

**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,
BOGOTÁ DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 2008**



MÓNICA GARCÍA LEGUIZAMÓN

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA
BOGOTÁ D. C 2008**

**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,
BOGOTÁ DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 2008**

**Presentado por:
MÓNICA GARCÍA LEGUIZAMÓN**

**Trabajo de Grado como requisito parcial para optar por el título de Profesional
de Enfermería**

**ASESORA
GLORIA JUDITH SEPÚLVEDA CARRILLO**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA
BOGOTÁ D. C., 2008**

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y la oportunidad de crecer espiritual y profesionalmente

A mí esposo Francisco Javier, por apoyarme desde el inicio de la carrera hasta el día de hoy y en los momentos más difíciles, y por estar a mi lado incondicionalmente construyendo un sueño que no solo es mío si no de los dos.

A mi familia por acompañarme en este largo camino.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por guiarme y acompañarme en el camino del conocimiento.

Gracias a la Pontificia Universidad Javeriana, a la Facultad de Enfermería, por abrirme sus puertas y por guiarme por el camino de la excelencia.

A mi asesora Diana Marcela Achury por haberme orientado al comienzo del trabajo de grado.

A mi asesora Gloria Judith Sepúlveda, por su dedicación, entrega y por contribuir con su sabiduría al enriquecimiento de mi Trabajo de Grado.

A mi esposo Francisco Javier por su comprensión, apoyo, ayuda y por incentivarme cada día a ser mejor.

Al Hospital Universitario San Ignacio en especial al área de Rehabilitación Cardíaca.

A la Jefe Cielo por su colaboración en el área de Rehabilitación Cardíaca en la recolección de la información.

A los docentes, que a lo largo de mi formación profesional me guiaron por el sendero del saber y me dieron con su ejemplo la oportunidad de crecer como persona y amar nuestra profesión "Enfermería".

MÓNICA GARCÍA LEGUIZAMÓN

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	9
1. PROBLEMA.....	12
1.1. Definición Operacional de Términos.....	20
2. Objetivos.....	24
2.1. Objetivo General.....	24
2.1. Objetivos Específicos.....	24
3. Propósito.....	25
4. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	27
4.1 Contexto del Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	27
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	56
5.1. Tipo de Estudio.....	56
5.2. Población y muestra.....	56
5.2.1 Población Objeto.....	56
5.2.2 Tipo de muestreo.....	56
5.3. Criterios de Selección.....	56
5.4. Procedimiento.....	57
5.5. Instrumento.....	57
6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	60
7. CONCLUSIONES.....	81
8. RECOMENDACIONES.....	83
BIBLIOGRAFÍA.....	84
ANEXOS.....	90

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN EDAD- GENERO-ESTADO CIVIL.....	61
TABLA 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN ESCOLARIDAD- ESTRATO ECONÓMICO- EPS Y OCUPACIÓN.....	66
TABLA 3: NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE	71
TABLA 4: NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL AMBIENTE	74
TABLA 5: NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS.....	76
TABLA 6: NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES DE LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMER@-PACIENTE.....	78
TABLA 7: NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	79

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfico 1: Característica socio demográfica de la población estudio, según la edad	62
Gráfico 2: Característica socio demográfica de la población, Según el genero	63
Gráfico 3: Característica socio demográfica de la población, según el estado civil	64
Gráfico 4: Característica socio demográfica de la población, Según la escolaridad.....	67
Gráfico 5: Característica socio demográfica de la población, Según el estrato económico.....	67
Gráfico 6: Característica socio demográfica de la población, Según la EPS.....	68
Gráfico 7: Característica socio demográfica de la población, Según la ocupación.....	68
Gráfico 8: Nivel de adherencia según los factores relacionados con el tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio	80

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	90
ANEXO 2: INSTRUMENTO	92

INTRODUCCIÓN

La investigación en el campo de la Enfermería ha avanzado, de tal manera que es posible encontrar distintas líneas de trabajo que pueden enriquecer, desde el punto de vista teórico y práctico, el quehacer de la Enfermería como profesión.

La investigación en Enfermería, como proceso formal, sistemático y científico, describe el surgimiento de diferentes conceptos para investigar. Es el caso del grupo de enfermedades isquémicas e hipertensivas, en las que se encuentra una entidad patológica de gran impacto como lo es el Infarto Agudo de Miocardio (IAM), convirtiéndose en uno de los más serios problemas de salud que se enfrenta actualmente. La razón es que con el transcurrir de los años ha crecido la población adulta mayor y con ella la relación con factores de riesgo cardiovascular modificables y no modificables, que incrementan la presencia de este tipo de entidad patológica.

Es por esto que en el manejo y control del infarto agudo de miocardio, la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes es un punto importante de investigación, ya que se ha observado que la falta de adherencia en estos pacientes con lleva a complicaciones como son las: físicas, sociales, emocionales y económicas. Entre los hallazgos más significativos de los estudios en este campo se encontró que han pasado más de 35 años en los que la no adherencia en enfermedades crónicas mantiene cifras preocupantes (59%), al igual que la proporción de hospitalizaciones derivadas del incumplimiento en el seguimiento del tratamiento (33 al 69%).

Se ha demostrado que la no adherencia o la adherencia al tratamiento se deben a diferentes factores, en los que se encuentra involucrado el paciente, el medio ambiente, el medicamento y la relación médic@ - enfermer@ paciente, entre otros. Cada factor evalúa diferentes aspectos; por ejemplo, en el primer factor el “paciente” se evalúa la motivación, el estado de ánimo y el conocimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico; el segundo factor, relacionado con el “ambiente”,

evalúa el apoyo familiar, grupo de amigos, programas institucionales y accesibilidad a los servicios de salud; el tercer factor es el relacionado con los medicamentos, este evalúa si el paciente esta tomando de forma correcta los medicamentos, si conoce los efectos secundarios de los medicamentos entre otros; y el cuarto factor analiza la “relación médic@-enfermer@-paciente” valora la confianza, la educación y la comunicación que son dadas por el personal de salud. Es por esto que el fenómeno de adherencia se convierte en un desafío para los profesionales mdic@ - enfermer@, puesto que desempeñan un papel protagónico en la identificación de factores que determinan la promoción y el fortalecimiento de la adherencia.

El objetivo de este trabajo de investigación fue describir cuáles son los factores relacionados con la adherencia farmacológica y no farmacológica en los pacientes con post infarto agudo de miocardio, con el fin de tener un diagnóstico sobre este problema de salud que atañe tanto al paciente, como al personal de salud y, en especial al profesional de enfermería.

Para determinar los factores que influyen en la adherencia se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en donde la información fue obtenida a través de las historias clínicas y de la aplicación del instrumento denominado “cuestionario factores relacionados con la adherencia farmacológica y no farmacológica en los pacientes con post infarto agudo de miocardio”. Al revisar la literatura no se encontró un instrumento que evaluara la adherencia farmacológica y no farmacológica en este grupo poblacional, por este motivo el instrumento fue diseñado por la investigadora a partir de una revisión teórica sobre los factores relacionados con la adherencia y tomando algunos referentes de instrumentos de adherencia terapéutica para enfermedades crónicas. Al instrumento se le realizó una validación de contenido por medio de la evaluación de 2 expertos en el área y una prueba piloto con el fin de verificar la claridad, comprensión y pertinencia de las preguntas que se encuentran en el cuestionario. El instrumento tiene una escala de evaluación tipo de Lickert, compuesta por cuatro opciones de respuesta de 1 nunca, 2 casi nunca, 3 Casi siempre y 4 siempre. El instrumento evaluó el nivel de adherencia de la siguiente

manera: el puntaje mínimo obtenido es de 27 y puntaje máximo de 108, se consideró como altamente adherido los puntajes entre 82-108 puntos; medianamente adherido entre 55-81 puntos; poca adherido de 27-54 puntos. Este instrumento se aplicó a 30 pacientes que asistieron a consulta externa en el área de Rehabilitación Cardíaca en una institución de cuarto nivel, Estos que cumplieron criterios de inclusión, y dieron la autorización escrita mediante la firma del consentimiento informado, que se entregó previamente.

Los resultados de esta investigación permitieron conocer el nivel de adherencia en el grupo de pacientes con post infarto agudo de miocardio que asistieron a la consulta de rehabilitación cardíaca de esta institución de salud. En conclusión, se observó que la mayoría de pacientes tienen un nivel de adherencia terapéutica de medianamente y altamente adherido en cuanto a los diferentes factores relacionados con la misma. Es importante señalar que los pacientes sabían que se encontraban enfermos y que necesitaban continuar con el tratamiento, sumado a esto consideraron importante hacer cambios en los estilos de vida como la realización del ejercicio diario y cambios en la dieta. Se evidenció de forma significativa que el apoyo familiar es crucial en este grupo poblacional lo que permite que exista una mayor adherencia terapéutica y por ende un tratamiento más eficaz. Es básico señalar en cuanto a la toma de medicamentos que la población estudio toma la medicación en las dosis y horas adecuadas y que no suspende el medicamento cuando se sienten aliviados. Por último en la relación médico-enfermero-paciente, se observó que los pacientes tenían una buena comunicación con el profesional de la salud (médico-enfermero) lo que llevó a que los pacientes comprendieran y siguieran las indicaciones.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud pública que incluyen un grupo de afecciones del aparato circulatorio, entre las que se destacan la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebro vascular y la enfermedad hipertensiva. Las dos primeras constituyen las causas de morbilidad y mortalidad circulatoria más frecuentes y comparten, junto con la enfermedad hipertensiva y la aterosclerosis, factores de riesgo comunes que pueden ser identificados tempranamente. Se estima que en el año 2000 el número de defunciones por causas circulatorias en América Latina y el Caribe fue de 1.100.000 casos, que representa casi 50% de las defunciones por enfermedades no transmisibles, y aproximadamente 31% de las producidas por todas las causas. Igualmente, las defunciones por enfermedades cardiovasculares seguirán representando casi 50% de mortalidad por enfermedades no transmisibles hasta el año 2020, pero su proporción aumentará a 34% del total de muertes en el año 2010 y a 37% en el 2020¹.

En el grupo de enfermedades isquémicas e hipertensivas se encuentra una entidad patológica de gran impacto como lo es el infarto agudo de miocardio, convirtiéndose en uno de los más serios problemas de salud que se enfrenta actualmente. A nivel internacional la incidencia y la prevalencia del infarto agudo de miocardio es la causa principal de muerte en la sociedad occidental. 1.500.000 americanos sufren infarto agudo de miocardio y cada 20 segundos se presenta un caso, dando lugar a que cada minuto se presenta una muerte por esta entidad. El estudio Framingham sobre enfermedad coronaria describe que el infarto agudo del miocardio afecta a los hombres mayores de 40 años de edad; un 5% de los ataques al corazón ocurre en personas menores de 40 años, y el 45% en personas menores de 65 años; 84.6% de los pacientes con ataque al corazón son mayores de 64 años de edad. Cerca del 80%

¹ CORREA J.O., GALEANO E., SILVA G.E. Adherencia al tratamiento implicaciones de la no-adherencia. Acta Médica Colombiana 2005; 30: 268-273.

de la mortalidad de las personas que padecen de enfermedad cardiaca es menor de 65 años durante el primer ataque al corazón².

A nivel nacional se ha encontrado que las primeras causas de mortalidad en hombres para el año 2004, (tasa por 100.000 habitantes) entre las edades de 45 a 64 años son las enfermedades isquémicas del corazón. Se evidencian cifras de mortalidad que corresponden a un 15,8%. En cuanto a los hombres entre las edades de 65 años y más, se presentan de igual forma las enfermedades isquémicas del corazón, que representa una mortalidad de un 20.5%. Por otro lado, en las mujeres las enfermedades isquémicas del corazón son también la primera causa de mortalidad. Las mujeres de 45 a 64 años tienen una mortalidad de 12.3% y las mayores de 65 años en un 18.8%^{3,4}. Estas cifras muestran el impacto epidemiológico del infarto agudo por esto es necesario conocer cuales son los factores de riesgo que ocasionan esta entidad patológica; entre estos factores encontramos los: fisiológicos, físicos, psicológicos, sexuales y emocionales. Como se mencionaba anteriormente, el infarto agudo de miocardio tiene varios factores de riesgo. Están los altos niveles de colesterol, la hipertensión, el consumo de tabaco, la obesidad, la diabetes, la falta de ejercicio y la historia familiar o (genética). Pero no se pueden dejar de lado otro tipo de factores, como son los psicosociales y medioambientales. Se dice que estas últimas interactúan junto con las anteriores en la patogenia y la epidemiología de los trastornos cardiovasculares^{5,6}.

De este modo, considerando todos los factores de riesgo en su conjunto, se podría afirmar que el principal riesgo es de tipo conductual, ya que, aunque las

² OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos un futuro. En epidemias mundiales desatendidas: tres amenazas crecientes. Págs. 91-97.

³ MOLINERO L. Modelos de Riesgo Cardiovascular. Estudio Framingham. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la lucha contra la Hipertensión arterial. Junio 2006; Págs. 63-78.

⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2006.

⁵ CASTRO Y, FERNÁNDEZ L, GONZÁLEZ M, MARTÍNEZ S. Alteraciones emocionales en personas mayores con enfermedad cardiaca. Universidad de Vigo. España 2006. Págs. 90-95.

⁶ GRAJALES A, LANDEROS O, LINARES F, TENAHÚA Q. Capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Enferm Cardiol*. 2007; año XIV (41): Págs. 19-24.

consecuencias se manifiestan en el terreno físico o biológico, todos los factores de riesgo provienen del estilo de vida y de las tendencias conductuales como fumar, tener malos hábitos alimentarios, padecer hipercolesterolemia, la falta de ejercicio, el consumo de alcohol, la ira, hostilidad, factores estresantes del medio ambiente y reactividad psicofisiológica a los factores estresantes, entre otros.

De todas las dolencias cardíacas, el infarto del miocardio es el que provoca el mayor impacto psicológico. Quienes lo padecen tienen mayor preocupación por la salud y una mayor presencia de síntomas somáticos funcionales, también es muy frecuente una disminución del grado de actividades sociales, sexuales y de ocio⁷. En cuanto a la disfunción sexual, el paciente que presenta IAM corre el riesgo de padecer disminución sexual a raíz de los cambios en su fisiología. Dicha disfunción se puede presentar por: los efectos secundarios de los medicamentos y la disminución en la circulación periférica; los temores de la muerte súbita y la impotencia; la sensación de emasculación; la dependencia creciente de la función del paciente y la disminución general de las actividades. Estos eventos suelen impedir que reanude la actividad sexual del nivel previo al infarto.

Uno de los pilares en el manejo y control del IAM es la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Esta permite la participación, compromiso y empoderamiento de las personas en el manejo de su enfermedad y, por ende, se pueden reducir complicaciones como son un nuevo episodio, la discapacidad y los reingresos hospitalarios⁸. Está demostrado que las personas que han presentado IAM necesitan un mayor seguimiento para promover medidas no farmacológicas como la actividad física, la dieta y reducir los factores de riesgo. Así como el tratamiento farmacológico, que permita controlar la causa que haya generado el IAM y las secuelas del mismo es por esto que la no adherencia se muestra como un

⁷ *Ibíd.*, p. 21

⁸ INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. MEDLINE. [base de datos en línea]. [consultado 13 de septiembre 2007]. Disponible en <<http://www.monografias.com/trabajos41/sexualidad/sexualidad2.shtml>>.

fenómeno mundial de graves consecuencias, y se presenta en todas las edades, desde los niños hasta los ancianos⁹ y se observa en casi todos los estados de las enfermedades crónicas ya que empeora a medida que el paciente lleva más tiempo con el tratamiento. La complejidad de este fenómeno de la adherencia involucra en efecto varios factores que incluyen al paciente, al medio ambiente y a la interacción médico-enfermer@ paciente, en donde se requiere de un abordaje multidimensional¹⁰.

Por otro lado, durante la práctica en las diferentes instituciones prestadoras de servicio (IPS), una de las enfermedades de mayor consulta por urgencias y reingresos hospitalarios es la de pacientes con IAM, allí surgen muchos interrogantes en el grado de adherencia de estas personas, su papel activo en el manejo de la enfermedad y el papel de los profesionales de la salud (enfermer@-médico) e instituciones de salud ante este problema.

La no adherencia, en general para enfermedades crónicas, mantiene cifras preocupantes: se estima que se encuentran en un 59%; y la adherencia, se hallan en cifras que corresponden al 40%¹¹. Esto ha generado el aumento de las hospitalizaciones ocasionadas por el incumplimiento de los tratamientos¹². La mortalidad relacionada con la no adherencia registra cifras alarmantes que se mantienen en una misma proporción desde hace más de 15 años, por todo esto, las consecuencias de la no adherencia al tratamiento están relacionadas con las condiciones específicas del paciente y de su patología. Para el IAM se ha demostrado que la no adherencia o la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas se debe a diferentes factores en los que se encuentra involucrado el paciente, el medio ambiente y la relación médico enfermera paciente¹³. Cada factor evalúa diferentes aspectos, como por ejemplo, el factor relacionado con el paciente:

⁹ CORREA y compañía. Op.citp. 270.

¹⁰ *Ibíd.*, p. 268

¹¹ *Ibíd.*, p. 268.

¹² ÁLVAREZ MONTERO S, GALLEGO CASADO P, GARCÍA DE L GÓMEZ DE LA FUENTE F. Estrategias eficaces para mejorar la adherencia a la prescripción de fármacos. Medifam V. 11, No. 8. Madrid. Ago-Sep 2001.

¹³ CORREA y compañía. Op.citp. 271.

evalúa la motivación, el estado de ánimo y el conocimiento en el tratamiento farmacológico y no farmacológico. El segundo factor, relacionado con el ambiente, evalúa el apoyo familiar, grupo de amigos, programas institucionales y accesibilidad a los servicios de salud. Y el tercer factor, relación médico-enfermera-paciente, evalúa la confianza, la educación y la comunicación que da el personal de salud. De ahí que el fenómeno de adherencia se convierte en un desafío para el profesional de enfermería, puesto que desempeña un papel protagónico en la identificación de factores que determinan la promoción y el fortalecimiento de la adherencia. Como se mencionó antes, el objetivo de este trabajo es dar a conocer cuáles son los factores que se relacionan con la adherencia farmacológica y no farmacológica en los pacientes con post infarto agudo del miocardio, con el fin de que el paciente, el personal de salud y, en especial, el profesional de enfermería, tome conciencia de la importancia de la adherencia al tratamiento y del desarrollo e implementación de estrategias para identificar, mejorar o fortalecer la adherencia al tratamiento por medio de información efectiva, comunicación asertiva, educación consistente y ayudas directas¹⁴.

