

Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular*

Degree of adherence to treatments in people with cardiovascular risk

Grau de aderência a tratamentos em pessoas com risco cardiovascular

STELLA IGNACIA ORTEGA OVIEDO**

ELIZABETH VARGAS ROSERO***

Resumen

Objetivo: Determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular inscritos en el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular en una Institución Prestadora de Salud de Montería, Colombia.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, con 204 pacientes de un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular. La información se obtuvo aplicando la cuarta versión del Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, diseñado por Bonilla y Gutiérrez (3). Los resultados se analizaron mediante técnicas de estadística descriptiva y medidas de tendencia central y de posición.

Resultados: El grado de adherencia terapéutica en los participantes mostró un 67% en situación de ventaja para adherencia; un 29% en riesgo a no adherirse y un 4% en situación de no adherencia. Los tres grupos de situación de adherencia identificados varían estadísticamente con relación a las cuatro dimensiones estudiadas, siendo la Dimensión ii relacionada con el proveedor la que aportó mayor diferencia.

Conclusiones: Estos hallazgos permiten destacar la importancia de la relación paciente-proveedor en el grado de adherencia de los pacientes, haciendo necesario que la institución y el equipo de salud y enfermería enfatizen las acciones de autocuidado con apoyo, acompañamiento permanente y orientación acorde a sus necesidades, a sus expectativas y a las características individuales de las personas atendidas.

Palabras clave: Adherencia al Tratamiento; Factores de Riesgo; Enfermedades Cardiovasculares; Autocuidado (Fuente: DeSC BIREME).

Abstract

Objective: To determine the degree of adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in people with cardiovascular risk factors that were registered in a cardiovascular disease prevention and health promotion program in a private Health Provider Institution (hpi) in Montería (Colombia).

Methodology: Descriptive, transversal study, quantitative, with 204 patients of a program of health promotion and prevention of cardiovascular disease. The information was obtained using the fourth version of the Tool to evaluate the factors that influence adherence to pharmacological and

* Este artículo es producto del trabajo de investigación titulado *Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, Montería, 2010*, desarrollado como tesis para optar el título de Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

** Enfermera Universidad de Córdoba. Especialista en Enfermería Médico-Quirúrgica con Énfasis en Cuidados Intensivos. Profesora Asistente,

Facultad de Enfermería, Universidad de Córdoba. Montería, Córdoba, Colombia. E-mail: signacia21ortega@correo.unicordoba.edu.co

*** Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Profesora Asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. E-mail: evargasr@unal.edu.co

nonpharmacological treatments in patients with risk factors for cardiovascular disease, designed by Bonilla and Gutiérrez (3). The results were analyzed using descriptive statistical techniques and measures of central tendency and position.

Results: A 67% of participants are in a favorable situation towards adherence, a 29% in a situation of risk towards non-adherence and a 4% in a situation of non-adherence. The three groups in a situation of adherence that were identified vary statistically along the four dimensions that were studied, being Dimension ii related to the provider, the one that showed the larger difference.

Conclusions: These results highlight that the patient-provider relation is of importance in the degree of adherence that patients, making it necessary for the institution and the health provider and nursing team to emphasize the actions of self-care, support, assistance permanent and guidance to meet their needs and expectations as well as the individual characteristics of the people served.

Key words: Medication Adherence; Risk Factors; Cardiovascular Diseases; Self Care (Source: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Determinar o grau de aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico em pessoas com fatores de risco cardiovascular, inscritos no programa de promoção da saúde e prevenção da doença cardiovascular em uma Instituição Prestadora de Cuidados de Saúde (ips) de Montería, na Colômbia.

Metodologia: Estudo descritivo, transversal, quantitativo, com 204 pacientes de um programa de promoção de saúde e prevenção da doença cardiovascular. A informação se obteve aplicando a quarta versão do instrumento para avaliar os fatores que influem na aderência a tratamentos farmacológicos e não farmacológicos em pacientes com fatores de risco de doença cardiovascular, desenhado por Bonilla e Gutiérrez (3). Os resultados analisaram-se mediante técnicas de estatística descritiva e medidas de tendência central e de posição.

