Tabla 2).

**Tabla 3. Adherencia según género, edad y escolaridad**

Variable	>60% (<29)	60%-79% (29-37)	80%-100% (38-48)	tota l	%	Chi cuadrado Pearson	Chi cuadrado MV-G2
<b>Género</b>							
<b>Femenino</b>	3	7	7	17	44,7	0,56	0,56
<b>Masculino</b>	2	10	9	21	55,2		
<b>Edad</b>							
<b>Rango</b>							
<b>28-59</b>	3	4	4	11	28,9	12,19	16,14
<b>60-91</b>	2	13	12	27	71,05		
<b>Escolaridad</b>							
<b>Nivel</b>							
<b>Sin estudio</b>	0	3	2	5	143,1	9,5	11,41
<b>Primaria incompleta</b>	3	6	5	14	36,8		
<b>Primaria completa</b>	1	3	6	10	2,63		
<b>Secundaria incompleta</b>	0	3	2	5	13,1		
<b>Secundaria completa</b>	0	2	0	2	5,2		
<b>Técnico</b>	1	0	1	2	5,2		

Fuente: Datos derivados de la investigación.

## DISCUSIÓN

Las características *sociodemográficas* indican que el 70.7% de la población estudiada está clasificada como adulto mayor (> 60 años), similares a estudios realizados en

Colombia <sup>(8, 17-19)</sup>, y en América <sup>(17)</sup>; el aumento de edad se relaciona con la presencia de ECNT. El 55,3% eran de sexo masculino, en coherencia con estudios <sup>(8,19,20)</sup>, indicando que los hombres tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular <sup>(21)</sup>, que las mujeres y son afectados en edades tempranas <sup>(20)</sup>. En el nivel educativo, se encontró que el 13,1% de los pacientes no tiene un nivel de estudios y 63,1% tienen primaria incompleta o completa. Estudios reportan que las personas con un nivel de estudios básico de primaria o en analfabetismo presentan un riesgo medio de no adherencia al tratamiento farmacológico, además de no generar comportamientos protectores frente a la situación de salud que encuentra <sup>(9)</sup>.

El estrato socioeconómico de la población es nivel 1 y 2 con 60,4% y 52,6% régimen subsidiado de salud; similares investigaciones muestran que el bajo nivel económico de las personas es un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico <sup>(8, 20)</sup>. Con relación al estado civil, 61,4% son casados o en unión libre, en coherencia con estudios colombianos <sup>(20)</sup>, donde la red de apoyo es factor protector en la adherencia.

En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular se encontró hipertensión (21%), diabetes, (10,5%) obesidad y dislipidemia (10,5%) y el evento cardiovascular con mayor reingreso fue por IAM (13,1%) seguido de ICC (10,5%), con reingresos de 28,1%.

*Grado de adherencia.* Se encontró que el 61% se encuentran en situación de ventaja para la adherencia, el 26% de los pacientes se encontraron en situación de riesgo a no adherencia, y el 13% en situación de no adherencia, en coherencia investigaciones realizadas <sup>(19, 20, 22, 23)</sup>, a nivel nacional donde la ventaja para adherencia fue la más alta.

El grupo de pacientes en ventaja para adherencia al tratamiento, generan acciones para responder con comportamientos que favorezca la adherencia al tratamiento. Sin embargo, en los *factores socio-económicos* reportan dificultades en los cambios de la dieta por el alto costo de los alimentos recomendados, a pesar de manifestar disponibilidad económica y apoyo familiar. Esto indica la importancia de la educación en los pacientes y sus familias en temas de nutrición, guardando coherencia con investigaciones nacionales <sup>(8, 20)</sup>, y resaltan la importancia que el profesional de enfermería realice mayor énfasis en la educación al paciente sobre dietas adecuadas teniendo en cuenta el tratamiento, las costumbres y alimentos propios de la región <sup>(20)</sup>.

Con relación los *factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud*, donde valora el grado de comunicación asertiva entre los pacientes y el equipo de salud, se encontró que la gran mayoría siente que el médico y la enfermera le dan explicaciones claras sobre los beneficios, resultados y en cómo ajustar los horarios de los medicamentos según sus actividades, en coherencia con investigaciones <sup>(8, 20, 23)</sup>, donde la puntuación es alta en esta dimensión; sin embargo, reconoce la necesidad de que el personal médico y de enfermería enfatizan en procesos de comunicación de doble vía, ajustando los procesos a las necesidades educativas de los pacientes, a través de una comunicación asertiva, de tal forma que permita escuchar las inquietudes, motivaciones, y expectativas.