Al realizar la revisión de la literatura para fundamentar teóricamente este estudio se encontraron numerosos estudios de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. Entre los que se encuentran: la hipertensión arterial, adherencia al tratamiento en pacientes con TBC, adherencia al tratamiento en ancianos con hipertensión arterial, auto cuidado y adherencia en falla cardiaca, factores psicológicos asociados al cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas, adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, efectividad de un programa de intervención biosicosocial, características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de diabetes Mellitus Tipo II – Versión III (EATDM-III) en una muestra de pacientes diabéticos de Costa Rica. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento contra TBC en la ciudad de

¹⁴ ARRIAGA M, CÁCERES D, CORREA D, HOLGUÍN L, VARELA M. Adherencia al Tratamiento de Hipertensión Arterial: Efectividad de un Programa de Intervención Biopsicosocial. Univ. Psicol.. V. 5. No. 3. Bogotá. Oct-dic. 2006

Medellín^{15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22}. Para el caso del infarto agudo del miocardio, solo se encontró un estudio europeo sobre los niveles de adherencia en post infarto. En el estudio se evaluaron el grado de adherencia a las recomendaciones de ejercicio físico y control de los factores de riesgo en personas con post infarto que habían participado en un programa de rehabilitación cardiaca²³. En la búsqueda de literatura científica no se encontraron estudios específicos sobre adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post Infarto agudo de miocardio en población colombiana. Sin embargo, hay estudios relacionados con esta patología, que resultaron interesantes para la realización de esta investigación, como por ejemplo: sobre factores de riesgo que favorecen la aparición del infarto agudo de miocardio, factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo del miocardio, incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebro vascular en

¹⁵ LARREA PALOP V, MARTÍNEZ M. Adherencia al Tratamiento en el Paciente Anciano. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. ISSN 1130-8427, VOL.28, No 5. 2004. Págs. 113-120.

¹⁶ Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en la Evidencia Para la Construcción de Guías de Práctica Clínica. Tratamiento de Tuberculosis. Dirección de Medicamentos y Terapéutica. Departamento de Fármaco epidemiología. 2005. Disponible en <http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdfs/25_Tratamiento-de-la-Tuberculosis.pdf

¹⁷ DURAN VARELA B, FRANCO GALLEGOS E, RIVERA CHAVIRA B. Apego al tratamiento Farmacológico en Pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Salud Pública de México. Vol. 43. No.3. may-jun 2001.

¹⁸ ACHURY SALDAÑA D. Auto cuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. Aquichan ISSN 1657-5997. Año 7, Vol. 7. No 2. CHIA, COLOMBIA. Oct 2007. Págs. 139-160.

¹⁹ LECHUGA PALLÁ M, MARTIN CARBONELL M, RIQUELME MARÍN A. Factores Psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. Psicología y Salud 2007. Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29117107>>ISSN1405-1109

²⁰ LEÓN SANABRIA G, QUIROZ MORALES D, TRUENES SÁENZ J, VILLALOBOS PÉREZ A. Características Psicosométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II-Versión III (EATDM-III) en una muestra de pacientes diabéticos de Costa Rica. Acta Colombiana de Psicología 9 (2), 2006 Págs. 31-38.

²¹ MONTES F, RÍOS CADENA J, SALAZAR GONZÁLEZ C, URIBE ROCHA M, ZULUAGA RAMÍREZ WA. Factores de Riesgo Para el Abandono del Tratamiento Contra Tuberculosis en la Ciudad de Medellín. Enero 2001- Junio 2001 En: Revista CES MEDICINA. [en línea] Vol. 18, No, 1. [consultado 25 de julio de 2007]. Disponible en:

<http://www.ces.edu.co/Descargas%5CPubl_Med_Arti%5CAbandono_tratamiento_tuberculosis.pdf

²² AZNAR LAÍN S, BARRIOPEDRO MORO I, DE LA CALLE PÉREZ L. Niveles de Adherencia en Postinfartados. Universidad Europea de Madrid. Castilla de la Mancha.

²³ Ibid., p. 5.

España: revisión sistemática de la literatura; e insuficiente control de factores de riesgo en prevención secundaria cardiovascular^{24, 25, 26}.

Es claro que el paciente con IAM que no se adhiera al tratamiento puede presentar nuevos episodios de re infarto, lo que conllevaría a múltiples hospitalizaciones y muchas veces hasta la muerte, por lo que es fundamental que el profesional de enfermería identifique y conozca oportunamente estos factores con el fin de promover una recuperación adecuada y un empoderamiento del paciente en su tratamiento farmacológico y no farmacológico. Es por esto que los beneficios del estudio se pueden ver reflejados en el paciente, la institución de salud y el profesional de Enfermería, ya que por medio de este reconocimiento de las factores que afectan la adherencia farmacológica y no farmacológica del post infarto agudo de miocardio, se pueden diseñar y seguir estrategias para continuar y manejar adecuadamente el tratamiento; este proceso generaría una disminución de los costos en la institución de salud por reingresos hospitalarios, y mejoraría la calidad de vida de los pacientes.

Los resultados de esta investigación permitirán detectar oportunamente y desarrollar estrategias con el fin de identificar, mejorar y/o fortalecer los factores que determinan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio, con el fin de evitar complicaciones desencadenadas por una falta de adherencia y así garantizar el adecuado manejo de los pacientes hospitalizados y no hospitalizados.

²⁴ DORTA MOREJÓN E, HERRERA GÓMEZ V, RODRÍGUEZ DOMÍNGUEZ L. Algunos factores de riesgo que favorecen la aparición del infarto agudo de miocardio. Revista Cubana Medicina General Integrada. Vol. 14, No 3. Ciudad de la Habana. May-Jun 1998.

²⁵ HERRERA J, HINCAPIÉ M, MOYANO P, REYES C. Factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo de miocardio Cali 2001-2002. Coloma Med 2004; 35: Págs. 199-204.

²⁶ BOIX MARTÍNEZ R, CERRATO CRESPÁN E, MEDRANO ALBERO M, RAMÍREZ SANTA-PAU M. Incidencia y prevalencia de la cardiopatía isquémica y enfermedad cerebro vascular en España: Revisión sistemática de la literatura. Rev. Esp Salud Pública 2006; 80. Págs. 5-15. No.1. Enero-Febrero 2006.

La pregunta que guió esta investigación se formuló en los siguientes términos:

¿Cuáles son los factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con post infarto agudo de miocardio, en una institución de cuarto nivel en Bogotá, durante el mes de agosto de 2008?

1.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

- **ADHERENCIA**

La OMS en el 2004 definió la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”²⁷

Algunos estudios la han definido como “el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a las consultas programadas, tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados y completar los análisis y pruebas solicitadas.”²⁸

En esta investigación la adherencia se define como “la participación, compromiso, colaboración proactiva y voluntaria de las personas con post infarto agudo de miocardio, llevando a cabo las recomendaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico y no farmacológico para obtener mejores condiciones de salud y de vida. Se determina por medio del rango establecido en el instrumento para medir la adherencia e identificar los factores relacionados, y así definir un nivel de adherencia”.

²⁷ SABATÉ E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud, 2004; Traducción de la Organización Panamericana de la Salud.

²⁸ CORREA y compañía. Óp. Cit., p. 269

- **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Se define como el grado al cual el comportamiento de un paciente corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea este médico o profesional de enfermería. Estas recomendaciones se relacionan con medicamentos: tipo de medicamentos, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horarios de comidas, horarios diurnos y otros²⁹.

- **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:**

Se define como el grado al cual el comportamiento de un paciente corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de salud sea este médico o profesional de enfermería. Estas recomendaciones no farmacológicas corresponden a cambios de dieta, control de peso, aumento y regulación del ejercicio físico, supresión o disminución en el hábito de fumar o alcohol.³⁰

- **FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

La literatura define los factores que influyen en la adherencia terapéutica como “el conjunto de factores internos y externos que el paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular percibe como influyentes respecto al cumplimiento de los tratamientos y sugerencias dadas por el profesional de la salud”³¹

²⁹ BONILLA IBÁÑEZ, 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. En: Avances en Enfermería. [en línea]. [consultado 3 agosto de 2008]. Disponible en <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revistas/articulos/xxxv1_4.pdf. Págs. 46-55.2007.

³⁰ *Ibíd.* p. 26

³¹ *Ibíd.* P. 26

En este trabajo de investigación se definirá factores relacionados con adherencia como los elementos condicionantes vinculados directamente con el paciente, medio ambiente, con el medicamento y con la relación médico-enfermer@-paciente, que permitan la participación, compromiso, colaboración proactiva y voluntaria de las personas con post infarto agudo de miocardio llevando a cabo las recomendaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico y no farmacológico, para obtener mejores condiciones de salud y de vida.

- **PACIENTES CON POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**

Pacientes ambulatorios, hombres y mujeres adultos, que asisten a una institución de cuarto nivel en el segundo periodo del 2008 y hayan presentado sintomatología de infarto agudo de miocardio: angina de pecho progresiva; disnea o fatiga; dolor visceral subesternal y profundo, que el paciente describe como constrictivo o compresivo y a menudo se irradia a la espalda, mandíbula o brazo izquierdo. Además, que estén recibiendo tratamiento farmacológico y no farmacológico.³² Los pacientes con esta entidad patológica presentan factores de riesgo cardiovascular como: hipertensión arterial, diabetes, sedentarismo, obesidad, hipercolesterolemia, dislipidemia, alcohol y tabaquismo³³.

- **INSTITUCIÓN DE CUARTO NIVEL DE ATENCIÓN**

Una Institución asistencial de cuarto nivel de atención se caracteriza por que sus servicios se enfocan en el manejo de las enfermedades ruinosas o catastróficas (alto

³² BERKOW R, FLETCHER A. Infarto Agudo de Miocardio. Capítulo 3. El Manual Merck. Novena Edición. Editorial Océano/Centrum. 1999. Págs. 559-574.

³³ BONILLA IBÁÑEZ 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. [en línea]. [consultado 4 agosto 2008]. Disponible en: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxxv1_4.pdf>

costo), entre las cuales se encuentra, VIH, cáncer, las enfermedades cardiovasculares como la insuficiencia cardiaca, entre otras.

Las instituciones que atienden las enfermedades catastróficas, como los hospitales de cuarto nivel, cuentan con las mejoras instalaciones, equipo necesario y de alta tecnología para la atención de estas enfermedades, Además posee suficiente personal asistencial altamente calificado y capacitado para suplir las demandas de atención de las personas que tienen como diagnóstico una enfermedad de alto costo.³⁴

³⁴ Alcaldía de Suba. Deberes y Derechos en Salud. 2000. La imprenta Nacional.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes con post infarto agudo de miocardio a partir de los factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los factores propios del individuo en relación con la adherencia terapéutica del paciente con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel.
- Describir los factores del medio ambiente relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel. .
- Describir los factores relacionados con la toma de medicamentos en la adherencia terapéutica en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel.
- Describir los factores que afectan la relación médico-enfermer@-paciente en la adherencia terapéutica en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una Institución de cuarto nivel.

3. PROPÓSITOS

- **BENEFICIOS PARA LA PERSONA**

Optimizar la participación, compromiso y colaboración voluntaria del paciente, en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en el diagnóstico de post infarto agudo de miocardio, IAM.

Los pacientes con post infarto agudo de miocardio tendrán un mejor manejo de su enfermedad, teniendo en cuenta las recomendaciones fundamentadas en el autocuidado.

- **BENEFICIOS PARA LA INSTITUCIÓN DE SALUD**

Conocer e identificar las características de la población que asiste a la institución con el fin de implementar programas y diseñar estrategias para el mejoramiento de la adherencia y de la calidad de vida de los pacientes con asisten a la institución.

Esto contribuye a la minimización de costos a la institución por reingresos, brindando una mejor calidad en la atención, por medio del fortalecimiento y desarrollo de aptitudes y actitudes para la identificación de los factores de riesgo y manejo adecuado de la enfermedad.

- **BENEFICIOS PARA LA PROFESIÓN**

Dar a conocer a los profesionales herramientas que permitan identificar oportunamente los factores relacionados con la adherencia farmacológica y no farmacológica en los pacientes con post infarto agudo de miocardio.

Promover el desarrollo y fortalecimiento de nuevas estrategias y herramientas para la optimización de la participación, compromiso y colaboración del paciente en el manejo de su enfermedad.

4. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

4.1 CONTEXTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

Definición

El IAM se describe como los cambios necróticos agudos del miocardio debido a la privación de forma repentina y catastrófica del aporte sanguíneo coronario durante un periodo de tiempo suficiente, como resultado casi siempre de una oclusión coronaria aguda (trombosis, hemorragia subíntima o rotura de la placa del ateroma)³⁵

El IAM es una enfermedad localizada de forma predominante en el ventrículo izquierdo (VI), aunque la lesión puede extenderse hasta el ventrículo derecho (VD) o la aurícula. Por lo general el infarto del VD se produce como consecuencia de una oclusión de la arteria coronaria derecha o de una arteria circunfleja izquierda dominante, y se caracteriza por una elevada presión de llenado del VD, asociada a menudo a una insuficiencia tricúspide importante y a un volumen minuto bajo (VMB)³⁶

La mayoría de los infartos son provocados por trombos que bloquean las arterias principales del corazón, lo que ocasiona una hipoxia del músculo cardíaco y de las células cardíacas ocasionando la muerte de estas, y por lo tanto se presenta el IAM.

Existen dos tipos de IAM: transmural y subendocárdico. El más común es el infarto transmural en el cual la necrosis isquémica afecta todo o casi todo el espesor de la pared ventricular en la distribución de una sola arteria coronaria. Se suele asociar a aterosclerosis coronaria, ruptura de placa y trombosis sobreañadida. Por lo contrario, el infarto subendocárdico constituye una zona de necrosis isquémica limitada al tercio interno o como máximo a la mitad de la pared ventricular y que a menudo se extiende lateralmente más allá del territorio de irrigación de una sola arteria coronaria. La zona subendocárdico es la región peor perfundida del miocardio y la más vulnerable a

³⁵ BERKOW Y FLETCHER, Op. Cit., p. 559.

³⁶ *Ibíd.*, p. 559

cualquier reducción del flujo coronario. En la mayoría de los IAM subendocárdico existe una aterosclerosis estenosante difusa y una reducción global del flujo coronario pero sin ruptura de la placa ni trombosis.³⁷

El IAM es una interacción dinámica de alguno de los siguientes factores:

- ✓ Aterosclerosis coronaria grave.
- ✓ Alteración aguda de una placa ateromatosa (ruptura, ulceración, fisura) con trombosis sobreañadida.
- ✓ Activación plaquetaria.
- ✓ Vaso espasmo.

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo para IAM se encuentran:

- ✓ Hipertensión arterial.
- ✓ Elevación de los niveles de lípidos en suero (aumento de las lipoproteínas de baja densidad LDL y disminución de las de alta densidad HDL).
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Diabetes mellitus.
- ✓ Obesidad.
- ✓ Sexo masculino.
- ✓ Antecedentes familiares.

Entre los factores de riesgo probables se incluyen inactividad física y la edad avanzada. La hipertrigliceridemia se asocia habitualmente a la obesidad.³⁸

³⁷ *Ibíd.*, p. 560

³⁸ GUYTON A. Tratado de Fisiología Medica Guyton. Décima Edición. McGraw-Hill. Interamericana. Págs. 276-282.

Signos y Síntomas

Alrededor 2/3 de los pacientes presentan síntomas prodrómicos, días o semanas antes del IAM. Consisten en la presencia de angina de pecho progresiva, disnea, o fatiga. Por lo general, el primer síntoma de IAM es un dolor visceral, subesternal y profundo que el paciente describe como constrictivo o compresivo y que a menudo irradia a espalda, mandíbula o brazo izquierdo. El dolor tiene carácter similar al de la angina de pecho, aunque habitualmente es más intenso y prolongado, y el reposo o la administración de nitroglicerina producen alivio ligero o solo transitorio. Sin embargo, la molestia también puede ser muy leve, y un porcentaje significativo de IAM (un 20%) es subclínico o no identificado por el paciente como una enfermedad³⁹.

En los casos graves el paciente está aprensivo y presenta a veces sensación de muerte inminente. Pueden aparecer también, e incluso dominar el cuadro clínico, síntomas de insuficiencia VI, edema pulmonar, shock o arritmias significativas. En la exploración física, el paciente suele estar inquieto, aprensivo pálido, sudoroso y con dolor intenso. En ocasiones existe cianosis central o periférica y habitualmente la piel esta fría. El pulso puede ser filiforme y la presión arterial es variable, algunos inicialmente pueden estar hipertensos, a menos que se desarrolle un shock cardiogénico. Las arritmias cardiacas son frecuentes. En las primeras fases del IAM puede registrarse bradicardia o extrasístole. Entre los pacientes que fallecen, el 60% muere a causa por una fibrilación ventricular primaria antes de su ingreso al hospital.

Por lo general los ruidos cardiacos están ligeramente apagados, prácticamente en todos los casos se ausculta un cuarto ruido. A veces se ausculta también en la punta un soplo sistólico suave de la frecuencia. En la valoración inicial, la presencia de un roce pericárdico o de soplos más intensos sugiere la posibilidad de una cardiopatía preexistente u otro diagnóstico. La detección de un roce pericárdico en las primeras

³⁹ *Ibíd.*, p. 278.

horas del inicio de los síntomas de un IAM, resulta inusual y podría sugerir más un diagnóstico de pericarditis que de IAM.⁴⁰

Causas del IAM

El 90% de los infartos transmurales se produce por un trombo coronario oclusivo derivado de una placa aterosclerótica alterada. El 10% restante se produce por vasoespasmo con aterosclerosis coronaria o émbolos provenientes de: trombosis mural, endocarditis vegetativa del lado izquierdo o émbolos paradójicos del lado derecho del corazón por comunicación por agujero oval permeable⁴¹.

La localización exacta, tamaño y características morfológicas de un IAM dependen de:

- ✓ Localización, intensidad y velocidad de desarrollo de la obstrucción aterosclerótica.
- ✓ Tamaño del lecho vascular profundido por el vaso obstruido.
- ✓ Duración de la oclusión.
- ✓ Necesidades metabólicas y de O₂ del miocardio en zona de riesgo.
- ✓ Amplitud de los vasos colaterales.
- ✓ Presencia, localización e intensidad del espasmo coronario.
- ✓ Alteraciones de la tensión arterial, ritmo cardiaco o frecuencia cardiaca.

Complicaciones del IAM

- ✓ Disfunción.
- ✓ Arritmias en un 90% (extrasístoles ventriculares, fibrilación ventricular, fibrilación auricular).
- ✓ Insuficiencia cardiaca en un 60%.
- ✓ Shock cardiogénico en un 40%.

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 279

⁴¹ *Ibíd.*, p. 280-281

- ✓ Tromboembolismo de un 15 a 40%.
- ✓ Muerte súbita en un 20%.
- ✓ Rotura de pared en un 5%.
- ✓ Rotura de músculo papilar en un 1%.
- ✓ Insuficiencia mitral.
- ✓ Pericarditis (síndrome de Dressler).
- ✓ Aneurisma ventricular.

Diagnóstico del IAM

El diagnóstico de un IAM característico es evidente a partir e la anamnesis. Se confirma con un ECG (electrocardiograma) inicial y su evolución ulterior y se corrobora por las alteraciones enzimáticas seriadas. En ocasiones no es posible establecer un diagnóstico definitivo, en cuyo caso debe asignarse el diagnóstico de IAM “posible o probable”, habitualmente los signos clínicos son típicos o muy sugestivos, aunque falta la confirmación objetiva a partir del ECG y los resultados de las enzimas cardíacas⁴²

Debe efectuarse el diagnóstico diferencial con el dolor provocado por neumonía, embolia pulmonar, pericarditis, fractura costal, separación costocondral, espasmo esofágico, o dolor muscular torácico posterior por traumatismo o al esfuerzo. A menudo, los pacientes interpretan el dolor provocado por el infarto como una indigestión y su valoración puede plantear dificultades, ya que es posible la coexistencia de hernia hiatal, úlcera péptica, entre otras.⁴³

⁴² *Ibíd.*, p. 280

⁴³ *Ibíd.*, p. 281

Tratamiento farmacológico

Es fundamental tener en cuenta que el tratamiento farmacológico es importante en el avance hacia una recuperación adecuada, evitando así las diferentes complicaciones, como por ejemplo, la extensión del infarto o reinfarto agudo de miocardio, es por esto que la prevención terciaria tras el IAM se logra principalmente por el manejo farmacológico y no farmacológico. Sin embargo, la administración de los medicamentos no solo se dan en la fase aguda del IAM, sino que los pacientes deben tomar medicamentos para su beneficio durante el resto de su vida, teniendo en cuenta que algunos de estos pueden ser suspendidos o modificados a lo largo del tratamiento, es fundamental darle a conocer al paciente que padece esta entidad la importancia de tomar los respectivos medicamentos, por medio de una orientación y educación adecuada, que haga sentir al paciente responsable de su situación, y a la vez que se sienta importante dentro de su proceso de recuperación, hay que considerar que los pacientes son personas que toman decisiones autónomas, lo que posibilita que el profesional de la salud establezca una buena alianza terapéutica para mejorar la efectividad de los tratamientos.

El tratamiento farmacológico debe ser beneficioso para el paciente que padece esta entidad patológica, ya que es muy importante que él tenga en cuenta que la oportuna administración y dosificación de los medicamentos son importantes para su recuperación y para evitar complicaciones como lo es el reingreso por un nuevo episodio.

Por lo anterior la OMS considera que el “incumplimiento de los tratamientos farmacológicos y las recomendaciones es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes; por tanto se presentan complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, se reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la aparición de resistencia a los

fármacos y hay inadecuada utilización de los recursos asistenciales”⁴⁴. En muchos casos la responsabilidad del tratamiento prescrito recae sobre el paciente directamente, se ha demostrado que los profesionales de la salud, los sistemas de salud, la situación económica del paciente y el entorno donde este se desenvuelva pueden tener una gran influencia en el nivel de adherencia del paciente a su tratamiento⁴⁵.

La educación juega un papel importante en este aspecto, pues por medio de esta, se le informa al paciente que los medicamentos deben ser administrados a horas, es decir en un horario específico, ya que la combinación de varios no produce un mismo efecto, lo que le ocasionaría, a posteriori, efectos no deseados, y que no sean propios del medicamento. Otro aspecto que es importante a tener en cuenta es la polifarmacia. Es decir la administración de varios medicamentos a la vez, lo que ocasionaría en el paciente un desapego a continuar con el tratamiento por la administración frecuente de los medicamentos propios para su tratamiento. La mayoría de los estudios mencionan que las personas mayores de 65 años toman en promedio de 5 a 7 medicamentos, casi todos innecesarios, en este sentido, la polifarmacia se define como el uso de 2 o más durante mínimo 240 días del año, y la polifarmacia mayor, más de 5 drogas durante el mismo periodo de tiempo⁴⁶.

El profesional de Enfermería juega un papel importante en el tratamiento del paciente con IAM, porque debe buscar estrategias para que se logre tener una adherencia al tratamiento. Estas estrategias son de tipo educativo, informándole acerca de su enfermedad, tratamiento y cuidados, lo que permite una mejor percepción al paciente

⁴⁴ OMS. Adherencia Terapéutica. [en línea]. [Consultado 13 de julio 2008]. Disponible en: <<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencialargoplazo.pdf>.

⁴⁵ BONILLA IBÁÑEZ. Óp.,. Cit. p. 48.

⁴⁶ ARANGO LOPERA V. Polifarmacia en el anciano. [en línea]. [consultado 4 agosto de 2008]. Disponible en <<http://www.med.javeriana.edu.co/publi/universitas/serial/v43n1/oo25%20polifarmacia.pdf>.

sobre su patología y la importancia de observar conductas generadoras de salud y que creen en el paciente cambios positivos que faciliten su recuperación⁴⁷.

Estudios de adherencia farmacológica relacionados con enfermedades crónicas tales como la insuficiencia cardiaca estiman que los “tratamientos farmacológicos presentan importantes porcentajes de baja adhesión, y cerca del 50% de los pacientes presenta problemas para el seguimiento del tratamiento prescrito. La falta de adhesión al tratamiento conlleva a un aumento en las rehospitalizaciones, con el consiguiente incremento del gasto sanitario en estos pacientes y la mayor morbi-mortalidad”⁴⁸.

Otros estudios relacionados con los factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular describen que “la mayor proporción de pacientes se encontraron en la categoría sin riesgo de no adherirse a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, lo cual guarda relación con los factores analizados, como la disponibilidad económica para la satisfacción de las necesidades básicas, las inquietudes relacionadas con la enfermedad y del tratamiento farmacológico y no farmacológico, el conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad y la motivación para realizar los cambios necesarios en su estilo de vida”⁴⁹.

Para evaluar el grado de adhesión a los tratamientos en las enfermedades crónicas, estudios relacionados con adherencia farmacológica como en la tuberculosis describen que la tasa de abandono del tratamiento antituberculoso está estimada en 11.5%. La mayor parte de los abandonos se produjo entre el primer y cuarto mes de

⁴⁷ VIDAL M. Información de medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento del tratamiento. [en línea]. [consultado 4 agosto 2008]. Disponible en: <<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/erroresmedicacion/023.pdf>.

⁴⁸ CONTHE P, TEJERINA F. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca. [en línea]. Vol. 7 No Supl. F (2007). Págs. 57-66. Disponible en <http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pident=13110832

⁴⁹ HERRERA LÍAN A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Avances en enfermería. [en línea]. Vol. XXVI. No. 1. Págs 36-42 Enero-Junio 2008 [consultado 27 de agosto 2008]. Disponible en: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf

inicio del tratamiento y el 20% antes de la vigésimo séptima tanda. La mayoría de pacientes que abandonó el tratamiento fueron hombres menores de 45 años, solteros, con baja escolaridad, sin trabajo estable y alcohólicos. Las causas del abandono terapéutico se relacionaban con el alcoholismo y a la intolerancia de los medicamentos⁵⁰. En relación con la TBC, otro estudio encontró asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol durante el tratamiento y el abandono del mismo, entre el tener vicios y suspender el tratamiento, y tener dificultades para el acceso al medicamento. Este estudio señala que hay evidencia de asociación entre la no adherencia al tratamiento y la falta de capacidad de pago en el régimen de seguridad social⁵¹.

Teniendo en cuenta que existen diferentes causas por las que los pacientes no se adhieren a los tratamientos, llámense farmacológicos o no farmacológicos, y que se han descrito en los diferentes estudios, la literatura menciona que se han utilizado varios métodos para diagnosticar la baja adhesión a los tratamientos. Estos son: juicio clínico, el control de la asistencia a citas programadas, el control de la obtención del objetivo de tratamiento, la investigación de efectos colaterales delatores, el recuento de píldoras, los controladores de medicación, los niveles de droga y las entrevistas a los pacientes.⁵²

1. El juicio clínico es el método más utilizado para evaluar el cumplimiento de los pacientes, se basa en el conocimiento del paciente por el médico, quien

⁵⁰ ESPINOZA A, FERRER X, JADUE J, KIRSCHBAMQ A, MUÑOZ M, TORO J. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago, Chile. En: PAHO. [En línea]. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Vol.111. No. 5. Págs 423-431 (1991)[consultado 27 de agosto 2008]. Disponible en:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=9375&indexSearch=ID>

⁵¹ MONTES F, RÍOS CADENA J, SALAZAR GONZÁLEZ C, URIBE ROCHA M, ZULUAGA RAMÍREZ W. Op., cit. p. 31.

⁵² GUYATT GORDON W; Haynes R ; Sackett D, Tugwell P. Epidemiología Clínica. Ciencia básica para la medicina.. Ayudar a los pacientes a cumplir los tratamientos. Editorial Panamericana. 1994. Págs. 249-278.

predice cumplimiento. Este método ha mostrado una correlación menor al 50% con el cumplimiento real⁵³.

2. Control de asistencia a las citas programadas: el control de asistencia es la táctica importante más sencilla para controlar el cumplimiento entre los pacientes ambulatorios. Controlar la asistencia es administrativamente sencillo si su práctica está organizada para ello. Debe tener una agenda con las citas diarias y una norma por la cual a todos los pacientes que soliciten una visita de seguimiento y se les entregue una tarjeta con la fecha de la próxima cita. La no asistencia a las citas programadas afecta el cumplimiento de los tratamientos⁵⁴.
3. Control de la obtención del objetivo de tratamiento: es un método apropiado si se asumiera que el régimen recomendado tiene una relación directa con la respuesta clínica. Sin embargo, sólo es útil en situaciones en las que el cumplimiento perfecto garantiza un éxito terapéutico, lo que no ocurre en la mayoría de las ocasiones. Además muchos padecimientos remiten de manera espontánea independientemente del tratamiento y de su cumplimiento⁵⁵.
4. Investigación de efectos colaterales delatores: algunos regímenes provocan efectos farmacológicos o efectos colaterales bien definidos, la ausencia de los cuales sugiere bajo cumplimiento. Dichos efectos pueden ser: frecuencia miccional por diuréticos, sequedad de la boca por anticolinérgicos, heces oscuras por consumo de hierro por vía oral, entre otros.

⁵³ *Ibíd.*, p. 252

⁵⁴ *Ibíd.*, p. 253

⁵⁵ HOMEDES N Y UGALDE A. Fármacos. Boletín electrónico latinoamericano para fomentar el uso adecuado de medicamentos. [en línea]. Vol. 1, No. 2 (1998). [consultado 4 de septiembre de 2008]. Disponible en < <http://www.boletinfarmacos.org/Download/sep98.pdf#page=5>

5. Recuento de píldoras: solicitar a los pacientes que lleven las píldoras en cada visita es una buena idea para asegurarse que los mismos tienen las medicaciones que se les indicó. Algunas veces puede ayudar también a medir el cumplimiento. Sin embargo, para ser exacto, este método requiere no perder de vista cuántas píldoras fueron indicadas por con cada receta, las fechas de cada prescripción o reposición, si los pacientes han dejado restos de medicación en otros lugares, si las píldoras son compartidas por algún familiar o datos similares⁵⁶.
6. Controladores de la medicación: una de las primeras versiones del mejor envase de píldoras incluía una fuente radiactiva que encendía una imagen en una tira de cinta fotográfica adherida al dorso de un envase de unidades de dosis de la droga. Teniendo en cuenta que han existido numerosos métodos controladores, esto no nos determina si el paciente consumió realmente la medicación cuando destapó el envase⁵⁷.
7. Mediciones del nivel de droga: los métodos analíticos modernos permiten que un conjunto cada vez más amplio de medicaciones sean medidas cualitativa y cuantitativamente en la orina, sangre, respiración y otros fluidos. Los niveles de droga son particularmente útiles para medicamentos con vida media, en suero, relativamente prolongada. Estos son: difenilhidantoína, litio y digoxina, para las cuales el consumo regular origina niveles plasmáticos estables. Las mediciones directas de drogas en los líquidos corporales con frecuencia son costosas, problemáticas de obtener, de disponibilidad limitada en muchas condiciones de práctica y se conocen solo mucho después que el paciente abandono el consultorio⁵⁸.

⁵⁶ GUYATT y compañía., Op.cit., p. 256

⁵⁷ *Ibíd.*, p. 256-257.

⁵⁸ *Ibíd.*, p. 257

8. Preguntar al paciente: este método es fácil de realizar, pero puede sobrestimar el cumplimiento. Se ha encontrado que este método tiene baja sensibilidad menos del 40%, pero su especificidad es elevada, más del 90%, para detectar incumplimiento⁵⁹.

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico adquiere importancia al igual que el tratamiento farmacológico en los pacientes que han padecido el IAM, pues la combinación de los dos tratamientos hace que la recuperación sea más favorable y se reduzcan los reingresos hospitalarios por reinfarto agudo de miocardio. Esto es fundamental en la medida que se le oriente al paciente, a través de una educación adecuada, reiterándole de forma constante la importancia de adquirir hábitos en su tratamiento.

El tratamiento no farmacológico incluye una serie de prácticas que son importantes en el manejo de las enfermedades cardiovasculares isquémicas como el infarto agudo de miocardio, IAM, que al igual complementa al tratamiento farmacológico para la recuperación del paciente⁶⁰. Entre estas prácticas encontramos cambios en la dieta, control de peso aumento y regulación de la actividad física, supresión o disminución de los factores de riesgo como fumar y/o consumo de alcohol.

La dieta juega un papel importante, porque se considera que existen factores asociados con la alimentación que influyen en la aparición de enfermedades cardiovasculares por el alto consumo de grasas saturadas ácidos grasos trans (AGT), colesterol, carbohidratos y sodio⁶¹. El paciente que presenta este tipo de entidad patológica debe ser valorado por medio de una evaluación nutricional, en la que se determina cuáles son los requerimientos nutricionales. Esto se hace por medio de

⁵⁹ HOMEDES y compañía., Óp. Cit.,p. 257

⁶⁰ CALVO M, SPENCE V. Desarrollo de un programa de rehabilitación integral y seguimiento al paciente post infarto y su grupo familiar. Tesis 0062, anexo XXIV, BINASS.

⁶¹ *Ibíd.*, p. 309

exámenes de laboratorio. Por lo tanto, es esencial realizarle al paciente una evaluación integral por parte del equipo de salud incluyendo un grupo interdisciplinario en donde el principal profesional es el profesional de nutrición.

La dieta para el paciente cardiovascular debe integrar diferentes ingredientes. A este tipo de nutrición se le denomina dieta mediterránea. Esta ha sido evaluada por el estudio clínico Lyon Diet Heart Study⁶², que fue el primer estudio que demostró los efectos benéficos de la dieta mediterránea. La investigación evaluó 605 pacientes con diagnóstico de post infarto agudo de miocardio. En el grupo experimental se fomentó el consumo de pan, vegetales verdes, frutas de consumo diario, más pescado y menos carnes rojas y una mantequilla con ácido alfa-linoléico. El seguimiento a estos pacientes con este tipo de dieta mediterránea demostró una reducción significativa del infarto y disminución en los eventos cardiacos y de mortalidad por esta entidad patológica.

En conclusión, la dieta mediterránea disminuye los eventos coronarios, pues la combinación de varios elementos conlleva a un efecto cardioprotector. En efecto, es primordial recomendarles a los pacientes el consumo de frutas, vegetales, pescado, carne de aves como el pollo, y que disminuyan la ingestión de carnes rojas y eviten el consumo de ácidos grasos trans, es por esto que el profesional de la salud, en especial el profesional de Enfermería, debe conocer este tipo de dieta y darle la información adecuada al paciente con IAM de esta, por medio de educación para la salud.

Por otro lado, numerosos estudios hablan de la importancia de la adopción de estilos de vida activa relacionados con la reducción del riesgo de la enfermedad coronaria y

⁶² MORA PABON, G. Diet and coronary health disease. Rev.fac.med.unal. [en línea].[consultado 4 agosto 2008]. 2005, vol.53, no.2, p.98-106. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112005000200006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0120-0011.

cardiovascular⁶³. Es el caso de un estudio que tuvo como finalidad evaluar el grado de adherencia a las recomendaciones de la actividad física y el control de los diferentes factores de riesgo en pacientes con post infarto⁶⁴. Mostró que la actividad física y la práctica del ejercicio regular pueden producir mejoras en la calidad de vida tanto en la parte psicológica como física, del paciente que padece enfermedades cardiovasculares. Estas son la causa principal de morbilidad y mortalidad en los hombres y mujeres occidentales, como en los Estados Unidos, porque amenazan de forma directa la capacidad funcional de las personas, poniendo en peligro el grado de independencia.

Dada la importancia de esta enfermedad para la salud pública, la OMS en 1964 definió la rehabilitación cardíaca como “la suma de todas las medidas necesarias para proporcionar al paciente con post IAM las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales que le permitan recuperar una posición normal en la sociedad y una vida tan activa y productiva como sea posible”⁶⁵ La recuperación en el paciente con IAM ha progresado de forma considerable. Porque antes se le recomendaba una permanencia en cama de 6 a 8 semanas, seguida de un reposo de 6 meses, tiempo durante el cual el paciente debía estar sentado en un sillón y se le prohibía subir escaleras hasta después de 1 año del post IAM. Ante esta práctica surge la rehabilitación cardíaca, que comprende acciones encaminadas a tener en cuenta la parte física, psicológica y de control de los diferentes factores de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. La rehabilitación cardíaca contempla programas a largo plazo, lo que comprende entrenamiento físico, perfil de riesgo, evaluación médica y asesoramiento y modificaciones de los factores de riesgo por intervención farmacológica y no farmacológica.

⁶³ RODRIGUEZ HERRERA y compañía., Óp. Cit., p 23

⁶⁴ AZNAR LAIN y compañía, p. 5.