Resultados: O grau de aderência terapêutica nos participantes mostrou 67% em situação de vantagem para aderência; 29% em risco a não aderir-se e 4% em situação de não aderência. Os três grupos de situação de aderência identificados variam estatisticamente em relação às quatro dimensões estudadas, sendo a Dimensão ii, relacionada com o provedor a que aportou maior diferença.

Conclusões: Estes achados permitem destacar a importância da relação paciente-provedor no grau de aderência dos pacientes, tornando necessário que a instituição e a equipe de saúde e enfermagem enfatizem as ações de autocuidado com apoio, acompanhamento permanente e orientação acorde às suas necessidades, às suas expectativas e às características individuais das pessoas atendidas.

Palavras-chave: Adesão à Medicação; Fatores de Risco; Doenças Cardiovasculares; Autocuidado (Fonte: DeCS BIREME).

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) siguen siendo una de las principales causas de discapacidad y muerte tanto en países desarrollados como en los que están en vía de desarrollo, como lo evidencian los altos indicadores epidemiológicos reportados por el Ministerio de Protección Social de Colombia (MPS) (1), los cuales muestran una tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio para América Latina de 176.6 por cada 100.000 habitantes, para Colombia, de 133.1 y para Córdoba de 100.7. Estas tasas reflejan la seriedad de la problemática de salud que siguen teniendo las patologías cardiovasculares y dejan entrever que las medidas encaminadas a incidir de manera positiva en su control no han arrojado los resultados esperados.

De igual forma, personas con Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) no muestran adherencia a tratamientos principalmente en factores modificables como la dieta, el ejercicio, el control de peso, la ingesta de cigarrillo o de alcohol, como tampoco a la terapia farmacológica requerida. En este sentido, anota Sabaté que la Adherencia Terapéutica (AT) en países desarrollados promedia sólo el 50% y en países en desarrollo como Colombia la deficiencia puede ser mayor, dada la escasez de recursos sanitarios y la inequidad en el acceso a la atención de salud.

La AT en Colombia se ha enfocado en el estudio de los factores que influyen en la adherencia a tratamientos en diferentes contextos; muchos de esos estudios estuvieron también encaminados a determinar la validez y confiabilidad del instrumento para evaluar factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con FRCV diseñado por Bonilla y Gutiérrez (3).

El Departamento de Córdoba y su capital Montería cuentan con una población aproximada de 1'534.854 habitantes. En esta región la mortalidad reportada por ECV es del orden de los 1.500 casos (2.6%) y aunque existen programas de promoción de salud y prevención para patologías crónicas como diabetes e hipertensión, éstas siguen entre las primeras causas de morbilidad, como lo evidencia la alta cobertura de pacientes inscritos en el programa de la IPS donde se realizó el estudio. Sin embargo, no existen estudios sobre adherencia a tratamientos.

Estudiar la AT en enfermería es de suma importancia para valorar acciones de autocuidado, toda vez que la adherencia se concibe como comportamientos o expresiones del autocuidado de las personas. Desde esta óptica, este fenómeno puede vislumbrarse según la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (4), en la cual, cuando la persona tiene el potencial y la capacidad, puede realizar sus propias acciones de autocuidado; en caso contrario, requiere de la enfermería para agenciarla. En ambas circunstancias, la enfermería juega un papel fundamental tanto en la identificación de necesidades y capacidades de autocuidado, como en la guía, apoyo y enseñanza al paciente-familia en las acciones de autocuidado requeridas. Acciones que exigen del paciente una adecuada adherencia que le permita mantener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o adaptarse a sus cambios.

El objetivo de la investigación fue determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con FRCV inscritas en el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en una Institución Prestadora de Salud privada de Montería e identificar los factores que afectan la adherencia de estos pacientes para orientar acciones específicas encaminadas a que éstos logren un mejor estado de salud y bienestar.

En el estudio se tuvieron en cuenta los siguientes conceptos:

- **Grado de adherencia:** “Correspondencia entre los comportamientos de un paciente con factor de riesgo cardiovascular y las recomendaciones hechas por uno o más miembros del equipo de salud, las cuales corresponden a una situación de ventaja para la adherencia, situación de riesgo de no adherencia y situación de no adherencia” (3).
- **Adherencia al tratamiento farmacológico:** “Grado al cual el comportamiento de un paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea éste un médico o personal de enfermería. Estas recomendaciones se relacionan con medicamentos: tipo de medicamento, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horario de comidas, horarios diurnos y otros” (3).
- **Adherencia al tratamiento no farmacológico:** “Grado al cual el comportamiento de un paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea éste médico o personal de enfermería. Estas recomendaciones no farmacológicas corresponden a cambios de dieta, control de peso y regulación del ejercicio, supresión o disminución en el hábito de fumar o alcohol” (3).
- **Personas con factor de riesgo de enfermedad cardiovascular:** “Se identifica como las personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular que presentan condiciones tales como hipertensión arterial, diabetes, sedentarismo, obesidad, hipercolesterolemia, dislipidemias, alcohol y tabaquismo” (3).

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, con 204 pacientes seleccionados mediante muestreo probabilístico aleatorio simple de la base de datos de 1.278 pacientes inscritos en el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en una Institución Prestadora de Salud (IPS) de Montería.

Para obtener la información, se utilizó el instrumento diseñado por Bonilla y Gutiérrez en su cuarta versión, validada por Ortiz y Guáqueta (5), cuya confiabilidad según Alfa de Cronbach es de 0.60. Éste consta de 24 ítems y cuatro dimensiones: Dimensión I: factores socioeconómicos (6 ítems); Dimensión II: factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud (8 ítems); Dimensión III: factores relacionados con la terapia (6 ítems); Dimensión IV: factores relacionados con el paciente (4 ítems), cuya valoración se efectúa en escala tipo *Likert* de 0, 1 y 2 para *nunca*, *algunas veces* y *siempre*, que permite identificar tres situaciones de adherencia: persona en ventaja para adherencia cuando los puntajes están entre 80%-100% (38-48) del ideal; en riesgo de no adherencia entre 60%-79% (29-37); y en situación de no adherencia cuando es menor de 60%, (< 29) (3, 5).

La información se recolectó durante los meses de febrero a marzo de 2010; los pacientes seleccionados se localizaron el día de su cita médica o de enfermería y previa información de los objetivos y procedimiento a seguir en la investigación; se aplicó el instrumento de forma autodiligenciada o con ayuda del encuestador. La información se procesó en una base de datos de *EXCEL 2007*, la cual se analizó mediante técnicas de estadística descriptiva como distribución de frecuencias, de tendencia central como el promedio y la mediana, y posición como cuartiles y percentiles; además, se realizó un análisis según coeficiente de correlación y ANOVA, para identificar si existía diferencia significativa en los tres grupos y a qué factor obedecía esa diferencia.

En cuanto a los aspectos éticos, se respetaron los contemplados en la normatividad colombiana: Resolución 008430/1993 y en el Código de Ética de Enfermería (7). La participación de los pacientes fue voluntaria, firmaron consentimiento informado y se mantuvo la

confidencialidad de la información mediante la asignación de códigos al instrumento. Se obtuvo aval de: el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, de la IPS y de las autoras del instrumento, y se garantizó la propiedad intelectual mediante citas bibliográficas.

Resultados

- Características sociodemográficas:** Los participantes tenían edad promedio de 58 años, con rango de 21-90 años, el 70% de los pacientes estaba en edades de 45-68 años. El 53% era de sexo femenino, lo cual podría obedecer según lo encontrado por Martín a que las mujeres suelen acudir en mayor número y frecuencia a la consulta médica y en consecuencia también ser más responsables en el cumplimiento de las indicaciones recibidas. No obstante, la literatura reporta que los hombres tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que las mujeres y son afectados en edades más tempranas (9). Con relación al estado civil, el 57% de los pacientes era casado, 22% vivía en unión libre y el 21% restante no tenía vínculo conyugal. El 48% tiene nivel educativo universitario, el 22% secundaria y el 16% técnica, esto debido quizás a que la población estudiada pertenece al Régimen del Magisterio. Sin embargo, el 6% no realizó estudios y el 8% sólo alcanzó primaria, que correspondían a pacientes beneficiarios. De acuerdo al estrato socioeconómico, el 82% pertenecía a estratos 2 y 3. El 54% estaba afiliado al Régimen de Seguridad Social, de los cuales el 41% eran docentes activos y el 13% jubilados; el 46% era beneficiario.

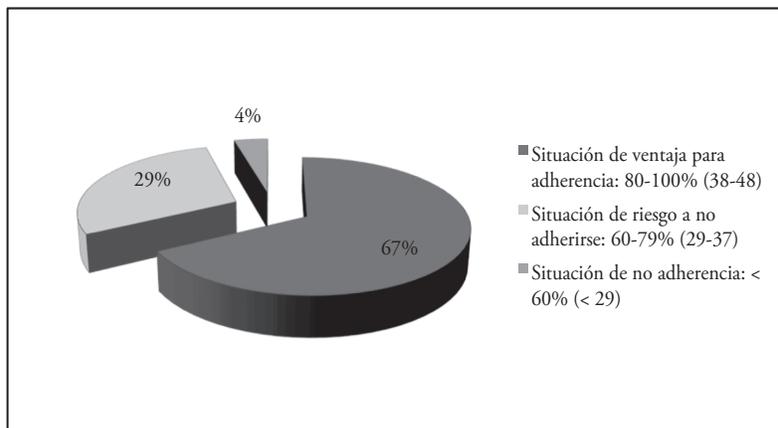
- Factores de Riesgo Cardiovascular:** El FRCV predominante fue la hipertensión arterial con 70%, mientras que el 18% presentaba más de un factor de riesgo, lo que concuerda con lo reportado por el MPS de Colombia, en el cual la hipertensión constituye el primer FRCV y una de las cinco primeras causas de mortalidad (1). El estudio encontró que el 67% de los pacientes se encontraba en situación de ventaja para adherencia, el 29%, en situación de riesgo a no adherirse y el 4%, en situación de no adherencia. Esto puede estar relacionado con el hecho que estos pacientes pertenecían a un régimen de seguridad social que garantiza a sus usuarios la oportuna disponibilidad de medicamentos y a un programa en que realiza control por parte del médico y de la enfermera. Según la OMS, el sistema de prestación de asistencia sanitaria tiene gran potencial para influir en el comportamiento de adherencia de los pacientes (10), sustentado también por Bonilla, cuando anota que en el sistema de salud al cual pertenece el paciente le dará elementos que pueden ser los adecuados o necesarios para que el paciente tenga o no mayor grado de adherencia (3).

Descripción de los hallazgos según grado de adherencia y dimensiones

Grupo de pacientes en ventaja para adherirse al tratamiento

- Dimensión 1: Factores socio-económicos.** En este grupo, entre el 66.9% y el 83.1% de los pacientes *siempre* tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos y asistir a la consulta; estaban en capacidad de leer la información escrita

Gráfica 1. Grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico



Fuente: Resultados de la investigación.

sobre el manejo de su enfermedad y contaban con apoyo familiar-social para cumplir su tratamiento. No obstante, el 50,7% consideró que *algunas veces* y 14% que *siempre* se les dificultaba los “cambios en la dieta debido al costo de los alimentos recomendados”, indicando que este aspecto de la terapia no farmacológica los pacientes no la están cumpliendo. Lo anterior conlleva a que la enfermería realice mayor énfasis en la educación al paciente sobre dietas adecuadas de acuerdo a la particularidad del tratamiento, sus costumbres y alimentos propios de la región, que permitan su adquisición a menor costo y un mejor cumplimiento de este aspecto de la terapia.

- **Dimensión II: Factor proveedor: sistema y equipo de salud.** Porcentajes superiores al 80% de participantes manifestaron que *siempre* “recibían información y explicaciones por parte del médico y de la enfermera con palabras entendibles sobre resultados, beneficios y forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias”; se daban cuenta que el médico controlaba si estaban siguiendo el tratamiento por las preguntas que les hacían y en caso que fallaran en su tratamiento, éstos entenderían sus motivos. Sin embargo, el 71,3% anotó que *siempre* y el 21,9% que *algunas veces* “las personas que los atendían respondían sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento” y el 63,2% opinó que *siempre* “el médico y ellos coincidían en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que estaban haciendo en sus hábitos”, pero el 27,2% consideró que *algunas veces* y el 9,6% que *nunca* “coincidían”. Se observa que aunque este factor fue bien valorado por los participantes, se requiere que el personal médico y de enfermería siga afianzando procesos comunicativos de doble vía, donde se tengan en cuenta las inquietudes, las motivaciones y las expectativas del paciente, y no sólo la simple orientación o información. Lo cual guarda coherencia con lo expresado por Bonilla, apoyada en Halka (3), según la cual la comunicación de las expectativas del cliente en cuanto a su tratamiento mejora la adherencia; con Flórez (11), cuando anota las intervenciones integrales que combinan distintos componentes que fueron más efectivas que las unifocales; y con lo planteado por la OMS (10), que una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. De allí que si el sistema tiene buena capacidad para educar a los pacientes, proporcionar apoyo y seguimiento y fomentar la capacidad de autocuidado, existen ventajas para lograr la adherencia.
- **Dimensión III: Factor relacionado con la terapia** (ítems con enunciados negativos). Porcentajes mayores al 80% consideraron que *nunca* “las diversas ocupaciones que tenían dentro y fuera del hogar y las distancias para llegar al consultorio les dificultaban seguir el tratamiento o cumplir sus citas, ‘nunca’ tenían dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos y no suspendían el

tratamiento cuando mejoraban los síntomas”. Sin embargo, el 55,1% anotó que *nunca* y el 42,6% que *algunas veces* habían “presentado dificultades para cumplir su tratamiento, lo cual podría estar relacionado con costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar”, según lo expresó el 46,3% en *algunas veces* y el 17,6% en *siempre*. Este resultado evidenció que estos aspectos no farmacológicos tenían influencia negativa en pacientes de este grupo, haciendo necesario concertar e involucrar activamente a estos pacientes en la planeación de las acciones a seguir en estos aspectos de la terapia.

- **Dimensión IV: Factor relacionado con el paciente.** Ítems valorados por más del 90% con *siempre*, indicador de que estos pacientes estaban convencidos de la importancia y los beneficios del tratamiento en su salud y se interesaban y se responsabilizaban por su cuidado. Este grado de compromiso de los participantes de este grupo es un aspecto positivo que el equipo de salud debe aprovechar y fortalecer en aras de crear condiciones más favorables para el fomento de su autocuidado, como también para el desarrollo de trabajos grupales que potencialicen en otros pacientes el interés, el compromiso y la responsabilidad por el cuidado de su salud.

Los resultados en el grupo de pacientes en ventaja para adherencia coinciden con los de Flórez, Herrera y Contreras, quienes encontraron respectivamente el 88%, el 92% y el 95% de los participantes en la categoría sin riesgo de no adherirse a los tratamientos, relacionados con la disponibilidad de recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas, las redes de apoyo familiares, la disponibilidad de un sistema y el equipo de salud organizados que respondan a las inquietudes y a la consecución de los tratamientos y grupos de apoyo para la práctica de hábitos saludables (11, 12, 13). En contraste están los resultados de Rodríguez (16), quien encontró el 80,8% en riesgo de no adherencia y el 6,4% en no adherencia, por dificultad para mantener las necesidades básicas, asistir a la institución de salud, continuidad en el tratamiento, falta de compromiso para cambiar algunos hábitos y déficit de conocimientos en cuanto a la enfermedad, los tratamientos, los controles y los cuidados.

Grupo de pacientes en situación de riesgo para no adherencia a los tratamientos

- **Dimensión I: Factores socio-económicos.** En este grupo, el 60% *siempre* “tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos 56,7%, asistir a la consulta 58,3% y el 68,3 podía leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad”. Los porcentajes restantes consideraron *algunas veces* y un porcentaje bastante mínimo que *nunca* la tenían. Por su parte, el 73,3% *algunas veces* “se le dificultaba los cambios en la dieta debido al costo de los alimentos recomenda-

dos” y el 48,3% *siempre* “contaba con apoyo familiar o de allegados para cumplir su tratamiento”. Sin embargo, el 48,3% *algunas veces* y el 3,3% *nunca* tenía apoyo.

- **Dimensión II: Factor relacionado con el proveedor.** En este factor manifestaron que algunas veces “las personas que los atendían respondían sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento (58,3%); recibían información o explicación sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico (53,3%); forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias (61,7%); resultados del tratamiento en su salud (51,7%); explicaciones del médico y la enfermera con palabras que entendían (65%); en caso que fallaran en su tratamiento, éstos entenderían sus motivos (55%) y se daban cuenta que su médico controlaba si estaban siguiendo el tratamiento por las preguntas que les hacían” (56,7%). El 41,7% consideró que *algunas veces* y el 30% que *nunca* coincidía con el médico en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que estaban haciendo en sus hábitos, requiriendo este grupo un mayor apoyo, seguimiento y orientación por parte del equipo de salud para aclarar sus dudas, inquietudes y expectativas. Estos hallazgos soportan lo expresado por Sánchez (14): “Una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente en la interacción profesional de la salud-enfermo son de gran importancia y contribuyen a mejorar la adherencia”.
- **Dimensión III: Factor relacionado con la terapia.** Para el 68,3% de participantes, *siempre* “las diversas ocupaciones les dificultaban seguir el tratamiento o cumplir sus citas” (63,3%); el 58,3% “tenía dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos” y el 65% “cuando mejoraban sus síntomas, suspendían el tratamiento”. Por su parte, el 55% consideró que *algunas veces* y el 38,3% que *siempre* “había presentado anteriormente dificultades para cumplir su tratamiento”. Para el 60%, *algunas veces* y el 16,7% *siempre* “había costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar”, evidenciando falta de conocimientos tanto de la terapia farmacológica como de la no farmacológica. Según hallazgos respaldados en lo expresado por Bonilla (3), la falta de conocimientos del paciente de su enfermedad los lleva a tomar alternativas como las de abandonar el tratamiento, siendo necesario informar al paciente de todo lo relacionado con la patología. No obstante, estos resultados difieren de los de Flórez y Herrera, que encontraron en el 93% y el 87,4% actitudes positivas en el cumplimiento de la terapia farmacológica y no farmacológica (11, 12).
- **Dimensión IV: Factor relacionado con el paciente.** Del 75% al 90% de los pacientes consideró “estar convencido de la importancia y beneficios del tratamiento, mostraba interés y sabía que era responsable de seguir

el cuidado de su salud”, aunque para el rango entre el 8% y el 25% sólo *algunas veces*.

Estos hallazgos evidencian que este grupo requiere mayor apoyo, seguimiento e información por parte del equipo de salud, teniendo en cuenta las dudas, las necesidades y las expectativas de los pacientes, tal como lo plantea la OMS (10) cuando hay poca capacidad o incapacidad del sistema para educar a los pacientes, proporcionar seguimiento y apoyo a la comunidad, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. Estos factores ejercen un efecto negativo en la adherencia terapéutica.

Grupo de pacientes en situación de no adherencia a los tratamientos

- **Dimensión I: Factores socioeconómicos.** El 50% de los pacientes *algunas veces* y entre el 12,5% y el 25% “nunca tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos o asistir a la consulta”, lo cual también “hacía que presentaran dificultades con los cambios en la dieta”. Iguales porcentajes *algunas veces* o *nunca* “podían leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad” y un 75% *algunas veces* y 25% *nunca* “contaba con apoyo familiar para cumplir su tratamiento”. En este sentido, Bonilla encontró como factores que intervienen en la falta de adherencia de los pacientes la incapacidad económica de conseguir los medicamentos por falta de dinero, adicionalmente la incapacidad de leer las recetas por el bajo nivel de escolaridad o alteración en la agudeza visual y no tener buenas redes de apoyo para la ejecución del tratamiento (3).
- **Dimensión II: Factor proveedor.** Porcentajes entre el 50 y el 75% anotaron que *algunas veces* “las personas que los atendían respondían sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento” (50%) y “se daban cuenta de que su médico controlaba si estaban siguiendo el tratamiento por las preguntas que les hacían, así como si recibían información y explicación sobre los beneficios y resultados que iban a tener en su salud con el tratamiento (62,5%)”. El 75% *algunas veces* “recibía información sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias y el médico y la enfermera les daban explicaciones con palabras que entendieron”. Para el 50% *nunca*, seguido de 25% *algunas veces*, “en caso que fallaran en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos”. Lo anterior denota la necesidad de un mayor acompañamiento del equipo de salud, donde la enfermería juega un papel importante al brindar apoyo y educación como un sistema de intervención para el logro del autocuidado, como lo sugiere el sistema de apoyo educativo de Orem (15).

En este aspecto, la OMS (10) considera que la poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento ejerce un efecto negativo en la adherencia. Bonilla expresa que en la relación cliente-proveedor la comunicación influye en la adherencia de manera distinta; aquellas donde faltaron las explicaciones la influencia fue negativa y disminuyó la adherencia.

- **Dimensión III: Factor terapia.** Aunque al 62,5% *nunca* “las diversas ocupaciones les dificulta seguir el tratamiento”, al 37,5% *algunas veces*. Por su parte, *algunas veces* “las distancias a los consultorios les dificultaba el cumplimiento de sus citas (50%)”, “tenían dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos (37,5%)”, “suspenden el tratamiento cuando mejoran sus síntomas y han presentado anteriormente dificultades para cumplir su tratamiento (62,5%)”. Esto último podría estar relacionado con que el 50% *siempre* y 37,5% *algunas veces* creen que “hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar”. En este grupo se evidencia aún más la falta de conocimientos tanto de la terapia farmacológica como de la no farmacológica.
- **Dimensión IV: Factor paciente.** Mayor porcentaje de los participantes (62,5%) evidencia estar “convencido de que el tratamiento es beneficioso, por eso sigue tomándolo”, aunque el 37,5% lo está *algunas veces*. El 75% *siempre* “se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse y creen que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud”, pero el 25% *algunas veces*. Por su parte, el 50% “cree que es responsable de seguir el cuidado de su salud”, pero otro 50% sólo *algunas veces*. Se requiere que a este grupo de pacientes en situación de no adherencia la enfermería les ofrezca refuerzo conductual sobre el manejo de la alteración de su salud, su tratamiento y cuidados, que lleven a que ellos asuman un mayor compromiso y responsabilidad en el autocuidado de su salud y el cumplimiento de su tratamiento farmacológico y no farmacológico. Sustentan estos hallazgos la OMS (10) y Rodríguez (16), cuando manifiestan que ejercen un efecto negativo sobre la adherencia factores como las dificultades económicas, el bajo nivel educativo o el analfabetismo las dificultades en modificar hábitos, la falta de redes de apoyo social, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento.

Otros análisis

A los datos obtenidos se les realizó un análisis de varianza (ANOVA) con la finalidad de identificar si existía diferencia estadística significativa entre los tres grupos y a qué factor obedecía esa diferencia. El ANOVA aportó según el valor de la Estadística F que la *Dimensión II: factores relacionados con el proveedor* es la que aporta una mayor diferencia

entre estos grupos (106,038), lo cual muestra que la relación paciente-proveedor es de gran importancia en el grado de adherencia que pueden tener los pacientes.

Este hallazgo se apoya en lo anotado por la OMS (10), en cuanto a cómo una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, de allí que si el sistema tiene buena capacidad para educar a los pacientes, proporcionar apoyo y seguimiento, fomentar la capacidad de autocuidado, conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla, existen ventajas para lograr la adherencia. Lo contrario ejerce efecto negativo en la adherencia.

También se sustenta en lo planteado por Orem (15) la confianza y aceptación que tiene el paciente en la enfermera y el respeto de ésta con el paciente, pues son fuerzas que actúan recíprocamente y ayudan al mantenimiento de una relación enfermera-paciente, así como el interés sostenido por la enfermera en los esfuerzos de cuidado sanitario del paciente, que puede contribuir mucho a que llegue a ser un agente eficaz de autocuidado.

Conclusiones

Los pacientes inscritos en el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad Cardiovascular de la IPS privada del municipio de Montería en un mayor porcentaje se encuentran en situación de ventaja para adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, un porcentaje intermedio en situación de riesgo de no adherencia y un porcentaje mínimo en situación de no adherencia.

En cuanto a los factores que influyen en la adherencia, el grupo de pacientes en situación de ventaja para adherencia manifestó en mayor porcentaje tener disponibilidad económica y apoyo familiar para satisfacer las necesidades básicas, costearse los medicamentos, asistir al lugar de la consulta y cumplir el tratamiento; recibir educación y orientación del equipo de salud sobre importancia, resultados y beneficios del tratamiento en su salud y aclaraciones a sus dudas e inquietudes; no tener dificultad en el cumplimiento del tratamiento o de las citas debido a sus ocupaciones; y estar convencidos de la importancia del tratamiento y su interés y responsabilidad en cumplirlo.

En el grupo de pacientes en situación de riesgo de no adherencia, estos aspectos se cumplen en mayor porcentaje *algunas veces*, a pesar de estar convencidos de la importancia y de los beneficios del tratamiento, mostrar interés por su salud y saber que ellos son responsables de su cuidado; y en el grupo de pacientes en situación de no adherencia,

los aspectos antes anotados se cumplen en un alto porcentaje *algunas veces* siguiéndole en porcentaje *nunca*.

Un aspecto de los factores socioeconómicos presente en los tres grupos es el relacionado con la dificultad para hacer cambios en la dieta debido al costo de algunos alimentos, variable del tratamiento no farmacológico que influye de manera negativa en los pacientes estudiados.

Los tres grupos de situación de adherencia identificados varían estadísticamente con relación a las cuatro dimensiones, siendo la *Dimensión II: factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud*, la que aportó mayor diferencia. En esto se destaca que la relación paciente-proveedor es de gran importancia en el grado de adherencia que pueden tener los pacientes. Este hallazgo representa un reto para la enfermería, haciendo necesario que en su papel de cuidador la enfermera enfatice las acciones de autocuidado con orientación, enseñanza, apoyo y acompañamiento permanente, teniendo en cuenta las características individuales encontradas en los pacientes en los distintos grupos, sus necesidades, experiencias y expectativas, dándole participación activa en la planeación de las acciones a seguir en un ambiente de desarrollo, fortalecimiento, cambio de actitudes y toma de decisiones, que favorezcan tanto la adherencia como el autocuidado de los participantes del programa.

Referencias

- (1) Ministerio de Protección Social. Indicadores básicos 2008 [documento en Internet]. 2008 [acceso: 2009 may 04]. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/vBecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3>
- (2) Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción [página principal en Internet]. OMS; c2004 [acceso: 2009 may 04] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>.
- (3) 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.
- (4) Taylor S. Orem D. La teoría enfermera del déficit de autocuidado. En: Marriner T, Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería. 5ª ed. Madrid: Elsevier Science; 2003. pp. 189-210.
- (5) Ortiz C. Validez de constructo y confiabilidad del instrumento *Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular* [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2008.
- (6) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Boletín Oficial del Estado n°159 (10/04/1993).
- (7) Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Código de Ética de Enfermería: *Guía para el desempeño del profesional de enfermería*. Bogotá: ACOFAEN; 1998.
- (8) Martín L, Sairo M, Bayarre H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2003;19(2):1-4.
- (9) UNED. Guía de alimentación y salud: factores de riesgo cardiovascular [documento en línea]. [acceso: 04 may 2009]. Disponible en: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/enfermedades/cardiovasculares/index.htm>
- (10) OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [documento en Internet]. 2004 [acceso: 04 may 2009]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>
- (11) Flórez I. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2007.
- (12) Herrera A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2007.
- (13) Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- (14) Sánchez CN. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2006;14(3):98-101.
- (15) Orem D. Normas prácticas en enfermería. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.; 1983.
- (16) Rodríguez AL, Gómez OA. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Av Enferm*. 2010;28(1):63-71.