Los *Factores relacionados con la terapia* indican un mejor comportamiento de adherencia farmacológica y no farmacológica en coherencia con estudios <sup>(8, 19)</sup>, donde

la adherencia terapéutica aumenta cuando se da educación acerca de la importancia del tratamiento y se evalúa constantemente el cumplimiento del mismo. *Los factores relacionados con el paciente* indican que conoce, garantiza continuidad y responsabilidad con su tratamiento y su enfermedad, en coherencia con otros estudios <sup>(8, 20, 23)</sup>, siendo una de las dimensiones con mayor puntaje; lo que indica que cuando el paciente conoce la enfermedad y su tratamiento, es mayor el grado de adherencia, oportunidad que el equipo de salud debe aprovechar para generar acciones de autocuidado en la familia y el paciente.

En el grupo de pacientes en situación de riesgo para no adherencia a los tratamientos (26%), se evidencia que *los factores socioeconómicos* afectan notablemente a los pacientes y ponen en peligro la capacidad de generar o mantener los comportamientos de adherencia; muy similares a otras investigaciones <sup>(8, 20, 23, 24)</sup>, donde tiene una percepción baja en adherencia con este grupo de pacientes. *Los factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud*, es un factor que aumenta el riesgo a la no adherencia en este grupo de pacientes, indicando que muchas veces el equipo de salud se convierte en barrera más que un apoyo para la adherencia. Investigaciones <sup>(19)</sup>, indican la influencia de este factor en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. *El factor relacionado con la terapia* indica que un desconocimiento de la enfermedad y su tratamiento llevan al paciente a tomar decisiones como la de abandonar el tratamiento, en coherencia con estudios realizados por Ortega y Vargas <sup>(20)</sup>. Finalmente, *los factores relacionados con el paciente*, indican un nivel de desmotivación en este grupo para continuar con el tratamiento, muy similar a investigaciones realizadas con población colombiana <sup>(20)</sup>, donde menciona que este grupo requiere mayor apoyo, seguimiento e información por parte del equipo de salud. Sin embargo, se resalta en otro estudio <sup>(23)</sup>, en el cual los pacientes reconocen que uno de los principales motivos de la baja adherencia al tratamiento es la irresponsabilidad personal frente al tratamiento.

El grupo de pacientes en situación de no adherencia a los tratamientos (13%), con relación a los factores socioeconómicos, indica la incapacidad económica de este grupo de pacientes para conseguir los medicamentos, seguir una dieta adecuada y la falta de redes de apoyo. Estudios similares coinciden con los resultados expuestos <sup>(8, 20, 23)</sup>, donde menciona que el nivel de escolaridad, la falta de redes de apoyo y un soporte económico en este grupo, son factores de riesgo que intervienen en la no adherencia. *Los factores relacionados con el proveedor y los factores influyentes*, indican un mayor acompañamiento del equipo de salud y una asertiva comunicación con este grupo, lo que indica <sup>(20)</sup>, que el profesional de enfermería juega un papel importante en brindar apoyo y educación como una forma de intervención para acciones de autocuidado.

*Los factores relacionados con la terapia*, evidencian un desconocimiento mayor para el manejo y tratamiento de la enfermedad, mucho de ello está relacionado con el nivel de escolaridad <sup>(8, 20)</sup>, la motivación y aspectos culturales y de apoyo familiar <sup>(23)</sup>. *Los factores relacionados con el paciente*, es nivel de desconocimiento que tiene este grupo frente a su enfermedad y tratamiento. En esta circunstancia juega un papel importante la enfermera, con acciones de identificación de necesidades educativas que permita sujetarse a acciones de autocuidado para mantener una mejor calidad de vida. Estudios similares <sup>(23)</sup>, indican la importancia de un modelo cognitivo conductual donde los conocimientos y la conducta juegan un papel importante en la adherencia de los pacientes.

*Correlación de adherencia según género, edad y escolaridad.* No se encuentra significancia entre la adherencia con las variables de género, edad y escolaridad (ver Tabla 3). Con relación al género, en estudios similares no se encontró ninguna diferencia significativa en las dimensiones de la adherencia al tratamiento <sup>(23)</sup>. Sin embargo, investigaciones con relación a la asociación entre la edad y la adherencia, advierte que cuando la edad supera los 75 años y existe comorbilidad relacionada con enfermedad cardiovascular <sup>(8)</sup>, el riesgo de no adherencia es alto, al igual que el abandono al tratamiento <sup>(23)</sup>; se observó diferencia estadística significativa en la que indica que a medida que aumenta la escolaridad, hay mayor adherencia al tratamiento<sup>(23, 25)</sup>.

## CONCLUSIONES

Durante la investigación se demuestra que los factores socioeconómicos, y los servicios que ofrece el sistema de salud, en cuando a educación y proveer servicios son determinantes de la adherencia.

De igual manera se evidencia el autocuidado, en comportamientos como la asistencia a las citas médicas y la continuidad de tratamiento farmacológico, factor protector que contribuye a que los pacientes no reingresen a las UCI, sin embargo en esta población se observa un aumento en los reingresos y la estancia hospitalaria es prolongada siendo los resultados de gran impacto para este tipo de población, y debe ser intervenida en forma prioritaria; de esta particularidad sería importante hacer investigaciones que profundice en otras posibles causas que afectan de alguna manera la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y por consiguiente la no mejora de su situación de salud.