⁶⁵ *Ibíd.*, p.23

Cabe anotar que las repercusiones de un IAM, dependen de la zona infartada lo que nos permite a futuro observar cuáles serían las posibles actividades habituales del paciente, aunque después que se presenta el IAM, es muy difícil que el paciente se reincorpore a su vida social como lo venía desempeñando habitualmente, porque empieza a cursar con deterioro emocional, deterioro físico, social y psicológico.⁶⁶

Entre tanto, se han desarrollado varios modelos de rehabilitación cardiaca que tienen en cuenta el pilar psicosocial. Uno de esos modelos es el denominado “programa de tipo”, porque combina diferentes estrategias de entrenamiento que incluye: información de la enfermedad con los factores de riesgo que ocasionan esta patología; entrenamiento de relajación, en donde se le enseña al paciente hacer manejo del estrés; y, además, relajación muscular, relajación mental y apoyo emocional. El paciente debe seguir una rutina de ejercicios y actividades físicas con el fin de evitar un posible reinfarcto. Es importante tener en cuenta que estas actividades no solo deben involucrar al paciente de forma individualizada, si no que por el contrario debe existir una participación de la familia, lo cual le ayuda a continuar eficazmente en el tratamiento.

Se le ha recomendar al paciente que durante la realización de los ejercicios debe hacer periodos de descanso, al igual que debe realizar actividades dinámicas como lo es caminar, trotar, correr y nadar. Esas rutinas mejoran la actividad de los diferentes órganos, como los pulmones, el riñón y el corazón. Para concluir, la rehabilitación cardiaca no solo ayuda al paciente a mejorar su nivel físico, sino también le ayudan a alcanzar un mejor desempeño en la dimensión psicosocial, que incluye la familia, lo sexual, laboral y social.⁶⁷ El profesional de Enfermería juega un papel importante en este pilar, debido a que por medio de la educación para la salud que se le dé al paciente, este puede y debe ser participe de todas las recomendaciones. Igualmente

⁶⁶ *Ibíd.*, p. 1221.

⁶⁷ CONTRAN, KUMAR, Y ROBBINS. *Patología Humana*. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. México DF. México. Págs. 1203-1230.

se le debe insistir en la importancia de seguir con todo el proceso e irle explicando de forma clara que no solo los medicamentos hacen parte de este proceso, sino que la actividad física juega un papel importante en la recuperación y que, en conjunto con la dieta y los buenos hábitos, se evitan los factores de riesgo.⁶⁸

Otro de los aspectos importantes para tener en cuenta en el infarto agudo de miocardio es el psicosocial. El paciente se ve afectado a nivel emocional. Presenta temor y miedo ante la muerte y, en determinados casos, llega a considerar que se sentirá inválido en el futuro. También pueden surgir una serie de problemas, como trastornos emocionales que se representan por ansiedad, episodios depresivos y en algunos casos, negación de la enfermedad o, por el contrario, el paciente puede estar más receptivo a la enfermedad.⁶⁹

Otro de los problemas que se observa y se encuentra en estos pacientes es la dificultad para la reincorporación a la vida laboral. Este tipo de situación difiere en cada país, pero se estima que el 25% de los pacientes con post infarto agudo de miocardio no se reincorpora fácilmente a la vida laboral, mientras que el 75% restante no lo hace por problemas psicológicos y sociales.⁷⁰ Los cambios en las actividades de ocio se encuentran relacionados con los cambios psicológicos, mas no son propios de la severidad de la enfermedad. El paciente suele sentirse retraído y dependiente, pues considera que no puede realizar sus actividades por sí mismo, y asume el papel de estar enfermo.

Los pacientes con post IAM, en general, presentan signos y síntomas de depresión mayor. Durante la década anterior la evidencia muestra una relación estrecha entre el

⁶⁸ *Ibíd.*, p. 1221.

⁶⁹ GÓMEZ PÉREZ M, ROBLES H. Programa de rehabilitación psicológica del paciente coronario: primera experiencia en un hospital de Granada. [datos en línea]. [consultado 11 agosto 2008]. Disponible en: <<http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/clinica/ct123.htm>

⁷⁰ GARCÍA GARCÍA E, GARCÍA V, VILLAR SORDO V. La depresión tras el infarto agudo de miocardio. *Anales de Medicina Interna*. Madrid. Vol. 24. No. 7. Págs. 346-351. 2007.

deterioro de la calidad de vida del paciente y la depresión post infarto. En efecto, tanto el IAM como la depresión inciden en un incremento de la morbi mortalidad.⁷¹

En conclusión, es importante ofrecerle al paciente herramientas para mejorar su adherencia y sus condiciones de salud, a pesar de que este se sienta físicamente agotado, igualmente es importante que el paciente inicie prontamente sus actividades diarias o rutinarias, teniendo confianza y seguridad en sí mismo, y que no tendrá un reinfarto.

Adherencia al tratamiento

El termino adherencia al tratamiento se define como “la medida en que el comportamiento del paciente en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o llevar a cabo cambios en el estilo de vida, coincide con las recomendaciones médicas”⁷²

Por otro lado, la OMS en el 2004 definió la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”⁷³

Algunos estudios la han definido como “el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para:

- Asistir a las consultas programadas (consultorio / hospital)

⁷¹ MAROTO JM. Rehabilitación Cardíaca. Ed. Olalla Cardiología. España. 2000. Págs. 525-590.

⁷² GUYATT, GORDON; HAYNES, R ; SACKETT, D Y TUGWELL, P. Epidemiología Clínica. Ciencia básica para la medicina.. Ayudar a los pacientes a cumplir los tratamientos. Editorial Panamericana. 1994. Págs. 249-278.

⁷³ SABATÉ, Óp. Cit ., p. 18.

- Tomar los medicamentos como se prescribieron
- Realizar los cambios de estilo de vida recomendados
- Completar los análisis o pruebas solicitadas.”⁷⁴

Otros estudios definen la adherencia al tratamiento como “la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud.”⁷⁵ Otros la definen como “la coincidencia entre la conducta del paciente y la orden del médico.”⁷⁶

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la literatura no solo habla o describe la adherencia al tratamiento sino que a su vez menciona los factores que la afectan. Porque estos factores dan pautas para identificar por qué los pacientes quieren o no asumir su tratamiento, ya sea por problemas propios, del medio en que se desarrollan, de su condición cultural, económica, psicológica y social. No se puede dejar de lado al personal de la salud (médic@-enfermer@) y los servicios de salud donde el paciente es atendido.

Estos son los factores que afectan la adherencia al tratamiento:

- Factores relacionados con el paciente.
- Factores relacionados con el medio ambiente.
- Factores relacionados con los medicamentos.
- Factores relacionados con la relación médico-paciente y enfermera-paciente.

⁷⁴ SILVA y compañía., Óp. Cit., p. 270.

⁷⁵ LARREA y compañía., Óp. Cit., p. 117.

⁷⁶ CÁCERES MANRIQUE F. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. [en línea]. [consultado 13 agosto 2008]. Med UNAB 2004; 7: Págs. 172-180. Disponible en: <http://Caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA721/RT_C2.PDF>

Factores relacionados con el paciente

En primer lugar se habla del deterioro sensorial. Aquí se involucra la pérdida de visión, de la audición, lo que ocasiona en el paciente falta de atención y dificultad en la obtención de la información de las recomendaciones u ordenes que se le hayan impartido. Muchas de estas se le dan de forma escrita o verbal, y muchas veces el profesional de la salud no tiene en cuenta este tipo de alteraciones en los pacientes, y se estiman, en muchos casos, como problemas relacionados con la edad. En los pacientes con edad avanzada se ha demostrado que alrededor de un 50% no toma la medicación, y de un 25% a un 60% de los ancianos que la toman lo hacen incorrectamente⁷⁷. Se ha establecido que por cada año más que tenga la persona, la adherencia al tratamiento mejora, al igual que en las personas con edades extremas se observa una adecuada adherencia en comparación con los que se encuentran en edades intermedias⁷⁸

En este punto es importante tener en cuenta los estados alterados del ánimo del paciente, ya que esto ocasiona en él un mal proceso de obtención de la información, algunos pacientes pueden presentar aparte de su patología de base algunas alteraciones mentales, como por ejemplo estrés, depresión, ansiedad, entre otras. Esto ocasiona en el paciente una falta de atención y de seguimiento de su tratamiento⁷⁹. Otro factor importante relacionado con el paciente es el que concierne a la enfermedad como tal, porque muchas veces este se adapta o se acostumbra a convivir con los síntomas relacionados con la enfermedad. Esto ocasiona que no consulte al médico y que no tome los medicamentos. Además, cuando se involucran enfermedades relacionadas con los estados de conciencia como lo son las

⁷⁷ VIDAL. Op.,. Cit.p. 257.

⁷⁸ DE OLIVERIA H, MOREIRA D. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios previos, Campinas, SP. Brasil 1993-1994. Rev Saúde Publica 2000. Vol. 34. Págs. 437-443.

⁷⁹ CRESPO FIERRO F. Adherent to potent antiretroviral therapy. Assoc Nurses AIDS Care 1997 (5). Págs. 43-54.

enfermedades mentales, la adherencia al tratamiento se hace más difícil por la condición del paciente.

Otro aspecto importante relacionado con el paciente es la edad. Un estudio sobre la enfermedad cardiovascular y los factores relacionados con esta afirma que los pacientes de ambos sexos oscilan entre los 30 y 90 años de edad respectivamente, el mayor porcentaje, 81%, se presentó en el grupo de 61 a 70 años⁸⁰. Igualmente el género es aspecto relevante relacionado con el paciente. La literatura describe que hay mayor predominio del género femenino, en un 85%, mientras que el 15% corresponde al género masculino⁸¹. Otros autores mencionan que los hombres abandonan más rápidamente los tratamientos que las mujeres. Pero otros estudios describen que las mujeres que viven solas tienen tendencia a abandonar más rápidamente los tratamientos, esto revela que hay causas multifactoriales, como el aislamiento social, los mitos relacionados con la salud y las creencias sociales que las mujeres pueden tener por su entorno cultural⁸².

Factores como el estrato socioeconómico y el nivel educativo no se relacionan con los factores propios del paciente, pero este caso se consideran importantes en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico; el estrato económico es otro factor que influye en la adherencia en cuanto al paciente se refiere. Se establece que si un paciente es de estrato bajo, es posible que no tenga adherencia en el tratamiento por las condiciones económicas y esto, asociado a la zona o territorio donde viva. Es el caso de las personas que viven en veredas o lejos del casco urbano. Es de esperarse que tengan más dificultades para acercarse al centro de salud, ya sea por el transporte, la falta de dinero o por falta de compañía. Otro estudio señala que vivir en un estrato bajo es un factor de riesgo para abandono. Se encontró

⁸⁰ HERRERA LÍAN., Op. Cit. p. 39.

⁸¹ *Ibíd.*, p. 39

⁸² SILVA, y compañía., Op.cit. p. 270.

que el 79% de los pacientes que abandonan el tratamiento procedían de los estratos bajos.⁸³

Por otro lado el nivel educativo es otro de los factores importantes para mencionar. La literatura describe que las personas con nivel educativo bajo se les dificulta comunicarse con el personal de la salud y de su familia. Por ejemplo, en Barcelona se encontró un grupo de pacientes analfabetas que tenían un mayor riesgo de abandonar los tratamientos, a diferencia del grupo de pacientes que tenían un grado de escolaridad^{84, 85}.

A la suma de factores relacionados con la adherencia al tratamiento se añade el estado civil del paciente. Las personas que se encuentran casadas y compartiendo con la familia, tienen un apoyo importante en el cumplimiento o adherencia al tratamiento. Los pacientes solteros tiene la mitad de riesgo de abandono en un 61%, comparado con los pacientes que se encuentran casados, en un 12.6%. Por su lado, el grupo de pacientes viudos, separados o divorciados tienen riesgo de presentar abandono al tratamiento en un 14.3%⁸⁶.

En este punto es importante mencionar que muchas veces la no adherencia hace parte de factores individuales propios del paciente, en donde están involucrados: su personalidad; sus actitudes frente a la enfermedad y su motivación para recuperar su salud; la percepción de la gravedad del proceso patológico; el conocimiento de la enfermedad padecida con su respectivo tratamiento; y la eficacia del tratamiento y la aceptación de este^{87, 88}. La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es

⁸³ CÁCERES Manrique. Óp.,. Cit. p. 174

⁸⁴ POZSIK C. Compliance with tuberculosis therapy. *Medicina Clinica North Am* 1993; Vol.77. Págs. 1289-1301.

⁸⁵ GALVÁN F, SANTIUSTE C. Factores relacionados con el cumplimiento de la quimioprofilaxis contra la tuberculosis. *Medicina Clinica. Barcelona*. 1998. Vol. 111. Págs. 655-657.

⁸⁶ BARR R, CNIRSCH C, FRIEDEN T, LEMER B, PABLOS A. No adherence in tuberculosis treatment: Predictors and consequences in New Cork City. *Am J Med* 1997; Vol. 102. Págs. 164.170.

⁸⁷ BASTERRA M. El incumplimiento terapéutico. *Pharmaceuticall Care*.1999; Vol. 1. Págs. 97-106.

influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el tratamiento (relación costo-beneficio), y por el grado de confianza de poder seguirlo. Se debe acrecentar la motivación intrínseca del paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia, y fortalecer la confianza mediante la construcción de actitudes de autocuidado. Estas son metas del tratamiento comportamental que deben darse continuamente con las biomédicas para buscar una mejor adherencia⁸⁹. La inestabilidad emocional, la depresión, tener personalidad agresiva, ser hipocondríaco y presentar delirios de grandeza hacen parte de las conductas que pueden llevar al abandono del tratamiento⁹⁰.

Por otra parte la falta de conocimiento de la enfermedad lleva a los pacientes a tomar diferentes alternativas. Una sería abandonar el tratamiento⁹¹. En Pakistán se encontró que mejorando el nivel de conocimiento en los pacientes acerca de su enfermedad, se lograba disminuir el abandono de 43% a 50%⁹².

Factores relacionados con el medio ambiente

La adherencia al tratamiento está también relacionada con el ambiente en donde se desarrolle o se desenvuelva el paciente. Es importante el entorno o el ambiente familiar para llegar a ella. La literatura menciona que los pacientes que se encuentran aislados de sus familias y de grupos de amigos tienen el riesgo de abandonar más fácilmente los tratamientos. Un estudio reportó que el 11% de quienes abandonaron el tratamiento tenían problemas en sus relaciones familiares, lo que obstaculizaba el cumplimiento del tratamiento, al igual que el no informar a la familia sobre la

⁸⁸ GONZÁLEZ J, ORERO A, PRIETO J. Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento antibiótico. JANO 1997; Vol. 53. Págs. 697-706.

⁸⁹ HERRERA LÍAN,. Op, cit. p. 41.

⁹⁰ *Ibíd.*, p. 703.

⁹¹ ÁLVAREZ G, DORANTES JE. Tratamiento acortado estrictamente supervisado para tuberculosis pulmonar. Revista de Salud Pública. México 1998. Vol. 40. Págs. 272-275.

⁹² DE MUYNCK A, LIEFOOGHE R, MEULEMANS H, MORAN M, SUETENS C. A randomised trial of the impact of counselling on treatment adherence of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. Int J Tuberc Lung Dis 1999. Vol. 3. Págs. 1073-1080.

enfermedad aumentaba el riesgo de abandono diez veces más^{93, 94, 95}. Otro estudio menciona que contar con el apoyo de la familia anima a continuar con el tratamiento, lo que favorece de manera positiva la adherencia terapéutica. El apoyo de los compañeros puede mejorar a la adherencia y reducir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de la salud⁹⁶.

En cuanto al entorno o ambiente laboral, los estudios describen que las personas que laboran por días o que constantemente piden permisos en su sitio de trabajo para asistir a citas médicas o ir a reclamar los medicamentos corren el riesgo de perder el empleo, en cuanto a la inadecuación del horario del trabajo y de los centros de salud. Algunos autores establecen que, en relación con aspecto laboral, el 60% está pensionado y el 40% se encuentra activo⁹⁷. De otra parte, el desempleo es un elemento que impide la adherencia o cumplimiento en los tratamientos. Aquí la literatura reseña que las personas que se encuentran desempleadas abandonan más rápidamente los tratamientos^{98, 99}. El ambiente social es importante en la adherencia a los tratamientos, vale decir que contar con redes de apoyo es un agente protector para adherirse a los tratamientos, sumado a la conformación de clubes para mejorar la misma, esto hace que los pacientes se sientan participes en su tratamiento y acompañados para continuar con él^{100, 101}.

En cuanto al apoyo social es importante mencionar que este tipo de soporte protege a los pacientes del estrés desencadenado por la patología y faculta al paciente para

⁹³ GRANGE J, STORE A, ZUMLA A. Tuberculosis in disadvantaged groups. *Curr Opin Pulm Med* 2001. Vol. 7. Págs. 160-164.

⁹⁴ FORCINITI S, RODRÍGUEZ P, TROYANO S. Abandono de tratamiento de pacientes con tuberculosis. *Revista Argentina de Tórax* 1999; Vol. 60. Págs. 58-63.

⁹⁵ CAMARGO D, CERRA M, DE USTA C, HERNANDEZ R, OROZCO L. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *Médicas UIS* 1998. Vol. 12. Págs. 169-172.

⁹⁶ HERRERA LÍAN. Op.,cit, p. 40

⁹⁷ Ibid p. 39

⁹⁸ HOMEDES N, UGALDE A. ¿Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo?. *Bol Of Sanit Panam* 1994. Vol. 116. Págs. 491-517.

⁹⁹ OSPINA M, QUIROGA M. Abandono de tratamiento antiTBC, Cali Colombia 1999-2000. Tesis de Grado. Universidad del Valle. Cali Colombia 2002.

¹⁰⁰ BLASCHKE T, OSTERBERG L. Adherence to medication. *New England Journal Medical* 2005; 353 (5): Págs. 487-497.

¹⁰¹ BASTERRA. Op.cit., p.103.

evaluar la situación y adaptarse a la enfermedad, asistiéndole a desarrollar respuestas de afrontamiento^{102, 103}.

Factores relacionados con el medicamento

En este punto es significativo tener en cuenta que en general se considera que hay alta adherencia a los tratamientos cuando estos son a corto plazo o por un tiempo determinado. La adherencia se disminuye en casos como, por ejemplo, procesos crónicos, polifarmacia o poli terapia, pues los medicamentos muchas veces se toman al mismo tiempo, esto sucede cuando los esquemas de dosis son complicados, la vía en que se debe administrar el medicamento requiere de personal especializado y cuando el medicamento presenta, entre sus efectos adversos, signos y síntomas como virilización e impotencia entre otros^{104, 105}. Se ha definido en este aspecto el uso errático de la medicación cuando el paciente sobre utiliza o infrautiliza el medicamento a distintas horas, dependiendo de la presencia o ausencia de síntomas. Lo hace con dosis que no le corresponden al tratamiento indicado. Este tipo de casos se presenta cuando el paciente tiene que administrarse, como parte de su tratamiento, jarabes u otros medicamentos en forma líquida¹⁰⁶. Por otra parte, los efectos adversos ocasionados por los diferentes medicamentos pueden ser una causa aislada del incumplimiento, admitiendo la responsabilidad a una parte del total del tratamiento establecido. Este aspecto resulta importante, ya que se presenta cuando el paciente no ha sido informado previo al inicio de su tratamiento. Cabe resaltar que muchas veces cuando al paciente se le informa de los efectos adversos de los medicamentos, debemos tener presente y estar en espera de que el paciente no se administre los medicamentos por estas razones. La forma farmacéutica y la vía de administración de

¹⁰² LECHUGA y compañía,. Op.cit. p. 1410.

¹⁰³ DAVIDSON P. Issues in patient compliance. Handbook of clinical health psychology 2000. Págs 417-434.

¹⁰⁴ GALEANO, y compañía Op. Cit., p. 270.

¹⁰⁵ BASTERRA M. Op. Cit., p.105.

¹⁰⁶ *Ibíd.*, p. 106

los medicamentos juega un papel importante en cuanto al cumplimiento, pues este puede ser mayor si este se administra por vía parenteral o IV que en forma oral¹⁰⁷.

En los Estados Unidos 300.000 muertes se presentaron por no tomar los medicamentos, de las cuales 125.000 fueron de pacientes con enfermedad cardiaca que se encontraban en periodo de recuperación¹⁰⁸.

Factores relacionados con la relación médico-paciente y enfermer@-paciente

En este factor se describe que una buena adherencia o cumplimiento al tratamiento se debe a la exitosa relación que se dé con el profesional de la salud: médic@-enfermer@-paciente. Un estudio menciona que el 84.3% de los pacientes se encuentran sin riesgo de no adherirse, porque se considera que la interacción del profesional de la salud con el paciente cobra una notable importancia por la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente en cuanto a esta relación¹⁰⁹. La comunicación juega un papel importante, porque esta debe darse de forma clara, con un lenguaje apropiado y adecuado para el paciente, es decir, sin tecnicismos. Por el contrario, el paciente debe percibir que es tenido en cuenta y que sus preguntas o inquietudes son válidas. Además la atención que se le brinde al paciente debe ser de buena calidad, que tenga en cuenta el tiempo, porque este es una causa de no adherencia, durante la consulta se le deben explicar las instrucciones pertinentes a la duración, toma y horarios de los medicamentos, al igual que oír sus expectativas en relación al tratamiento que va a iniciar¹¹⁰.

Para que exista un buen cumplimiento, es fundamental que el paciente acepte el tratamiento y se incline por su necesidad. Por eso es importante desatacar que el profesional de la salud sea preciso en impartir las indicaciones y/o instrucciones de

¹⁰⁷ *Ibíd.*, p. 107.

¹⁰⁸ GINARTE ARIAS Y. La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [en línea]. 2001, Vol. 17, No .5 [consultado 15 agosto 2008]. Págs, 502-505. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.

¹⁰⁹ HERRERA Lían. *Op.,cit*, p. 40.

¹¹⁰ BASTERRA M. *Op. Cit.*, p. 106.

forma clara y precisa para que estas sean fáciles y entendibles por parte del paciente, una cuarta parte de estos incumplimientos se debe a que el paciente no comprendió correctamente las órdenes impartidas por el profesional de la salud¹¹¹.

Resulta importante que el profesional de la salud desarrolle diferentes estrategias que susciten en el paciente compromiso y participación. En este punto cabe mencionar que la educación no solo debe darse de forma verbal, sino que debe impartirse también de forma escrita por que los pacientes muchas veces olvidan lo que se les ha indicado o enseñado. Es necesario al brindar indicaciones que no sean solamente dadas en una sola instrucción, sino que el profesional de la salud tenga un proceso continuo y dinámico en el que el paciente se sienta participe de este proceso y donde se pueda realizar un seguimiento continuo^{112, 113}.

Estrategias para el mejoramiento de la adherencia farmacológica y no farmacológica

Varios autores han descrito diferentes estrategias encaminadas a incrementar la adherencia terapéutica¹¹⁴. Algunas de ellas van dirigidas a corregir en el paciente actitudes y creencias, al igual que cambiar o modificar la concepción que tiene sobre la salud, adicionándole cambios en su entorno social, por medio de conformación de grupos de apoyo y de autoayuda.

Para este estudio se escogió a la teoría de Dorotea E. Orem, quien etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres relacionadas: la primera es la teoría de autocuidado, que describe el por qué y el cómo, las personas cuidan de sí mismas. La segunda es la teoría de déficit de autocuidado, que describe

¹¹¹ BORGA A, D'AMBROSIO R, ESPAGNOLI A, MAGGIOROTTI P, OSTINO G, TODISCO E. Drug compliance and unreported drugs in the elderly. J Am Geriatri Soc 1999. Vol. 37. Págs. 619-624.

¹¹² GONZALEZ y compañía., Óp. Cit., p. 702.

¹¹³ LECHUGA y compañía., Op.cit., p 1409.

¹¹⁴ GINARTE. Óp. Cit., p. 504.

y explica cómo el profesional de enfermería es agente de cuidado; y la tercera es la teoría de sistemas enfermeros, en la que se explican los modos en que el profesional de enfermería puede atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas como los: sistemas de enfermería totalmente compensadores (enfermera sule al individuo), sistemas de enfermería parcialmente compensadores (el personal de enfermería proporciona autocuidados) y sistemas de enfermería de apoyo-educación (la enfermera actúa ayudado a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin su ayuda.). En su planteamiento del autocuidado Orem lo define como algo que se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada, continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona.¹¹⁵. El profesional de enfermería debe desempeñar actividades encaminadas a desarrollar en el paciente su propio autocuidado. Orem define la actividad del profesional de enfermería como “la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras, que les da poder para ser representadas como enfermeras y dentro del marco de una relación interpersonal legitima para actuar, saber y ayudar a las personas de esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado”¹¹⁶.

Al igual, Orem menciona en su teoría que “un método de ayuda desde la perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo o el de sus dependientes¹¹⁷”

Este aspecto es importante, pues el profesional de enfermería debe dar al paciente herramientas para que este pueda desarrollar su propio autocuidado, teniendo en

¹¹⁵ Modelos conceptuales y grandes teorías. Capitulo 13. Dorotea E. Orem. La teoría enfermera del déficit de autocuidado. Págs. 189.201.

¹¹⁶ *Ibíd.*, p 194.

¹¹⁷ *Ibíd.*, p. 194.

cuenta las limitaciones que presenta en su entorno tanto ambiental, emocional y familiar. El profesional de enfermería debe guiar y dirigir al paciente a lo largo de su tratamiento, ofreciéndole apoyo tanto físico como psicológico, del mismo modo ha de brindar y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal. Estas acciones deben estar encaminadas hacia la educación para la salud con el fin de enseñarle al paciente la importancia del autocuidado.

La comunicación es otra de las estrategias que el profesional de la salud debe tener en cuenta, esta debe ser asertiva a la hora de relacionarse con los pacientes, la comunicación busca construir en conjunto conocimientos acerca de la enfermedad y estrategias encaminadas al mejoramiento del tratamiento, en cuanto a esquemas o metodologías orientadas a la dosificación y a los horarios del tratamiento.

Otra estrategia metodológica igual de importante a la anterior es la educación para la salud, el cual debe aplicarse cuando se interactúa con el paciente en la consulta, ya sea con el médico o el profesional de enfermería. Este tipo de proceso determina de forma favorable que el paciente se adhiera mejor a su tratamiento, porque la educación está dirigida a todas y cada una de las recomendaciones que se le den sobre el tratamiento a seguir. Este aspecto es significativo porque a través del tiempo disminuirán los reingresos hospitalarios, y este proceso resulta en esencia una conducta costo-efectiva¹¹⁸.

Las ayudas directas son otro tipo de estrategia o metodología para mejorar la adherencia al tratamiento. Esta estrategia plantea la utilización de fichas sencillas o formatos impresos para diligenciar y hasta propone la utilización de dispositivos electrónicos que le indican al paciente que alguna de las dosis del medicamento fue omitida, de igual forma, las nemotecnias son otra estrategia que ayuda en la

¹¹⁸ DE MUYNCK, y compañía. Op. Cit., p. 61.

adherencia porque involucran a los familiares, amigos, grupos de apoyo y cuidadores, teniendo como objetivo recordarle al paciente que debe tomar el medicamento.

Hay que tener en cuenta que las estrategias que se implementen a los pacientes deben ser adecuadas a la necesidad de cada persona, ya que cada uno tiene particularidades específicas, y el profesional de la salud tiene que identificar estas necesidades para ofrecer opciones estratégicas de metodología para el mejoramiento de la adherencia¹¹⁹, logrando una adherencia farmacológica y no farmacológica en los pacientes que presentan post infarto agudo de miocardio por lo que es necesario brindarles herramientas adecuadas de acuerdo con su contexto, es decir, hay que tener en cuenta el medio ambiente en donde se desarrollan los pacientes y el aspecto económico y biopsicosocial, por lo anterior la educación liderada por el profesional de Enfermería se convierte en la principal herramienta para promover la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico sumada a un seguimiento personalizado en el que el paciente se sienta seguro y confiado hacia el personal de la salud (médic@-enfermer@), dándole el primer lugar en el manejo de su enfermedad y de su tratamiento.

¹¹⁹ GARG A, HAYNES R, MCDONALD H. Helping patients follow prescribed treatment: Clinical applications. JAMA 2002. Págs. 2880-2883.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se utilizó un estudio descriptivo de corte transversal el cual permite identificar los factores relacionados con la adherencia en los pacientes ambulatorios con diagnósticos de post infarto agudo de miocardio, que asistieron a la institución de cuarto nivel en el segundo periodo de 2008.

5.2 POBLACIÓN y MUESTRA

5.2.1 Población Objeto

La población estuvo constituida por 30 pacientes que asisten a una institución de cuarto nivel en el área de consulta externa de Rehabilitación Cardíaca, durante el mes de agosto.

5.2.2 Tipo de Muestreo:

El tipo de muestreo es no probabilístico, pues la muestra fue seleccionada por conveniencia en el área de consulta externa en Rehabilitación Cardíaca de una institución de cuarto nivel.

5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

La población está constituida por 30 pacientes entre hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de post IAM, que se encontraban en el servicio de rehabilitación cardíaca, asistiendo a su respectiva cita médica y control durante el

periodo del estudio. Los cuales aceptaron participar en el estudio y que firmaron el informe de consentimiento informado.

5.4 PROCEDIMIENTO

Este estudio se desarrollo:

Se solicitó la autorización pertinente al servicio de Estadística y de consulta externa del Hospital Universitario San Ignacio con el fin de conocer el número de pacientes con diagnóstico de post infarto agudo de miocardio. El anteproyecto fue avalado por el comité de ética y de investigación de la facultad de Enfermería, el Departamento de Enfermería y las coordinadoras de los servicios, para la aprobación y autorización de la recolección de la información.

Se procedió a la recolección de datos por medio de la identificación de los pacientes en el área de rehabilitación cardiaca. Allí se les dio a conocer de manera verbal y escrita el propósito, beneficios y riesgos del estudio por medio del consentimiento informado. Una vez los pacientes autorizaron el consentimiento informado, se procedió a la aplicación de un instrumento denominado “Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en el paciente con post infarto agudo de miocardio”. Este instrumento fue diligenciado por la investigadora en un tiempo promedio de 20 minutos. (ANEXO1)

5.5 INSTRUMENTO

Revisando la literatura no se encontró un instrumento que evaluara la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológica en el paciente con post infarto agudo de miocardio. Es por esto que se diseñó el instrumento denominado “Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con pos infarto agudo de miocardio”. El instrumento se elaboró a partir de

una revisión teórica sobre los factores relacionados con la adherencia farmacológica y no farmacológica y tomando algunos referentes de instrumentos de adherencia al tratamiento farmacológico y adherencia al tratamiento no farmacológico para enfermedades crónicas. Contiene 27 ítems divididos en cuatro dimensiones las cuales corresponden a los factores que influyen en la adherencia. La primera corresponde a los factores relacionados con el paciente; esta dimensión consta de 10 ítems. La segunda hace referencia a los factores relacionados con el ambiente; esta dimensión consta de 5 ítems. En la tercera se evaluaron los factores relacionados con el medicamento; esta consta de 5 ítems. La cuarta y última dimensión es la relación médico-paciente y enfermera-paciente; esta consta de 7 ítems.

El instrumento tiene una escala de evaluación tipo Lickert compuesta por cuatro opciones de respuesta como de 1 NUNCA, 2 CASI NUNCA, 3 CASI SIEMPRE Y 4 SIEMPRE. Tiene un puntaje mínimo de 27 puntos y un puntaje máximo de 108. Al instrumento se le realizó una validación de contenido por medio de la evaluación de 2 expertos en el área y una prueba piloto con el fin de verificar la claridad, comprensión y pertinencia de las preguntas que se encuentran en el cuestionario.

Para la evaluación del nivel de adherencia se establecieron los siguientes puntajes: altamente adherido (82-108 puntos), medianamente adherido (55-81 puntos), poco adherido (28-54 puntos). (ANEXO 2)

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A los participantes que cumplieron con los criterios establecidos de inclusión se les informó de forma verbal y escrita la descripción de los objetivos, procedimientos, riesgos, beneficios y su autonomía para continuar o retirarse del estudio cuando lo consideraran pertinente. Igualmente se les informó sobre la confidencialidad, privacidad y anonimato de la información recolectada. Todos estos aspectos están registrados en el consentimiento que fue firmado por el paciente y por el investigador que desarrolló este proceso.

Este Consentimiento informado se fundamentó en una relación de confianza y honestidad mutua de manera que el investigador o autor de dicho estudio manifestó de forma clara y comprensible para el paciente lo que se pretendía con dicho estudio, lo cual garantizó la confianza que el paciente mostró hacia el investigador.

6. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento que se utilizó en la investigación, en la que se propuso determinar los 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 de atención el segundo semestre del 2008. Como se describe en la metodología, el nivel de adherencia se clasifica en: no adherencia, 27 puntos; poca adherencia, 28–54; medianamente adherido, 55–81; y altamente adherido, 82– 108.

Los datos correspondientes a los factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio se presentan en tablas y gráficos con su correspondiente análisis y discusión. Dichos datos se relacionan con estudios encontrados en la literatura. A continuación se presentan los datos obtenidos tras la aplicación del instrumento.

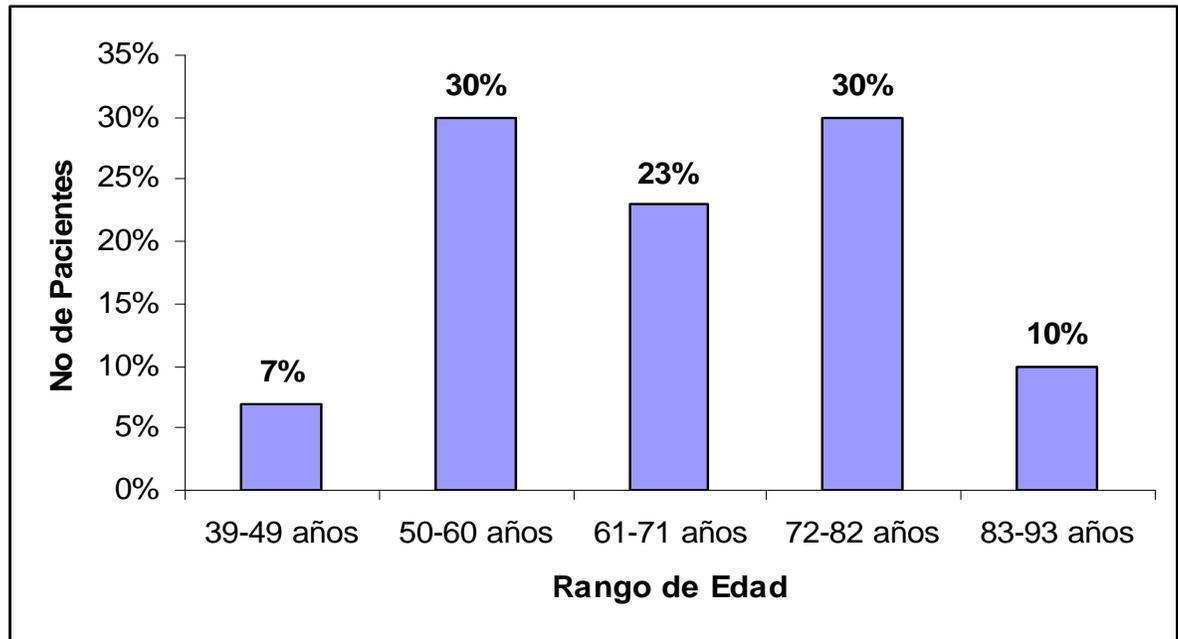
En la tabla uno y dos se describen las características sociodemográficas de la población estudio.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SEGÚN EDAD-GÉNERO Y ESTADO CIVIL.

RANGO DE EDAD	N° de Pacientes	%
39-49 años	2	7%
50-60 años	9	30%
61-71 años	7	23%
72-82 años	9	30%
83-93 años	3	10%
TOTAL	30	100%
GÉNERO	N° de Pacientes	%
Femenino	10	33%
Masculino	20	67%
TOTAL	30	100%
ESTADO CIVIL	N° de Pacientes	%
Soltero/a	0	0%
Casado/da	21	70%
Divorciado/da	1	3%
Viudo/da	6	20%
Unión Libre	2	7%
Otro	0	0%
TOTAL	30	100%

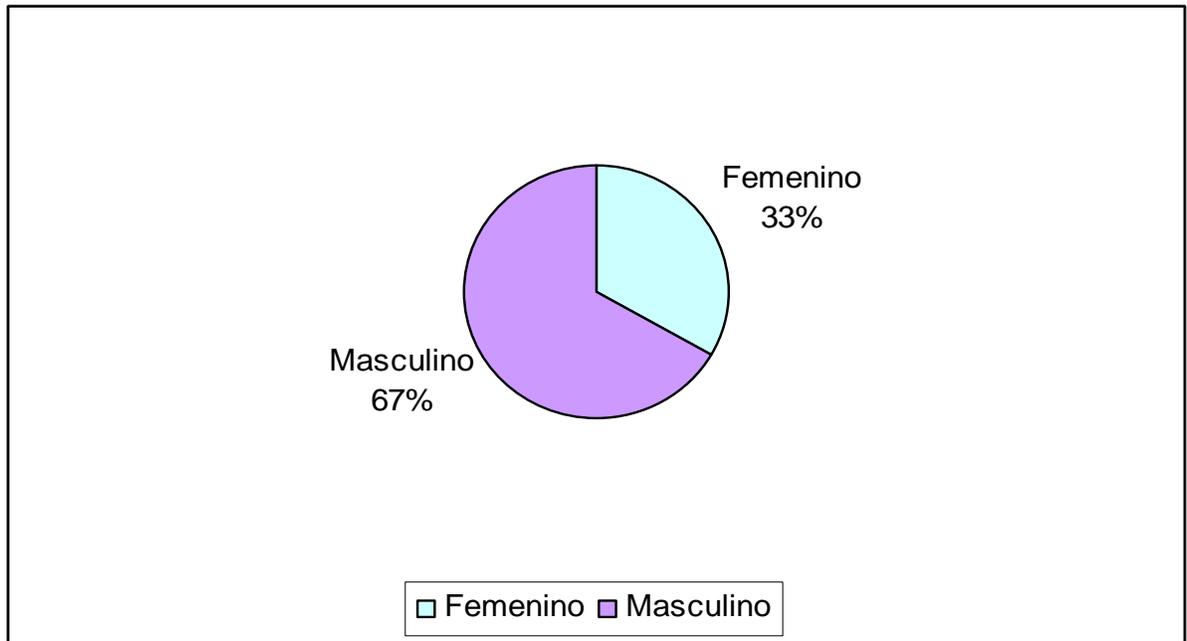
Fuente: Instrumento Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel. Bogotá, agosto 2008.

GRÁFICO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIO SEGÚN EDAD.



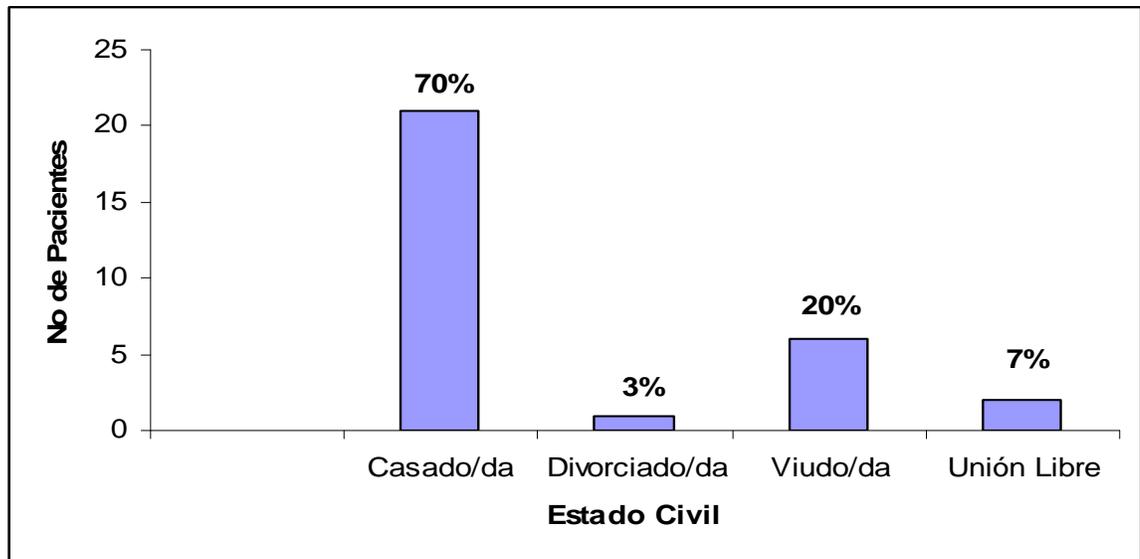
Fuente: Instrumento Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel. Bogotá, agosto 2008.

GRÁFICO 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIO SEGÚN EL GÉNERO.



Fuente: Instrumento 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. Bogotá, agosto 2008.

GRÁFICO 3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIO SEGÚN EL ESTADO CIVIL.



Fuente: Instrumento 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. Bogotá, agosto 2008.

En la tabla uno se observa que la edad mínima es de 39 años y la edad máxima es de 93 años. Con una media de edad de 66 años. El mayor número de personas se encuentra en el rango de edades entre 50 y 60 (30%) y entre 72 y 82 (30%), y el menor número se encuentra en el rango de edad entre 39 y 49 (7%). Ver gráfico 1.

En cuanto a los factores relacionados con el paciente, la literatura describe que la edad que más se relaciona con las enfermedades cardiovasculares oscila entre los 30 y 90 años¹²⁰. En este estudio se observa que el promedio de esta, está entre 37 y 93 años. Esto indica que la población estudiada se encuentra en rangos similares.

En cuanto al género, se observa que el 67% corresponde al género masculino y el 33% al género femenino. Ver gráfico 2. El género como factor de adherencia, la

¹²⁰ HERRERA LÍAN. Op. Cit.p.39

literatura describe que hay mayor predominio del género femenino en un 85%¹²¹, en comparación con el 15% que corresponde al género masculino. En nuestro estudio se observa que, a diferencia de la literatura, el género masculino predomina en un 67% y el género femenino en un 33%.

Con relación al estado civil, se observa que el 70% (21) está casado, el 20% (6) es viudo, el 7% (2) vive en unión libre y el restante 3% (1) de la población es divorciado. Ver gráfico 3. El estado civil es un factor importante en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. 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. Esto corresponde a un 12.6%¹²². En nuestra investigación el mayor porcentaje se encuentra casado, la proporción es del 70%. Los resultados muestran que las personas que se encuentran viudas, separadas o divorciadas tienen un riesgo de presentar abandono al tratamiento en un 14.3%. Esta investigación arrojó que el 20% de las personas ha enviudado y un 3% se ha divorciado. Es importante recordar que los participantes de este estudio en general se ubicaron entre los niveles de adherencia medianamente adherido y altamente adherido.

¹²¹ *Ibíd.* p.39.

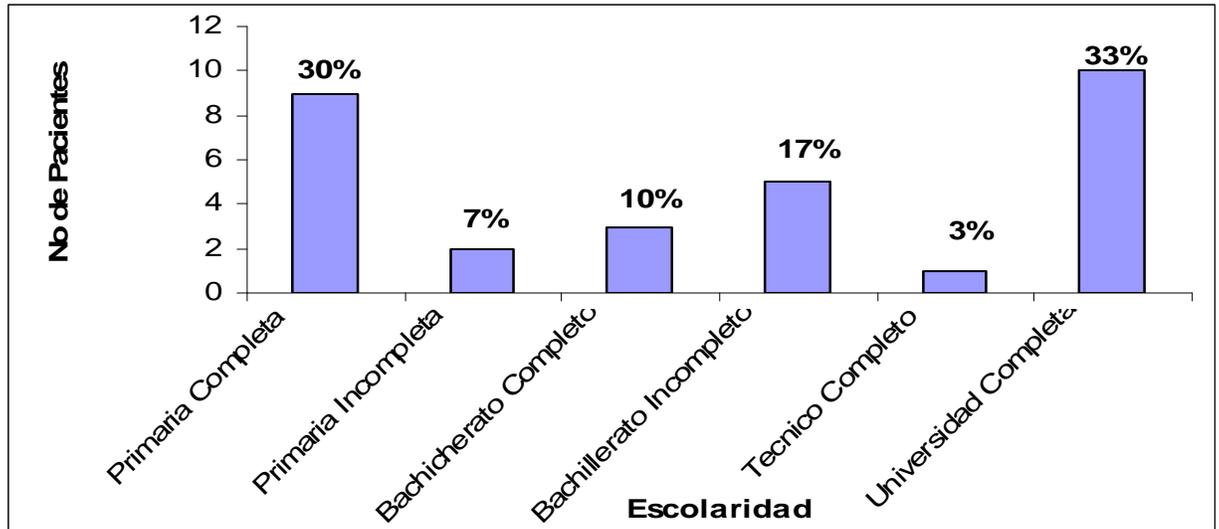
¹²² PABLOS A y compañía., OP., cit. p. 270.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIO SEGÚN ESCOLARIDAD, ESTRATO ECONÓMICO, EPS Y OCUPACIÓN

ESCOLARIDAD	N° de pacientes	%
Ninguna	0	0%
Primaria completo	9	30%
Primaria incompleta	2	7%
Bachillerato completo	3	10%
Bachillerato incompleto	5	17%
Técnico completo	1	3%
Técnico incompleto	0	0%
Universidad completa	10	33%
Universidad incompleta	0	0%
TOTAL	30	100%
ESTRATO ECONÓMICO	N° de pacientes	%
Estrato 1	1	3%
Estrato 2	6	20%
Estrato 3	13	44%
Estrato 4	7	23%
Estrato 5	3	10%
Estrato 6	0	0%
TOTAL	30	100%
EPS	N° de pacientes	%
Famisanar	4	13%
Colpatria	6	20%
Colmédica	15	50%
Coomeva	1	3%
Nueva EPS	3	10%
Compensar	1	4%
TOTAL	30	100%
OCUPACIÓN	N° de pacientes	%
Estudiante	0	0%
Empleado/da	2	7%
Desempleado/da	0	0%
Trabajador Ind.	10	33%
Pensionado/da	6	20%
Hogar	12	40%
Otro	0	0%
TOTAL	30	100%

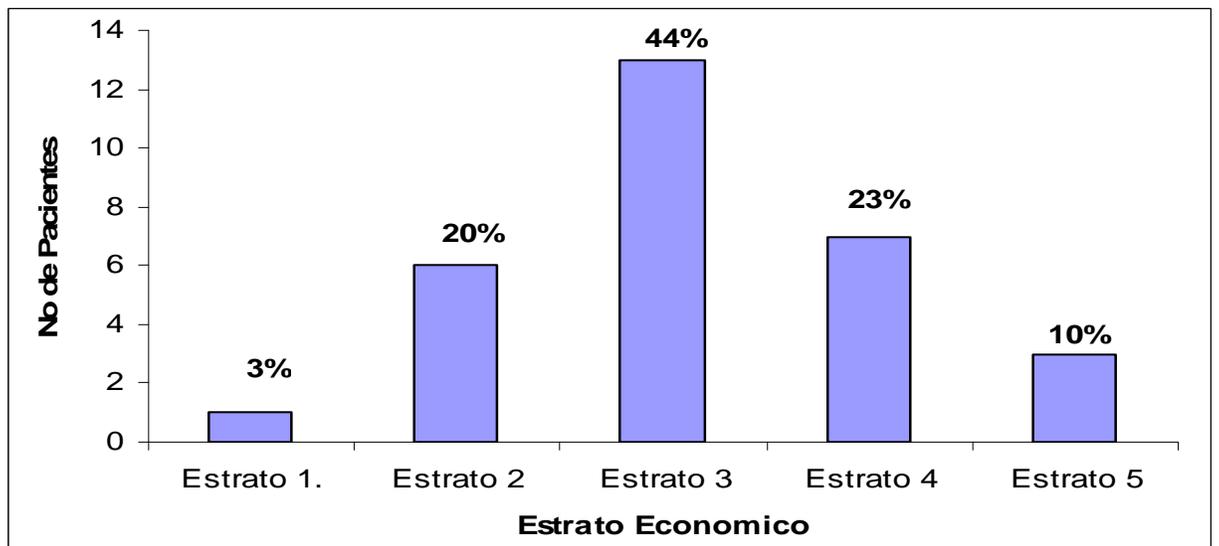
Fuente: Instrumento Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel. Bogotá, agosto 2008.

GRÁFICO 4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA ESCOLARIDAD.



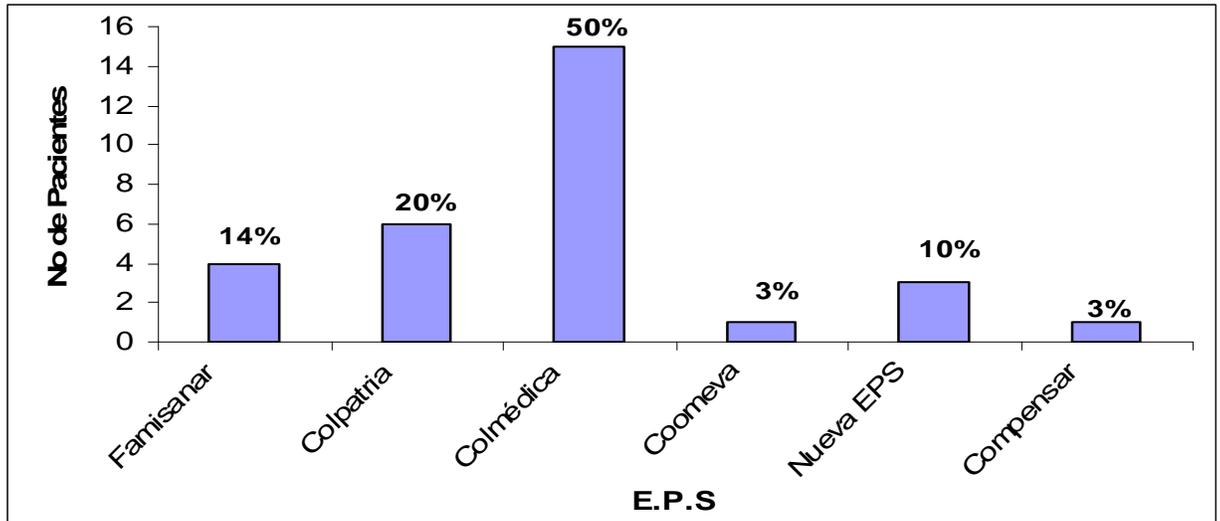
Fuente: Instrumento Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel. Bogotá, agosto 2008.

GRÁFICO 5. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL ESTRATO ECONÓMICO.



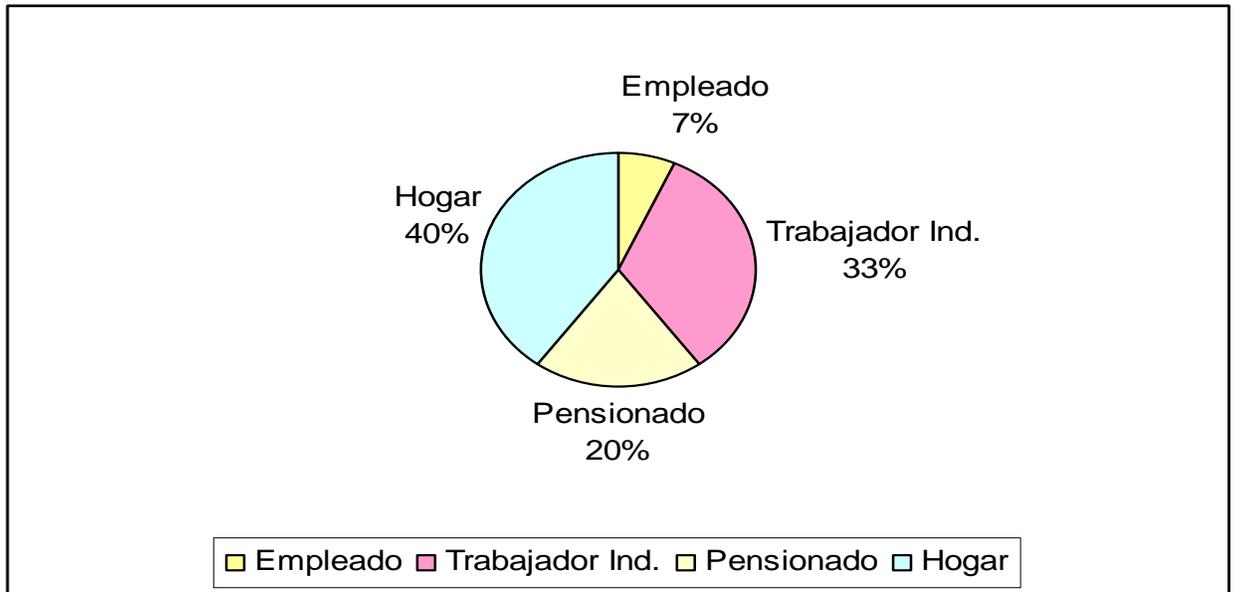
Fuente: Instrumento Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel. Bogotá, agosto 2008.

GRÁFICO 6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA EPS



Fuente: Instrumento 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. Bogotá, agosto 2008.

GRÁFICO 7. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA OCUPACIÓN



Fuente: Instrumento 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. Bogotá, agosto 2008.

En la tabla 2 se presentan las características sociodemográficas según la escolaridad, estrato económico, entidad promotora de salud (EPS) y la ocupación.

En cuanto a la escolaridad, se observa que el 33% (10) de las personas realizó estudios universitarios completos, y un 3% (1) de las personas realizó estudios técnicos completos. Ver gráfico 4. La escolaridad en nuestra población muestra, un 33.3% realizó estudios universitarios completos, un 30% la primaria completa y un 16.7% el bachillerato completo. La literatura describe que el nivel educativo es un factor importante en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Se afirma que las personas con un nivel educativo bajo se les dificulta la comunicación con el personal de salud y tienen un mayor riesgo de abandonar los tratamientos a diferencia de las personas con un grado de escolaridad alto¹²³. En relación con este estudio, nuestra población tiene un nivel educativo alto. La investigación señala que se encuentra entre medianamente y altamente adherido.

Con relación al estrato económico, se observa que el mayor número de personas, 44% (13), pertenece al estrato 3 y el menor número de personas 3% (1) pertenece al estrato 1. Ver gráfico 5. En lo que respecta al estrato económico, la población objeto de estudio, un 70% pertenece al estrato 2, un 3.3% al estrato 3 y un 6.7% al estrato 5. El estrato económico es un factor importante en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Puede que las personas que pertenecen al estrato bajo no tengan adherencia en el tratamiento por las condiciones económicas y esto puede también estar asociado a la zona o territorio donde viva. La literatura describe que el 79% de los pacientes que abandonan el tratamiento proceden de estratos bajos¹²⁴.

¹²³ POZSIK CJ. Óp., Cit 1289-1301

¹²⁴ CÁCERES MANRIQUE. Op. Cit, p 174.

Con respecto a la EPS de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, el mayor número de personas, 50% (15), pertenece a la EPS Colmédica y el menor número de personas, 3% (1), pertenece a la EPS Coomeva. Ver gráfico 6.

En cuanto a la ocupación, el mayor número de personas pertenece al hogar, 40% (12), y el menor número de personas, 7% (2), es empleado/da. Ver gráfico 7.

A continuación se presentan las tablas 3, 4, 5, y 6. Describe el nivel de adherencia según los factores relacionados con el paciente, el nivel de adherencia relacionado con el medio ambiente, el nivel de adherencia según los factores relacionados con el medicamento, y el nivel de adherencia según los factores relacionados con el médico-enfermera-paciente. Es así como encontramos los siguientes resultados.

TABLA 3. NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

ITEM	FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE	Nunca		Casi nunca		Casi siempre		Siempre		TOTAL	TOTAL
			%		%		%		%		
1	¿Ha considerado que se encuentra enfermo y que necesita seguir el tratamiento para el manejo de su enfermedad?	3	10%	1	3%	0	0%	26	87%	30	100%
2	¿Se ha sentido motivado/da a cumplir con el tratamiento?	0	0%	0	0%	0	0%	30	100%	30	100%
3	¿Usted tenía conocimiento de las causas que le generó la presencia del IAM?	21	70%	0	0%	1	3%	8	27%	30	100%
4	¿Considera importante hacer ejercicio para su enfermedad?	0	0%	1	3.3%	2	6.6%	27	90%	30	100%
5	¿Se ha sentido deprimido después de haber presentado la enfermedad?	15	50%	3	10%	4	13%	8	27%	30	100%
6	¿Cree usted que la enfermedad lo ha limitado en sus actividades diarias?	7	23%	6	20%	2	7%	15	50%	30	100%
7	¿Ha realizado cambios en su estilo de vida para mejorar su estado de salud después de que le diagnosticaron la enfermedad?	1	3%	0	0%	3	10%	26	87%	30	100%
8	¿Después de padecer la enfermedad se ha sentido ansiosa y/o intranquilo?	16	54%	4	13%	2	7%	8	26%	30	100%
9	¿Después de haber presentado la enfermedad usted ha podido reiniciar su vida sexual sin complicaciones?	16	54%	3	10%	1	3%	10	33%	30	100%
10	¿Conoce la dieta que debe seguir para su enfermedad?	1	3%	3	10%	1	3%	25	84%	30	100%

Fuente: Instrumento 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. Bogotá, agosto 2008.

La tabla 3 muestra los resultados de los factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio según los aspectos del paciente. El resultado muestra que los factores más relevantes son los siguientes: En respuesta al ítem 2, el 100% (30) de las personas respondió que siempre se sentía motivado a cumplir con el tratamiento. En cuanto al ítem 3, se observa que el 70% (21) de las personas respondió que no tenía conocimiento de las causas que le generaron el infarto agudo de miocardio.

Por otro lado, el conocimiento, la motivación, pertenecer a grupos de apoyo o tener amigos, los cambios en los estilos de vida como la realización de ejercicio, cambios en la dieta y demás recomendaciones en relación con el infarto agudo de miocardio son importantes. De acuerdo con los resultados, la investigación muestra que estos son factores influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

La literatura menciona que la falta de conocimiento de la enfermedad lleva a los pacientes a tomar diferentes alternativas como, por ejemplo, abandonar el tratamiento.¹²⁵ Un estudio realizado en Pakistán encontró que mejorando el nivel de conocimiento en los pacientes acerca de su enfermedad lograba disminuir el abandono de un 43% a 50%.¹²⁶ En nuestro estudio se observa que un número significativo de personas, 70%, no tenían conocimiento de las causas que le generaron el infarto agudo de miocardio.

La motivación es un factor importante para la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. En nuestro estudio el 50% de la población afirmó nunca haberse sentido deprimido después de padecer la enfermedad, porque se encontraban en compañía de sus familiares, lo que los motivaba a continuar con su tratamiento. Es importante tener en cuenta que los estados alterados del ánimo del paciente,

¹²⁵ ÁLVAREZ y compañía., Op., cit. p 273.

¹²⁶ DE MUYNCK, y compañía. Op. .cit. p. 1073-1074.

ocasionan en él un mal procesamiento de la información. Algunos pacientes pueden presentar, aparte de su patología de base, alteraciones como estrés, depresión, ansiedad, entre otras. Esto ocasiona en el paciente falta de atención y de seguimiento de su tratamiento.¹²⁷

Los cambios en los estilos de vida son importantes en las patologías cardiovasculares, debido a que estas variaciones disminuyen los factores de riesgo a los que se ven expuestos los pacientes que padecen de entidades patológicas, como el infarto agudo de miocardio. El 87% de nuestra población de estudio, realizó cambios en sus estilos de vida, como por ejemplo realización de ejercicio y cambios en su dieta. Este aspecto es importante porque motiva al paciente a sentirse más comprometido con su tratamiento. La actividad física y la práctica del ejercicio regular pueden producir mejoras en la calidad de vida tanto en la parte psicológica como física del paciente que padece enfermedades cardiovasculares.

Esta patología es la causa principal de morbilidad y mortalidad en hombres y mujeres, porque amenaza de forma directa la capacidad funcional de las personas, poniendo en peligro el grado de independencia.¹²⁸ Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, es importante continuar recomendado a los pacientes la realización de la actividad física, por lo menos 30 minutos diarios.

¹²⁷ CRESPO FIERRO. Op., Cit. p. 43-44.

¹²⁸ DORTA y compañía . Op.,cit. p. 23.

TABLA 4. NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE

ITEM	FACTORES RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE	Nunca	%	Casi nunca	%	Casi siempre	%	Siempre	%	TOTAL	TOTAL
1	¿Su familia le ha ayudado a seguir con la dieta recomendada por el médico y/o enfermera?	3	10%	0	0%	1	3%	26	87%	30	100%
2	¿Ha participado en grupos o programas de apoyo para su enfermedad?	27	90%	0	0%	0	0%	3	10%	30	100%
3	¿Cuenta usted con un grupo o apoyo de amigos?	15	50%	2	7%	0	0%	13	43%	30	100%
4	¿Se le facilita asistir a las citas médicas?	1	3%	2	7%	3	10%	24	80%	30	100%
5	¿Ha considerado que la distancia de su casa al sitio donde tiene la consulta es muy lejos?	14	47%	3	10%	1	3%	12	40%	30	100%

Fuente: Instrumento 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. Bogotá, agosto 2008.

La tabla 4 muestra los resultados de los factores relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con post infarto agudo de miocardio según las características del ambiente. Entre los datos más relevantes se observa que en respuesta al ítem 1, el mayor número de personas, un 87% (26), respondió que sus familias le ayudaban a seguir con la dieta recomendada por el médico y/o la enfermera. En el ítem 2 el 90% (27), respondió que nunca ha participado en programas o grupos de apoyo relacionados con la enfermedad.

En cuanto a los factores relacionados con el medio, se observó que el 90% de la población de estudio no pertenecía a grupos o programas de apoyo, en este punto la literatura menciona que el ambiente social es importante en la adherencia a los

tratamientos. Vale decir que contar con redes de apoyo es un agente protector para adherirse a los tratamientos, sumado a la conformación de clubes para mejorar la adherencia. Esto hace que los pacientes se sientan participes en su tratamiento y acompañados para continuar con estos.¹²⁹

La mayoría de pacientes 86% de ellos refieren que su familia les ayuda a seguir con la dieta recomendada cabe anotar que el entorno o el ambiente familiar es importante para seguir o continuar con el tratamiento indicado, la literatura refiere que los pacientes que se encuentran aislados de sus familias tienen el riesgo de abandonar más fácilmente los tratamientos. Un estudio reportó que el 11% de quienes abandonaron el tratamiento tenían problemas en sus relaciones familiares lo que obstaculizaba el cumplimiento del tratamiento.¹³⁰ En nuestro estudio se describe lo contrario, ya que la mayoría de ellos cuentan un grupo familiar que los apoya y los acompaña en el cumplimiento de su tratamiento.

Al igual es importante resaltar que un 80% de la población de estudio refiere que se le facilita asistir a las citas médicas, este aspecto es importante por que influye en gran medida a la adherencia a los tratamientos, al igual es importante resaltar que un 47% de las personas refirieron que la distancia de la casa al sitio de consulta no es lejos. Este factor es importante por que el ubicarse a una distancia considerable del centro asistencial ocasiona en el paciente desánimo para continuar con el tratamiento y esto genera desmotivación para tal efecto.

¹²⁹ BASTERRA M. Op., cit. p.103

¹³⁰ GRANGE, y compañía., Óp. Cit., p. 160.

TABLA 5. NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS

ITEM	FACTORES RELACIONADOS CON EL MEDICAMENTO	Nunca		Casi nunca		Casi siempre		Siempre		TOTAL	TOTAL
			%		%		%		%		
1	¿Considera que la cantidad de medicamentos que tiene que tomar es mucha?	8	27%	3	10%	1	3%	18	60%	30	100%
2	¿Cuándo tiene que tomar los medicamentos se los toma todos al mismo tiempo?	25	83%	1	3%	2	7%	2	7%	30	100%
3	¿Conoce los efectos indeseados de los medicamentos que toma para su tratamiento?	18	60%	1	3%	1	3%	10	34%	30	100%
4	¿Olvida tomar los medicamentos?	24	80%	6	20%	0	0%	0	0%	30	100%
5	¿Cuándo se siente bien, suspende los medicamentos?	29	97%	1	3%	0	0%	0	0%	30	100%

Fuente: Instrumento 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. Bogotá, agosto 2008.

En la tabla 5 se observan los resultados de los factores relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con post infarto agudo de miocardio según las características del medicamento. En el ítem 1 Se destaca que el mayor número de personas 60% (18), respondió que es mucha la cantidad de medicamentos que tiene que tomar. En respuesta al ítem 3 el 60% (18) respondió que no tenía conocimiento de los efectos indeseados de los medicamentos. Un aspecto importante en cuanto a este factor el 80% (24) respondió que no olvida tomar los medicamentos.

En cuanto a los factores relacionados con los medicamentos, la mayoría de las personas de nuestro estudio el 83% manifiesta que nunca toma los medicamentos al mismo tiempo, lo cual es significativo tener en cuenta que, en general, se considera la existencia de una alta adherencia a los tratamientos cuando estos son a corto plazo o

por un tiempo determinado. Sin embargo, la adherencia disminuye en casos como en procesos crónicos, polifarmacia o poli terapia, la razón es que los pacientes toman otros medicamentos al mismo tiempo.¹³¹

Otro factor importante es el conocimiento que tenga el paciente sobre los efectos adversos de los medicamentos que consume. El 60% de personas de nuestro estudio dijo que no conocían los efectos adversos de los medicamentos que les son ordenados para su tratamiento. Los efectos adversos ocasionados por los diferentes medicamentos pueden ser una causa aislada del incumplimiento, admitiendo la responsabilidad a una parte del total del tratamiento establecido. Este aspecto es importante porque se presenta cuando el paciente no ha tenido información previa al inicio del tratamiento.¹³²

El 80% de personas de nuestro estudio afirmaron que nunca olvidan tomar los medicamentos. La literatura dice que en los EEUU 300.000 muertes se presentaron por no tomar los medicamentos, de los cuales 125.000 se presentaron en pacientes con enfermedades cardiacas que se encontraban en el periodo de recuperación.¹³³, es importante tener en cuenta que nuestra población de estudio, se encuentra adherida, debido a que cumple con su tratamiento farmacológico .Es importante resaltar que el 97% de las personas nunca suspende los medicamentos cuando se siente bien, lo que confirma que esta población se encuentra en un nivel entre medianamente y altamente adherido.

¹³¹ CORREA, y compañía. Op. Cit., p.270

¹³² BASTERRA M. OP., cit., p. 105.

¹³³ GINARTE ARIAS Y. Op., cit., p. 502

TABLA 6. NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN LOS FACTORES RELACIÓN MÉDICO-ENFERMERA-PACIENTE

ITEM	FACTORES RELACION MEDICO-ENFERMERA-PACIENTE	Nunca		Casi nunca		Casi siempre		Siempre		TOTAL	TOTAL
			%		%		%		%		
1	¿Considera que el médico le da las recomendaciones sobre el tratamiento que debe seguir?	0	0%	2	6%	2	7%	26	87%	30	100%
2	¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por el médico en cuanto a su tratamiento?	0	0%	1	3%	0	0%	29	97%	30	100%
3	¿Ha considerado que el tiempo empleado en la explicación de las recomendaciones fue el suficiente?	6	20%	0	0%	0	0%	24	80%	30	100%
4	¿Considera que el médico es receptivo a sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y tratamiento?	0	0%	1	3%	2	7%	27	90%	30	100%
5	¿Considera que la enfermera le da las recomendaciones sobre el tratamiento que debe seguir?	1	3%	0	0%	1	3%	28	94%	30	100%
6	¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por la enfermera en cuanto a su tratamiento?	1	3%	0	0%	0	0%	29	97%	30	100%
7	¿Considera que la enfermera es receptiva a sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y tratamiento?	1	3%	0	0%	0	0%	29	97%	30	100%

Fuente: Instrumento 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. Bogotá, agosto 2008.

La tabla 6 presenta los resultados de los factores relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con post infarto agudo de miocardio según la relación médico-enfermera-paciente.

Es importante resaltar que el mayor número de personas respondió que siempre había tenido una buena comunicación con el personal de salud, El 97% (29) respondió que eran claras las recomendaciones brindadas por los profesionales de la salud, y que el tiempo empleado para las explicaciones era el suficiente.

En cuanto a los factores que establecen la relación médico-enfermer@-paciente se observa que la mayoría de personas, entre 87% y un 97%, tiene una buena relación y comunicación con el personal de salud, además comentan que las indicaciones y recomendaciones dadas por este personal son claras y oportunas, por lo que el médico y el profesional de enfermería son receptivos a sus preguntas e inquietudes. Un estudio menciona que el 84.3% de los pacientes se encuentra en riesgo de no adherirse, porque se considera que la interacción del profesional de la salud con el paciente cobra una notable importancia por la existencia de comunicación eficaz y la satisfacción del paciente en cuanto a esta relación¹³⁴. Para efectos de nuestro estudio, y comparado con la literatura, se observa que nuestra población, en este aspecto, se encuentra en un nivel de altamente adherido. Para que exista un buen cumplimiento, es fundamental que el paciente acepte el tratamiento y se incline por la necesidad de cumplir con él, por consiguiente es muy importante destacar que el profesional de la salud debe ser preciso en impartir las indicaciones y/o instrucciones de forma clara y puntual para que el paciente las encuentre fáciles y entendibles.¹³⁵

TABLA 7. NIVEL DE ADHERENCIA PARA LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

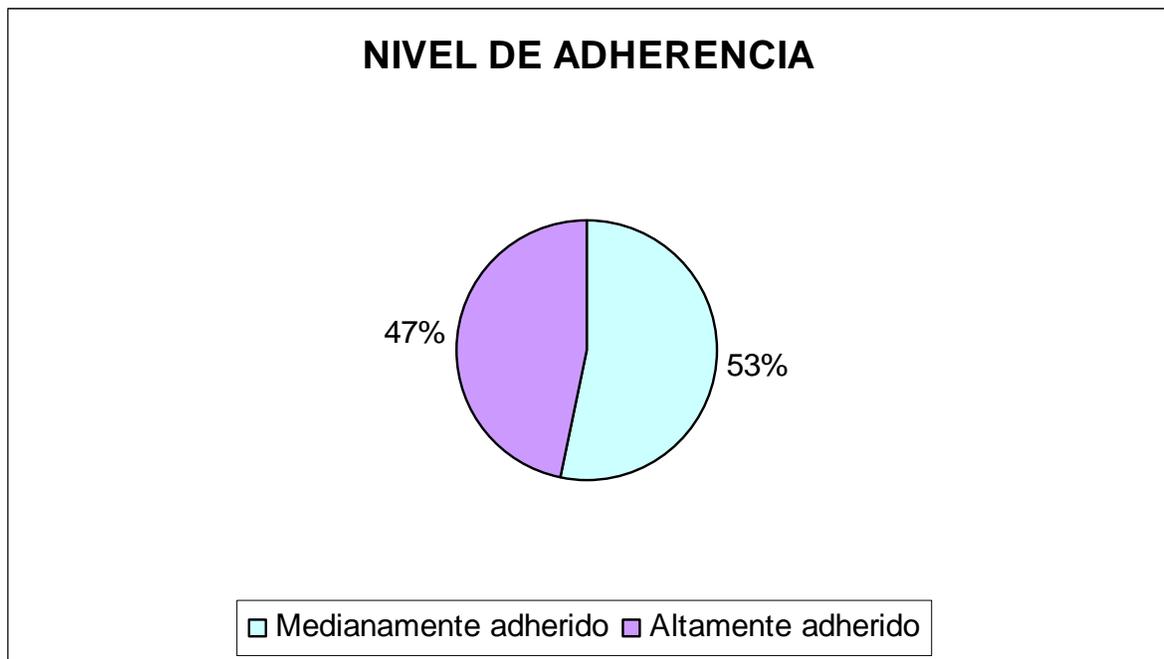
Clasificación de adherencia	N° de pacientes	%
Poca adherencia	0	0
Medianamente adherido	16	53%
Altamente adherido	14	47%
TOTAL	30	100%

Fuente: Instrumento 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. Bogotá, agosto 2008.

¹³⁴ HERRERA LÍAN. Op. Cit., p.40

¹³⁵ BORGA y compañía., Op., Cit., p 620.

GRÁFICO 8. NIVEL DE ADHERENCIA FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.



Fuente: Instrumento 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. Bogotá, agosto 2008.

La tabla 7 describe los resultados globales obtenidos, que evidencian cómo los pacientes que asisten a la consulta de rehabilitación cardiaca del Hospital Universitario San Ignacio se encuentran en un rango de adherencia medianamente adherido 53% (16) y en un alto nivel de adherencia 47% (14). El nivel de adherencia mínimo es de 6, el nivel de adherencia máximo es de 90 y la media es de 79. Ver gráfico 8.

7. CONCLUSIONES

Se identificó que las personas del estudio se encuentran en un nivel medianamente y altamente adherido de acuerdo con cada uno de los factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico del post infarto agudo de miocardio.

En cuanto a los factores propios del individuo se llegó a la conclusión que la mayoría de los pacientes saben que se encuentran enfermos y que necesitan continuar con el tratamiento, sumado a esto consideran que es importante realizar cambios en los estilos de vida en cuanto a la realización del ejercicio diario y al cambio en la dieta que les fue recomendada por el médico y/o la enfermera, lo cual permite comparar con la literatura que habla de este tema, como benéfico en los pacientes con post IAM.

En relación a los factores relacionados con el medio ambiente es importante resaltar que la población estudio cuenta con el apoyo de sus familiares, lo que permite que exista una mayor adherencia y por ende un tratamiento más eficaz; sin embargo es importante resaltar que los pacientes asisten a la consulta de cardiología dejando de lado las posibles complicaciones que se le puedan presentar por tiempo y/o lugar donde viven; llama la atención que en aspectos sobre programas o grupos de apoyo, para este tipo de pacientes, la IPS a la que pertenecen no cuenta con estos programas, por lo que el asistir a la consulta de rehabilitación cardiaca de esta institución de salud se convierte en una ayuda bastante significativa para ellos.

Según los factores relacionados con la toma de medicamentos se encontró que la mayoría de la población de estudio toma la medicación en dosis y horas adecuadas y no las suspende cuando se sienten aliviados lo que se convierte en un factor determinante para el éxito del tratamiento.

Los factores concernientes a la relación médic@-paciente, enfermer@-paciente en este estudio se observan que son óptimos ya que el estudio reveló que los pacientes comprenden y siguen las indicaciones del médic@ y del profesional de enfermería, lo que permite evidenciar que la comunicación terapéutica es satisfactoria y eficaz para los paciente y sus familiares.

8. RECOMENDACIONES

Según los resultados obtenidos es importante señalar que se debe realizar un seguimiento a este grupo de pacientes para que el nivel de adherencia se mantenga, en aspectos como: la relación de los pacientes con sus familias y a su vez con la Institución (IPS) y con el profesional de la salud.

Teniendo en cuenta que la Institución de cuarto nivel no tiene un programa o grupo de apoyo relacionado con el IAM, es necesario recomendar a la IPS que cree algún grupo de apoyo enfocado a esta patología, y a su vez permita la participación de los pacientes en pro del bienestar y la calidad del servicio.

Se recomienda que este tipo de investigaciones relacionadas con la adherencia y no adherencia, se amplíen a otros grupos y se sistematicen de manera que se puedan generar políticas en el manejo de una patología que tiene las características de un problema de salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACHURY SALDAÑA D. Auto cuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. Aquichan ISSN 1657-5997. Año 7, Vol. 7. No 2. CHIA, COLOMBIA. oct. 2007. Págs. 139-160.
2. Alcaldía de Suba. Deberes y Derechos en Salud. 2000. La imprenta Nacional.
3. ÁLVAREZ G, DORANTES JE. Tratamiento acortado estrictamente supervisado para tuberculosis pulmonar. Revista de Salud Pública. México 1998. Vol. 40. Págs. 272-275.
4. ÁLVAREZ MONTERO S, GALLEGO CASADO P, GARCÍA DE L, GÓMEZ DE LA FUENTE F. Estrategias eficaces para mejorar la adherencia a la prescripción de fármacos. Medifam V. 11, No. 8. Madrid. Ago-Sep 2001
5. ARANGO LOPERA V. Polifarmacia en el anciano. [en línea]. [consultado 4 agosto de 2008]. Disponible en <<http://www.med.javeriana.edu.co/publi/universitas/serial/v43n1/oo25%20polifarmacia.pdf>>.
6. ARRIVILLAGA M, CÁCERES D, CORREA D, HOLGUÍN L, VARELA M. Adherencia al Tratamiento de Hipertensión Arterial: Efectividad de un Programa de Intervención Biopsicosocial. Univ. Psicol.. V. 5. No. 3. Bogotá. oct.-dic. 2006
7. AZNAR LAÍN S, BARRIOPEDRO MORO I, DE LA CALLE PÉREZ L. Niveles de Adherencia en Post infartados. Universidad Europea de Madrid. Castilla de la Mancha. En Kronos: la revista científica de actividad física y deporte. -- Madrid, Universidad Europea de Madrid, 2002-.ISSN: 579-5225. -- Núm. 5, (ene.-jun.2004), págs.19-25
8. BARR R, CNIRSCH C, FRIEDEN T, LEMER B, PABLOS A. No adherence in tuberculosis treatment: Predictors and consequences in New Cork City. Am J MED 1997; Vol. 102. Págs. 164.170.
9. BASTERRA M. El incumplimiento terapéutico. Pharmaceuticall Care.1999; Vol. 1. Págs. 97-106.
10. BERKOW R, FLETCHER A. Infarto Agudo de Miocardio. Capitulo 3. El Manual Merck. Novena Edición. Editorial Océano/Centrum. 1999. Págs. 559-574.

11. BOIX MARTÍNEZ R, CERRATO CRESPÁN E, MEDRANO ALBERO, RAMÍREZ SANTA-PAU M. Incidencia y prevalencia de la cardiopatía isquémica y enfermedad cerebro vascular en España: Revisión sistemática de la literatura. Revista Española de Salud Pública 2006; 80. Págs. 5-15. No.1. Enero-Febrero 2006.
12. BONILLA IBÁÑEZ 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. En: Avances en Enfermería. [en línea]. [consultado 3 agosto de 2008]. Disponible en <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revistas/articulos/xxxv1_4.pdf. Págs. 46-55.2007.
13. BORGA A, D'AMBROSIO R, ESPAGNOLI A, MAGGIOROTTI P, OSTINO G, TODISCO E. Drug compliance and unreported drugs in the elderly. J Am Geriatric Soc 1999. Vol. 37. Págs. 619-624.
14. CÁCERES MANRIQUE FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. [en línea]. [consultado 13 agosto 2008]. MED UNAB 2004; 7: Págs. 172-180. Disponible en: <http://Caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA721/RT_C2.PDF
15. CALVO M, SPENCE V. Desarrollo de un programa de rehabilitación integral y seguimiento al paciente post infarto y su grupo familiar. Tesis 0062, anexo XXIV, BINASS.
16. CAMARGO D, CERRA M, DE USTA C, HERNÁNDEZ R, OROZCO L. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Médicas UIS 1998. Vol. 12. Págs. 169-172.
17. CASTRO Y, FERNÁNDEZ L, GONZÁLEZ M, MARTÍNEZ S. Alteraciones emocionales en personas mayores con enfermedad cardiaca. Universidad de Vigo. España 2006. Págs. 90-95.
18. CONTHE P, TEJERINA F. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca. [en línea]. Vol. 7 No Supl. F (2007). Págs. 57-66. Disponible en <http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pidet=13110832
19. CONTRAN, KUMAR, Y ROBBINS. Patología Humana. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. México DF. México. Págs. 1203-1230.

20. CORREA J, GALEANO E, SILVA G. Adherencia al tratamiento implicaciones de la no-adherencia. Acta Médica Colombiana 2005; 30: 268-273.
21. CRESPO FIERRO F. Adherent to potent antiretroviral therapy. Assoc Nurses AIDS Care 1997 (5). Págs. 43-54.
22. DAVIDSON P. Issues in patient compliance. Handbook of clinical health psychology 2000. Págs 417-434
23. DE MUYNCK A, LIEFOOGHE R, MEULEMANS H, MORAN M, SUETENS C. A randomized trial of the impact of counselling on treatment adherence of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. Int J Tuberc Lung Dis 1999. Vol. 3. Págs. 1073-1080.
24. DE OLIVEIRA H, MOREIRA D. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios previos, Campinas, SP. Brasil 1993-1994. Rev. Saúde Pública 2000. Vol. 34. Págs. 437-443.
25. DORTA MOREJÓN E, HERRERA GOMEZ V, RODRIGUEZ DOMINGUEZ I. Algunos factores de riesgo que favorecen la aparición del infarto agudo de miocardio. Revista Cubana Medicina General Integrada. Vol. 14, No 3. Ciudad de la Habana. may-jun. 1998.
26. DURAN VARELA B, FRANCO GALLEGOS E, RIVERA CHAVIRA B. Apego al tratamiento Farmacológico en Pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Salud Pública de México. Vol. 43. No.3. may-jun. 2001.
27. ESPINOZA A, FERRER X, JADUE J, KIRSCHBAMQ A, MUÑOZ M, TORO J. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago, Chile. En: PAHO. [En línea]. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Vol.111. No. 5. Págs 423-431 (1991)[consultado 27 de agosto 2008]. Disponible en:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=9375&indexSearch=ID>
28. FORCINITI S, RODRÍGUEZ P, TROYANO S. Abandono de tratamiento de pacientes con tuberculosis. Revista Argentina de Tórax 1999; Vol. 60. Págs. 58-63
29. GARCÍA GARCÍA E, GARCÍA V, VILLAR SORDO V. La depresión tras el infarto agudo de miocardio. Anales de Medicina Interna. Madrid. Vol. 24. No. 7. Págs. 346-351. 2007.

30. GARG A, HAYNES R, MCDONALD H. Helping patients follow prescribed treatment: Clinical applications. JAMA 2002. Págs. 2880-2883.
31. GÓMEZ PÉREZ M, ROBLES H. Programa de rehabilitación psicológica del paciente coronario: primera experiencia en un hospital de Granada. [datos en línea]. [consultado 11 agosto 2008]. Disponible en: <<http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/clinica/ct123.htm>>
32. GONZÁLEZ J, ORERO A, PRIETO J. Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento antibiótico. JANO 1997; Vol. 53. Págs. 697-706.
33. GRAJALES A, LANDEROS O, LINARES F, TENAHUA Q. Capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular. Enfermería de Cardiología. 2007; año XIV (41): Págs. 19-24.
34. GRANGE J, STORE A, ZUMLA A. Tuberculosis in disadvantaged groups. Curr Opin Pulm Med 2001. Vol. 7. Págs. 160-164
35. GINARTE ARIAS Y. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr. [en línea]. 2001, Vol. 17, No .5 [consultado 15 agosto 2008]. Págs, 502-505. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.
36. GUYATT G; HAYNES R; SACKETT; D TUGWELL, P. Epidemiología Clínica. Ciencia básica para la medicina. Ayudar a los pacientes a cumplir los tratamientos. Editorial Panamericana. 1994. Págs. 249-278.
37. GUYTON A. Tratado de Fisiología Medica Guyton. Décima Edición. McGraw-Hill. Interamericana. Págs. 276-282
38. HERRERA J, HINCAPIÉ M, MOYANO P, REYES C. Factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo de miocardio Cali 2001-2002. COLOM. MED 2004; 35: Págs. 199-204.
39. HERRERA LÍAN A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Avances en enfermería. [en línea]. Vol. XXVI. No. 1. Págs. 36-42 Enero-Junio 2008 [consultado 27 de agosto 2008]. Disponible en: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf>
40. HOMEDES, N Y UGALDE, A. Fármacos. Boletín electrónico latinoamericano para fomentar el uso adecuado de medicamentos. [en línea]. Vol. 1, No. 2

(1998). [consultado 4 de septiembre de 2008]. Disponible en <<http://www.boletinfarmacos.org/Download/sep98.pdf#page=5>>

41. HOMEDES, N Y UGALDE A. ¿Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo?. Bol Of Sanit Panam 1994. Vol. 116. Págs. 491-517.
42. LARREA PALOP V, MARTÍNEZ M. Adherencia al Tratamiento en el Paciente Anciano. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. ISSN 1130-8427, VOL.28, No 5. 2004. Págs. 113-120.
43. LECHUGA PALLÁ M, MARTIN CARBONELL M, RIQUELME MARÍN A. Factores Psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. Psicología y Salud 2007. Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29117107>> IS SN1405-1109
44. LEÓN SANABRIA G, QUIROZ MORALES D, TRUENES SÁENZ J, VILLALOBOS PÉREZ A. Características Psicosomáticas de la escala de adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II-Versión III (EATDM-III) en una muestra de pacientes diabéticos de Costa Rica. Acta Colombiana de Psicología 9 (2), 2006 Págs. 31-38.
45. MAROTO J. Rehabilitación Cardíaca. Ed. Olalla Cardiología. España. 2000. Págs. 525-590.
46. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2006.
47. MOLINERO L. Modelos de Riesgo Cardiovascular. Estudio Framingham. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la lucha contra la Hipertensión arterial. Junio 2006; Págs. 63-78.
48. MONTES F, RÍOS CADENA J, SALAZAR GONZÁLEZ C, URIBE ROCHA M, ZULUAGA RAMÍREZ W. Factores de Riesgo Para el Abandono del Tratamiento Contra Tuberculosis en la Ciudad de Medellín. Enero 2001- Junio 2001 En: Revista CES MEDICINA. [en línea] Vol. 18, No, 1. [consultado 25 de julio de 2007]. Disponible en: <http://www.ces.edu.co/Descargas%5CPubl_Med_Arti%5CAbandono_tratamiento_tuberculosis.pdf>
49. MORA PABÓN G. Diet and coronary health disease. Revista Facultad de Medicina. UNAL. [en línea].[consultado 4 agosto 2008]. 2005, Vol.53, no.2,

p.98-106. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112005000200006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0120-0011.

50. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos un futuro. En epidemias mundiales desatendidas: tres amenazas crecientes. Págs. 91-97.
51. OMS. Adherencia Terapéutica. [en línea]. [Consultado 13 de julio 2008]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- 52.
53. OSPINA M, QUIROGA M. Abandono de tratamiento anti TBC, Cali Colombia 1999-2000. Tesis de Grado. Universidad del Valle. Cali Colombia 2002
54. SABATÉ E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud, 2004; Traducción de la Organización Panamericana de la Salud.
55. VIDAL M. Información de medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento del tratamiento. [en línea]. [consultado 4 agosto 2008]. Disponible en: <<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/erroresmedicacion/023.pdf>>.

ANEXO 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación sin riesgo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

1. INFORMACION GENERAL DEL ESTUDIO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Factores relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con post infarto agudo de miocardio.

PERSONAS A CARGO DEL ESTUDIO Y CONTACTOS

Este estudio es dirigido y conducido en La Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana por la estudiante Mónica García Leguizamón y la docente de la Facultad de Enfermería Gloria Judith Sepulveda Carrillo. En caso de cualquier duda Usted puede ponerse en contacto personal con la estudiante y / o la docente mencionadas o contacto telefónico al 6698581, 311 8248271, 3208320 Ext. 2669. Así como también en el Departamento de Enfermería Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana al teléfono 3208320 Ext. 2657

DÓNDE SE VA A DESARROLLAR EL ESTUDIO

El estudio se realizará en el área de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá.

INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio de investigación es dar a conocer cuales son los factores que se relacionan con la adherencia farmacológica y no farmacológica, con el fin de que el paciente y el profesional de enfermería tome conciencia de la importancia de la adherencia al tratamiento y el desarrollo e implementación de estrategias para identificar, mejorar o fortalecer la adherencia al tratamiento. El uso de un instrumento de identificación de necesidades, probado y válido, enfocado a aquellos aspectos que el paciente identifica como necesidades prioritarias, es útil para ayudar a los profesionales de salud a planear y ejecutar acciones más pertinentes, utilizar mejor los recursos disponibles y asegurar una mejor calidad del cuidado que se brinda al paciente con post infarto agudo de miocardio y su familia.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo general de esta investigación es determinar los factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel.

PLAN DEL ESTUDIO

A las personas que decidan voluntariamente participar en el estudio se les aplicara el instrumento mencionado, que será diligenciado por los investigadores en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. Podrán Participar en el estudio pacientes hombres y mujeres adultos, con diagnóstico de post infarto agudo de miocardio, que estén recibiendo tratamiento ambulatorio en el área de rehabilitación cardiaca, que acepten participar voluntariamente en el estudio previa información verbal de las características del mismo y que estén en capacidad física y mental de contestar el cuestionario.

BENEFICIOS DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Al participar en el estudio, usted tendrá la oportunidad de que sean identificadas sus necesidades y se informe a los profesionales de la salud en donde usted esta recibiendo atención, para que le ayuden a resolver las inquietudes que usted tenga al respecto.

RIESGOS DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es clasificado como sin riesgo, no se conoce de ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LOS ARCHIVOS Y ANONIMATO

Con el objeto de mantener la confidencialidad de la información obtenida de usted, su nombre no será utilizado durante el análisis ni al reportar los resultados del estudio, y solo el personal del estudio tendrá acceso a la información.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderá los beneficios que ya haya obtenido.

2. CONSENTIMIENTO

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de este Informe de Consentimiento Informado.

Declaración del Investigador

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Firma del Participante

Nombre

Fecha

Firma del Investigador

Nombre

Fecha

PRIMERA DIMENSIÓN				
Factores Relacionados Con El Paciente				
ITEM	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
	1	2	3	4
1. ¿Ha considerado que se encuentra enfermo y que necesita seguir el tratamiento para el manejo de su enfermedad?				
2. ¿Se ha sentido motivado / da a cumplir con el tratamiento?				
3. ¿Usted tenía conocimiento de las causas que le generó la presencia del Infarto Agudo de Miocardio?				
4. ¿Considera importante hacer ejercicio para su enfermedad?				
5. ¿Se ha sentido deprimido después de haber presentado la enfermedad?				
6. ¿Cree usted que la enfermedad lo ha limitado en sus actividades diarias?				
7. ¿Ha realizado cambios en su estilo de vida para mejorar su estado de salud después de que le diagnosticaran la enfermedad?				
8. ¿Después de padecer la enfermedad se ha sentido ansioso y/o intranquilo?				
9. ¿Después de haber presentado la enfermedad, usted ha podido reiniciar su vida sexual sin complicaciones?				
10. ¿Conoce la dieta que debe seguir para su enfermedad?				

SEGUNDA DIMENSIÓN				
Factores Relacionados Con el Ambiente				
ITEM	Nunca 1	Casi Nunca 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
11. ¿Su familia le ha ayudado a seguir con la dieta recomendada por el medico y/o enfermera?				
12. ¿Ha participado en grupos o programas de apoyo para su enfermedad?				
13. ¿Cuenta usted con un grupo o apoyo de amigos?				
14. ¿Se le facilita asistir a las citas médicas?				
15. ¿Ha considerado que la distancia de su casa al sitio donde tiene la consulta es muy lejos?				

TERCERA DIMENSIÓN				
Factores Relacionados Con El Medicamento				
ITEM	Nunca 1	Casi Nunca 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
16. ¿Considera que la cantidad de medicamentos que tiene que tomar es mucha?				
17. ¿Cuando tiene que tomar los medicamentos se los toma todos al mismo tiempo?				
18. ¿Conoce los efectos indeseados de los medicamentos que toma para su tratamiento?				
19. ¿Olvida tomar los medicamentos?				
20. ¿Cuando se siente bien, suspende los medicamentos?				

CUARTA DIMENSIÓN				
Factores Relacionados Con Medico-Enfermera-Paciente				
ITEM	Nunca 1	Casi Nunca 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
21. ¿Considera que el medico le da las recomendaciones sobre el tratamiento que debe seguir?				
22. ¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por el medico en cuanto a su tratamiento?				
23. ¿Ha considerado que el tiempo empleado en la explicación de las recomendaciones fue el suficiente?				
24. ¿Considera que el medico es receptivos a sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y tratamiento?				
25. ¿Considera que la enfermera le da las recomendaciones sobre el tratamiento que debe seguir?				
26. ¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por la enfermera en cuanto a su tratamiento?				
27. ¿Considera que la enfermera es receptiva a sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y tratamiento?				

NIVEL DE ADHERENCIA

- Poca adherencia: 27-54
- Medianamente Adherido: 55-81
- Altamente Adherido: 82-108.