Estos resultados son de gran importancia para la población de estudio, y se requiere realizar estudios para ampliar la muestra de toda la población cardiovascular de las IPS, acogiendo el paciente desde diferentes etapas de su enfermedad, no solo en el estado crítico, de esta manera intervenir en la adherencia terapéutica según la dimensión alterada, en forma temprana evitando progreso de la enfermedad y llegar al estado crítico como la población de este estudio.

Desde la atención primaria es muy claro que la intervención en esta población es clave desde el momento en que el paciente es conocedor de su enfermedad como la hipertensión y la diabetes entre otras, estas sean controladas en forma oportuna y eficaz para que el paciente no desarrolle enfermedades cardiovasculares, siendo estas la mayor causa de las hospitalizaciones en la unidad de cuidado intensivo, aumento reingresos, estancia prologadas y costos hospitalarios. Finalmente, cabe mencionar que, la adherencia al tratamiento debe ser un componente importante en los sistemas de salud y se debe coordinar de una forma integral e interdisciplinaria que involucre tanto el personal de salud, familia como paciente.

## REFERENCIAS

(1) Benítez G, Paiva T, Ortellado J, González G, Sánchez C. Manual de Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, desde la Atención Primaria de Salud. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Asunción: Primera Edición; 2015.

- (2) Mayoral JM et al. Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. *Gaceta Sanitaria*. 2016;(30)2:154-157. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.12.008>
- (3) Cruz-Sánchez E et al. Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de enfermería de una universidad pública. *Revista Enfermería Universitaria [Internet]*. 2016;13(4):226-232. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.09.004>
- (4) Areiza M et al. Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios. *Rev Colomb Cardiol*. 2017; xxx(xx):1-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2017.07.011>
- (5) Martín-Portugués IA, Sánchez Mesa B, Sánchez Lora FJ. Factores de riesgo cardiovascular en situaciones clínicas específicas: diabetes mellitus, insuficiencia renal, enfermedades inflamatorias crónicas, infecciones crónicas, VIH, edad y sexo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2017;12(42):2503-2508. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.10.004>
- (6) Salgado Ordóñez F, Sanz Cánovas J, Pacheco Yepes R. Riesgo cardiovascular. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2017;12(42):2477-2484. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.10.001>
- (7) López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoc. salud*. 2016;21(1):117-137. Disponible en: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.10>
- (8) Salcedo Barajas A, Gómez Ochoa AM. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial. *Avances en Enfermería*. 2014;32(1):33-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n1.46033>
- (9) Raile Alligood, M. Modelos y teorías de enfermería. 2011. 7 ed. España: ELSEVIER.
- (10) Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. *Revista Médica de Chile*. 2014;142(10):1245-1252. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000003>
- (11) Conthe P et al. Pinto, Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista Clínica Española*. 2014;(214)6:336-344. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008>
- (12) Bonilla Ibáñez CP. Adherencia y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Una revisión de literatura. Bogotá D.C. Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- (13) Minimental escala psicométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas disponible en: [http://www.ome.es/media/docs/Novedad\\_Test\\_Minimental.pdf](http://www.ome.es/media/docs/Novedad_Test_Minimental.pdf)
- (14) Bonilla C, Gutiérrez E. Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances de Enfermería*. 2014;32(1):53-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n1.46035>
- (15) Republica de Colombia. Ministerio de salud. Resolución Numero 8430 de 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

- (16) Ortiz Suarez, C. Instrumento para evaluar la Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances de Enfermería*. 2010;28(2):73-87.
- (17) Mozaffarian D et al. Heart Disease And Stroke Statistics. A report from de American Heart Association. *Circulation*. 2016;133(8):e38-360. Available from: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>
- (18) Salgado Ordóñez F, Sanz Cánovas J, Pacheco Yepes F. Riesgo cardiovascular. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2017;12(42):2477-2484. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.10.001>
- (19) Hernández DY. Relación entre estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardiaca. *Avances en Enfermería*. 2015;33(1):114-123. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.41825>
- (20) Ortega Oviedo SI, Vargas Rosero E. Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*. 2014;32(1):1-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n1.46032>
- (21) Rojas-Reyes J, Flórez-Flórez ML. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan*. 2016;16(3):328-339. Disponible en: Doi: 10.5294/aqui.2016.16.3.5
- (22) Bonilla C. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- (23) Zanbrano CR, Duitama JF, Posada VJ, Florez JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2012; (30)2:163-174.
- (24) Herrera Guerra E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Rev. Av.enferm*. 2012;(30)2:67-75.
- (25) Rodríguez-Abt JC, Solís-Visscher RJ, Rogic-Valencia SJ, Román Y, Reyes-Rocha M. Association between hypertension awareness and treatment adherence in hypertensive patients at hospital nacional edgardo rebagliati martins in Lima, Perú, 2015. *Revista Facultad de Medicina*. 2017;65(1):55-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56773>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia