

**FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON  
ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES DEL HOSPITAL  
CAÑAVERALEJO DE LA ESE LADERA, DE LA CIUDAD DE CALI**

**ESTUDIANTES:**

**CRUZ NIVER MURILLO POTES  
YAMILETH USURIAGA RACINES  
ALEJANDRA MARIA GONZALEZ CAICEDO  
YASSI LORENA CHALA RENTERIA**

**Trabajo de grado**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES  
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD  
SANTIAGO DE CALI  
2016**

**FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON  
ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES DEL HOSPITAL  
CAÑAVERALEJO DE LA ESE LADERA, DE LA CIUDAD DE CALI**

**ESTUDIANTES:**

**CRUZ NIVER MURILLO POTES  
YAMILET USURIAGA RACINES  
ALEJANDRA MARIA GONZALEZ CAICEDO  
YASSI LORENA CHALA RENTERIA**

**DOCENTE:  
RICHAR NELSON ROMAN**

**Trabajo de grado**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES  
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD  
SANTIAGO DE CALI  
2016**

## TABLA DE CONTENIDO

Pág.

RESUMEN	
1. Introducción.	
2. Planteamiento del problema	
3. Justificación	
4. MARCO DE REFERENCIA	
4.1 Marco teorico	
4.1.1 concepto de adherencia	
4.1.2 Tipos de adherencia	
4.1.3 adherencias al tratamiento farmacológico	
4.1.4 factores relacionaos con la adherencia farmacológica	
4.2 Enfermedades crónicas no transmisibles o (ECNT)	
4.2.1 clasificaciones de las ECNT	
4.3 Factores socioeconómicos	
4.4 Factores relacionados con el equipo de salud o asistencial	
4.5 Factores relacionados con la enfermedad	
4.6 Factores relacionados con el tratamiento	
4.7 Factores relacionados con el paciente	
4.8 Factores de riesgo para las ECNT	
4.9 Factores de riesgo no modificables	
4.9.1 Factores de riesgo modificables	
5 Factores comporta mentales	
5.1Factores metabólicos	
6. Tratamiento	
6.1 Tratamiento farmacológico	
6.1.2 Tratamiento no farmacológico	
7. La adherencia en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles	
8 Marco normativo	
6. Estado del arte	
9. Objetivo	
10. METODOLOGIA	
10.1 Tipo de estudio	
10.2 Área de estudio	
10.2.1 Descripción de la comunidad seleccionada	
10.3 Población de estudio	
10.3.1 Unidad de análisis	
10.3.2 Universo	
10.3.3 Muestra	
10.3.4 Criterios de inclusión y de exclusión	
11. Recolección de la información	
11.1 instrumento	
11.2 consentimiento informado	
11.3 variables	
11.4 Procedimientos de recolección de la información	
12. Análisis de la información	
13. conclusiones	
14. Consideraciones éticas	
15. Bibliografía	
15 Referencias bibliográficas	
16 ANEXOS	

## 16.2 consentimiento informado

## RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo principal Determinar estrategias aplicables para controlar el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y el incremento de sus riesgos en la población de pacientes adultos mayor, que acuden al hospital cañaveralejo de la ESE norte la ladera en la ciudad de Cali en el departamento del valle del cauca

Se utilizó un diseño descriptivo trasversal con abordaje de tipo cuantitativo, cuya población fueron los usuarios inscritos al control de las enfermedades crónicas no transmisibles tales como: la hipertensión, la diabetes, el cáncer y las enfermedades pulmonares como el EPOC, en la entidad de salud ESE ladera regional Cali Valle del cauca. Se utilizó el instrumento para medición de Factores que influyen en el aumento de la prevalencia de estas ECNT, diseñado por Bonilla y De Reales validado en población colombiana.

Los participantes fueron 150 sujetos entre 45 y 94 años, con una edad promedio de 69 años, el 73% de ellos fueron mujeres y el 72% de los entrevistados tenían ninguna escolaridad o algún grado de formación en escuela primaria.

Como factores importantes se encontró que el 7% de los participantes tienen un riesgo moderado de no adherencia y el 93% restante no tiene riesgos. Al discriminar las diferencias por factores, las socioeconómicos son los que más contribuyen al riesgo de no adherencia

**Palabras clave:** ECNT (Enferme des Crónicas No Transmisibles)Hipertensión Arterial, Adherencia, Tratamiento terapéutico

## ABSTRACT

The present study has as its main objective to determine strategies applicable to control the increasing prevalence of chronic non-communicable diseases and increased risks in the population of most adult patients, who come to Cañaveralejo hospital ESE hillside in the city of Cali in the department of valle del Cauca

Hypertension, diabetes, cancer and lung diseases such as COPD, in the state of health: A descriptive transversal design approach quantitative, whose population were enrolled users to control chronic no communicable diseases such as use ESE Cali Valle regional hillside. Instrument for measuring the factors that influence the increasing prevalence of these NCDs, designed by Bonilla and De Reales validated in Colombian population was used.

Participants were 150 subjects between 45 and 94 years, with an average age of 69 years, 73% of them were women and 72% of respondents had no schooling or some degree of training in elementary school.

Important factors found that 7% of the participants have a moderate risk of nonadherence and the remaining 93% no risk. By discriminating the differences factors, socioeconomic are the main contributors to the risk of nonadherence

## **1. INTRODUCCION**

El aumento de las ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles) es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, considerando su incremento progresivo de la tasa de morbilidad y la mortalidad tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo. En Colombia estas enfermedades representan más del 60% del deterioro de los años de vida saludables y la segunda causa de muerte, lo cual la convierte en un problema de salud de carácter nacional.

Dentro de estas problemática se encuentra la hipertensión arterial, debido al incremento de la morbimortalidad en especial en el adulto mayor, esto está relacionada con la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, lo cual se ve reflejada en un gran número de consecuencias tales como el aumento del riesgo de complicaciones, disminución de la productividad e incremento de costos en salud.

Igualmente vemos como la capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias dificultades que generalmente se encuentran relacionadas con diferentes aspectos del ámbito de la vida diaria: factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente.

Es importante resaltar que la efectividad del tratamiento para las enfermedades cardiovasculares depende en gran medida de que el paciente sea adherente o no adherente a las recomendaciones dada por el equipo de salud, lo que implica un cambio en sus hábitos y estilo de vida.

Esta investigación pretende determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes asistentes al

programa de enfermedades crónicas no transmisibles en el Hospital cañaveralejo de la Eje ladera de la ciudad de Cali.

Es un estudio de diseño descriptivo y corte transversal, que aplicará el cuestionario de Bonilla y De Reales; el instrumento evalúa las dimensiones de la adherencia al tratamiento: factores relacionados con el paciente, factor socioeconómico, factores relacionados con el proveedor de servicios de salud, factores asociados a la enfermedad y factores relacionados con la terapia.

En este estudio realizado se evidencia que el 7% los sujetos en el estudio tienen riesgo moderado para no adherencia al tratamiento y el 93% restante tiene ventajas para adherirse a las medidas terapéuticas.

La dimensión socioeconómica es la que se encuentra significativamente comprometida como factor de riesgo para no adherencia, asociado a la escasez de dinero (para la compra de medicamentos, transporte y cambios en la alimentación), la falta de apoyo familiar y las dificultades para comprender información escrita).

Determinar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular permitirá a los profesionales interesados en la promoción de la salud, prevención y rehabilitación de la enfermedad cardiovascular, señalar áreas problemáticas, examinar prácticas y planear intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica de estos pacientes y, por ende, su calidad de vida.

Los resultados pretenden señalar cuáles son los aspectos más relevantes asociados a la adherencia de los pacientes hipertensos al manejo terapéutico y no terapéutico de su morbilidad crónica. Estos hallazgos serán útiles para orientar a la entidad de salud sobre situaciones específicas que son susceptibles de ser abordadas en procura de incrementar la adhesión de los pacientes al manejo de su enfermedad y por tanto incidir en la ocurrencia de complicaciones asociadas a la misma.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las enfermedades crónicas ocupan el primer puesto entre las causas de muerte en muchos países del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002 calculó que a nivel mundial el 62% de las morbilidades crónicas corresponde a las enfermedades cerebrovasculares; y el 49% de los ataques cardíacos están asociados a hipertensión arterial sistólica. Las cardiopatías son las principales causas de muerte de los mayores de 60 años y la segunda causa de muerte en personas de 15 a 59 años.<sup>1</sup>

La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo para enfermedades cardíacas y cerebro vasculares. En América Latina se han reportado elevadas tasas de mortalidad por HTA ajustadas por edad en países como Bahamas (44,8 por 100,000 habitantes) y Colombia (186.8 por 100.000 habitantes); si se agregan los casos de muerte por enfermedad hipertensiva, enfermedad cardíaca y enfermedad cerebrovascular, las cifras sobrepasan a la violencia y los accidentes como causa de muerte.<sup>2</sup> Adicionalmente la estructura de causas de morbilidad en la población general muestra que las enfermedades del sistema circulatorio, principalmente la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la hipertensión arterial y sus complicaciones, ocupan el primer lugar<sup>3</sup>

El comportamiento de la tasa de mortalidad en el Valle del Cauca de hipertensión arterial en los años 1998 a 2009 mostró un incremento pasando de 97.4 a 102.7 casos por 100.000 habitantes en la población mayor de 20 años de edad. Y la prevalencia de enfermedad hipertensiva en éste último año

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. OMS. 2002

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas, análisis de tendencias. Washington 2002

<sup>3</sup> Ministerio de Protección Social. Decreto 3039 de 2007.

se estima en 1.093 casos por cada 100.000 habitantes, según el reporte de la Secretaría Departamental de Salud.<sup>4</sup>

En el caso particular del municipio de Cali se reportó para el año 2005 una prevalencia de HTA de 13.7% en las personas mayores de 15 años en el área urbana, lo que significa que tendríamos 205.972 hipertensos entre esta población.<sup>5</sup> Esta cifra supera la ocurrencia de casos diagnosticados en éste mismo grupo etéreo para el Valle del Cauca (12.1%) y Colombia (11,5%), evidenciado que la magnitud de la situación es superior para Cali, según datos de la Encuesta Nacional de Salud.

Pero para el año 2006 se encontraron que el 98% de los pacientes inscritos en el programa de Hipertensión Arterial de Unidad Básica de Atención de Coomeva en Sincelejo se encuentran adherentes y solo el 2% tiene el riesgo moderado de no adherirse.

En Cali 7.6% de las personas fueron diagnosticadas como hipertensos en dos o más consultas médicas y estaban consumiendo medicamentos para el control de la enfermedad (6.7% promedio nacional).

Frente a este panorama se han establecido acciones que comprometen los diversos actores involucrados: para la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea la necesidad encaminar las acciones hacia la creación y/o modificación de políticas en las cuales se incorporen nuevos programas y servicios orientados a reducción de riesgos y carga de enfermedad con énfasis en la atención y manejo de estas enfermedades, la promoción de estilos de vidas y ambientes saludables con el apoyo de otros sectores, como el educativo y el industrial, y actores como los maestros y las familias.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria de Salud Departamental. Situación de salud del Valle del Cauca.2009

<sup>5</sup> Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Municipal de Cali. Plan Territorial de Salud de Santiago de Cali. 2008-2011

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la salud. Agenda de Salud de las Américas 2008- 2011

El Plan Nacional de Salud Pública en Colombia define como objetivo disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades; y determina la medición de casos de enfermedad renal crónica – ERC como indicador sensible del manejo de los pacientes hipertensos.<sup>7</sup>

Para lograr los objetivos propuestos y particularmente en lo relacionado con los objetivos terapéuticos del manejo de la HTA los pacientes deben tener adherencia terapéutica, que es definida por la OMS como la correspondencia entre el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) con las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria<sup>8</sup>

Si bien a nivel mundial no se reporta la magnitud de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, algunos países han adelantado estudios que permiten mostrar diferencias importantes en el tema. En Gambia y las Islas Seychelles se reporta 27 y 26%, respectivamente, de los pacientes con hipertensión arterial adherentes a su régimen de medicación antihipertensiva; mientras que en países desarrollados como España el cumplimiento farmacológico prescrito oscila entre 56 y 44%<sup>9, 10</sup> y en Estados Unidos solo 51% de los tratados por hipertensión se adhieren al tratamiento prescrito, y se estima que en los países en vía de desarrollo es mucho más bajo<sup>11</sup>.

Para el Valle del Cauca no se encontraron estudios que describan las tasas de adherencia en pacientes con hipertensión arterial. En Cali la investigación realizada por CEDETES (Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnologías en Salud Pública) afirma que en la ciudad se ha encontrado que la población con mayor nivel cultural y mejor condiciones sociales y

---

<sup>7</sup> Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. Washington 2004

<sup>9</sup> Torre J, Fernández R, López J, Nicolás M, López F, Pérez F. Estudio del cumplimiento del tratamiento y control HTA en un medio urbano. Rev Clín Esp 1990; 187:103-106.

<sup>10</sup> Gil V, Belda J, Muñoz C, Martínez VJ, Muñoz C, Soriano JE, Merino J. Validez de cuatro métodos indirectos que valoran el cumplimiento Rev. Clínica esp 1993;1993:363-369

<sup>11</sup> Márquez E, Gil Guillen V. Variables que influyen en el incumplimiento terapéutico. Rev. Cumplimiento en HTA. Actualizaciones. 2004;1(2):4-5.

económicas son más adherentes al tratamiento que las comunidades en condiciones de mayor pobreza y con menor nivel educativo<sup>12</sup>.

La falta de adherencia al tratamiento genera recaídas intensas, complicaciones de manera temprana, incremento de riesgo por efectos adversos, sobrecostos por la necesidad de usar diversos medicamentos para lograr el control de la enfermedad, hospitalizaciones evitables por deterioro de órganos blanco y mayor ocurrencia de casos de mortalidad.

Los beneficios para un paciente al adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial, no solo se asocian a retrasar o detener la progresión de la enfermedad y sus complicaciones, sino que puede incluso lograr regresión de su cuadro mórbido. Se ha demostrado que reducciones importantes en la ingesta de sal y grasas saturadas así como la suspensión del hábito.

Según la Organización Mundial de la Salud, la adherencia de los pacientes al manejo de enfermedades de largo plazo que implican medidas farmacológicas y no farmacológicas depende de varios factores, asociados con las características propias de la persona enferma, las características de la enfermedad, las particularidades del plan de tratamiento, las condiciones socioeconómicas y el relacionamiento con los servicios de salud<sup>13</sup>. Por ejemplo en Cuba se ha identificado factores como los socioeconómicos, la severidad de la enfermedad y la motivación del paciente que influyen en el logro de la adherencia terapéutica<sup>14</sup>.

En todas éstas dimensiones, el profesional de enfermería desempeña un rol esencial como agente educativo y responsable del seguimiento a los pacientes inscritos en los programas de control de hipertensión arterial, pues tiene la

---

<sup>12</sup> Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali (2007) Análisis de la Situación de Salud. Estudio realizado por el CEDETES, con base en fuentes secundarias, en el marco del Proyecto de Construcción Participativa de un Modelo de Salud para Cali

<sup>13</sup> Organización Mundial de la Salud. Op. Cit 8.

<sup>14</sup> Libertad M, Bayares H. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30 (4).

tarea de verificar que los pacientes que presentan HTA se adhieran al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

La participación del profesional de enfermería, en las instituciones donde se presta la atención en pacientes con HTA resulta indispensable, ya que este es el personal con la mayor capacidad de coordinar un completo equipo interdisciplinario de salud; sumado a esto cuenta con la habilidad de crear, diseñar y dirigir acciones que modifiquen de forma positiva los hábitos y costumbres que afectan a la salud del paciente, todo esto mediante la aplicación del proceso enfermero, campañas de prevención de la enfermedad y la detección oportuna de la población hipertensa, control de factores de riesgo, inicio del tratamiento farmacológico y no farmacológico para evitar futuras complicaciones asociadas a la HTA, y el traslado oportuno a niveles de más alta complejidad cuando sea necesario<sup>15</sup>.

En la institución de salud Hospital cañaveralejo de la ESE IADERA oferta el programa de enfermedades crónicas no transmisibles los usuarios del régimen subsidiado, la población pobre no asegurada y algunos afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social. Si bien se atiende en la entidad un número importante de personas hipertensas (reporta 1092 pacientes inscritos en el programa con un porcentaje no estimado de inasistentes) no existe evidencia de que se haya explorado en ésta población los actores que se asocian a su adecuada o inadecuada adherencia al programa de seguimiento y a las medidas terapéuticas recomendadas.

Adicional a la escasa información específica sobre factores asociados a la no adherencia de los pacientes hipertensos, y a la pertinencia de abordar el tema desde la disciplina de Enfermería, en el grupo de investigadores se han presentado vivencias familiares con personas que presentan hipertensión y se evidencian dificultades en lograr la adherencia a las instrucciones del personal

---

<sup>15</sup> Cruz AG, Pinal ME. Clínicas de hipertensión arterial, una necesidad de nuestra sociedad. *Rev Mexicana de Enfermería. Cardiológica* 2004; 3(12): 92-98.

de salud. Por tanto esta investigación se centra en establecer la frecuencia de adherencia al tratamiento y los factores que intervienen en el paciente hipertenso para adaptarse a las recomendaciones hechas por el personal; y en tal sentido pretende contestar la siguiente pregunta: **¿Cuáles estrategias se pueden aplicar para ayudar al fortalecimiento de la adherencia a los programas del adulto mayor con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles en el hospital cañaveralejo de la ESE ladera en la ciudad de Cali en el año 2016 ?**

### 3. JUSTIFICACIÓN

El profesional de Enfermería desempeña un rol importante en diferentes campos de acción, tanto en el cuidado de los pacientes, como en la salud pública y en el ejercicio de la docencia e investigación, realizando un aporte fundamental en el cuidado integral de las personas y de la población, con la finalidad de contribuir al logro del bienestar.

En el ámbito de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, su rol se debe centrar en evitar que aparezcan enfermedades a través de la detección e intervención de los factores de riesgo y de los factores protectores de la salud, y de actividades de capacitación, información y educación continua que llevan deliberadamente al individuo a la modificación o mejoramiento de comportamientos, con el objetivo de mejorar los estilos de vida saludable, fomentar el autocuidado y mantener o mejorar el estado de salud. Son estas las competencias del campo de enfermería que se deben desarrollar día a día en los programas de hipertensión arterial.

La falta de adherencia de los pacientes al tratamiento de HTA da el riesgo de que aumenten cada día más la morbimortalidad, las carga económica; por ejemplo, en los Estados Unidos el costo de la atención de salud relacionada con esta enfermedad y sus complicaciones representó 12,6% del gasto total en atención de salud en 2008, y por tanto mejorar la adherencia podría representar una posible fuente importante de mejoramiento sanitario y económico, desde el punto de vista social e institucional.<sup>16</sup>

Existen evidencias que la atención de los pacientes por profesionales de enfermería especialmente adiestrados da lugar a mayor adherencia a los esquemas terapéuticos; las pruebas irrefutables sobre la efectividad de la

---

<sup>16</sup> McCombs JS et al. The costs of interrupting antihypertensive drug therapy in a Medicaid population. *Medical Care*, 1994, 32:214-226.

orientación conductual breve administrada por profesionales de enfermería provienen de un estudio de 883 pacientes en Gran Bretaña<sup>17</sup>.

La identificación de los factores que se asocian a la no adherencia de los pacientes hipertensos a las prescripciones farmacológicas y no farmacológicas establecidas por el programa de control y seguimiento, aportará información útil para los servicios de salud, pues de ésta manera se identifican oportunidades de mejora para la atención de salud; y permite a quienes toman decisiones en la institución de salud, redefinir sus estrategias para mejorar la adherencia de los pacientes y, en consecuencia, reducir el riesgo de complicaciones evitables de la enfermedad.

Para la universidad los resultados de esta investigación constituyen una posibilidad concreta para aportar, desde la investigación formativa, hallazgos que tendrán utilidad práctica para quienes tienen la responsabilidad asistencial del cuidado de los pacientes hipertensos en el área de influencia del hospital cañaveralejo de la ESE norte la ladera.

Finalmente las estudiantes participantes en el estudio han logrado desarrollar de manera práctica las competencias propias de la investigación formativa y ganar habilidades en el ámbito de la investigación en salud.

---

<sup>17</sup> Steptoe A et al. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomized trial. *British Medical Journal*, 1999, 319:943-947.

## 4. MARCO TEORICO

### 4.1 ¿Que es la Adherencia?

La adherencia al tratamiento se define como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados, como del propio tratamiento farmacológico prescrito. Se expresa como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente <sup>18</sup>

Meichenbaum y Tuyk emplea el término adhesión para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo ó terapéutico deseado<sup>19</sup>

Así mismo autores como Haynes y Sackett definieron el término como “las conductas que tiene el paciente para la toma de medicamentos, seguida de una dieta y las recomendaciones dadas por el personal de enfermería; la no adherencia se definió como la falta en el cumplimiento de las recomendaciones terapéutica dadas por el médico o el equipo de salud.”<sup>20</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la adherencia terapéutica como un fenómeno multidimensional determinado por la acción reciproca de cinco conjuntos de factores denominados “dimensiones” las cuales están relacionadas con el paciente, las creencias, la decisión de tomar el tratamiento y los conceptos que tiene frente a la enfermedad, el tratamiento y el servicio de

---

<sup>18</sup> David P. Nau, Douglas T. Steinke, L. Keoki Williams, Roger Austin, Jennifer Elston, George Divine, Manel Pladevall. Análisis de la adherencia al tratamiento con una escala analógica visual frente a la estimación basada en los registros de medicación

<sup>19</sup> Holguin L. Correa D, Arrivillaga M, Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial> efectividad de un programa de intervención psicosocial Rev. univ.psychol. online 2006 vom5, n.3,pp535-548 ISSN1677-9267)

<sup>20</sup> David P. Nau, Op. Cit. 17

salud.<sup>21</sup> Dado el alcance comprehensivo detallado de éste concepto, la presente investigación se apoyó en él para su diseño, aplicación empírica, análisis y discusión.

#### **4.1.2 Tipos de Adherencia**

##### **4.1.2.1. Adherencia a tratamientos farmacológicos:**

Consiste en el grado en que de una persona se toma los medicamentos y sigue las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.

##### **4.1.2.3 Adherencia a tratamientos no farmacológicos:**

Es el grado en el que el paciente sigue las recomendaciones dadas por el profesional de la salud en cuanto al cambio de hábitos de vida (dejar el sedentarismo, dejar de beber o de fumar, etc.).<sup>22</sup>

##### **4.1.2.4 Factores relacionados con la adherencia**

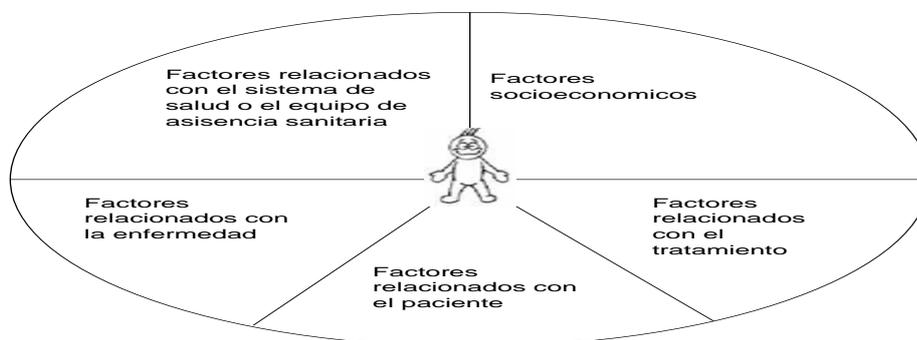
Los factores que interactúan para lograr la adherencia terapéutica según la Organización Mundial de la Salud se presentan en el modelo de la figura No. 1 y se explican a continuación.

---

<sup>21</sup> Organización Mundial de la Salud. Op. Cit 8

<sup>22</sup> Torre J, Fernández R, López J, Nicolás M, López F, Pérez F. Estudio del cumplimiento del tratamiento y control HTA en un medio urbano. Rev Clín Esp 1990; 187:103-106.

**Figura No. 1 Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica**



Fuente: Organización Mundial de la Salud 2004, adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción

#### **4.1.2.5 Factores socioeconómicos**

En este factor los pacientes que tienen un nivel socioeconómico bajo tienen que elegir entre prioridades en competencia y la necesidad de adherirse al tratamiento. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivas, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.<sup>23</sup>

#### **4.1.2.6 Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria**

Entre estos factores se incluyen aquellos que pueden afectar la relación proveedor-paciente para cubrir las necesidades del paciente y por ende generar resultados negativos frente a la adherencia: servicios de salud poco

<sup>23</sup> Organización Mundial de la Salud

desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.<sup>24</sup>

#### **4.1.1.3.3 Factores relacionados con la enfermedad**

Tiene en cuenta las particularidades propias de la patología que sufre el individuo: la gravedad de la enfermedad, los síntomas, el grado de discapacidad, la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos para mejorar la calidad de vida del paciente.<sup>25</sup>

#### **4.1.1.3.4 Factores relacionados con el tratamiento**

En este factor se incluyen aspectos relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos, los cambios frecuentes del medicamento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.<sup>26</sup>

#### **4.1.1.3.5 Factores relacionados con el paciente**

Entre estos se incluyen aspectos relacionados con los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente como el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el no percibir la necesidad de tratamiento, la falta de efecto percibido del tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del

---

<sup>24</sup> Organización Mundial de la Salud

<sup>25</sup> Organización Mundial de la Salud

<sup>26</sup> Organización Mundial de la Salud

tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad.<sup>27</sup>

## **4.2 ENFERMEDADES CRONICAS, NO TRANSMISIBLES:**

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. La hipertensión gran desencadenante de las enfermedades cardíacas e infarto, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad, según informe de la OMS, en un estudio realizado en 2008, de prevención y control de las ECNT.

### **4.2.1 ¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?**

La Hipertensión Arterial (HTA) ha sido definida como el aumento de las cifras de tensión arterial sistólica mayor a 140mmHg y diastólica mayor o igual a 90 mmHg o sistodiastolica en dos o más tomas, a partir de la cual aumenta el riesgo de presentar lesión cardiovascular, cerebrovascular y renal u otras relacionadas con el daño vascular.

#### **4.2.1.1 Factores de riesgo para hipertensión arterial**

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la HTA, los cuales se clasifican de acuerdo con su posibilidad de identificación e intervención, en factores de riesgo modificables, es decir, prevenibles y no modificables o no prevenibles.

Los factores de riesgo modificables se asocian con el estilo de vida por lo que pueden ser prevenidos, minimizados o eliminados e incluyen: la obesidad, el

---

<sup>27</sup> Organización Mundial de la Salud

consumo excesivo de sodio, grasas y alcohol y el bajo consumo de potasio, la inactividad física y el estrés. Los factores de riesgo no modificables o no prevenibles son inherentes al individuo (género, raza, edad, herencia)

#### **4.2.1.2 Factores de riesgo no modificables**

**Edad:** Las personas mayores de 65 años tienen un incremento en el riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo.

**Género:** La HTA y la Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) son más frecuentes en mujeres menopáusicas. La ECV y las cardiopatías de tipo arteriosclerótico oclusivo se presentan con mayor frecuencia en el hombre.

**Origen Étnico:** La HTA es más frecuente y agresiva en pacientes afro descendientes.

**Herencia:** La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta segundo grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, influye definitivamente en la presencia de enfermedad cardiovascular.

#### **4.2.1.3 Factores comporta mentales**

**Tabaquismo:** El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo y ocasiona el 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores presentan el doble de probabilidades de padecer HTA

**Alcohol:** El consumo de una copa de alcohol aumenta la Presión Arterial Sistólica (PAS) en 1 mmHg y la Presión Arterial Diastólica (PAD) en 0.5 mmhg. Se ha demostrado que individuos que consumen alcohol diariamente presentan valores de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independientemente del consumo semanal total.

**Sedentarismo:** La vida sedentaria predispone al sobrepeso y al aumento del colesterol total. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.

**Alimentarios y nutricionales:** El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se ha asociado a HTA. El riesgo de HTA es más bajo a medida que se disminuye la ingesta de sal. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesteremia debido al poder atrogénico que incrementa los niveles de colesterol L.D.L.

**Psicológico y sociales:** El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia y movimientos corporales rápidos).

#### **4.2.1.4 Factores Metabólicos**

**Sobrepeso y obesidad:** El índice de masa corporal (IMC) mayor de 25 (sobrepeso) está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer HTA. La obesidad (IMC > de 30) también se asocia con HTA. Por cada 10 kg de aumento de peso la presión arterial sistólica aumenta de 2-3 mmHg y la presión arterial diastólica de 1-3 mmHg. El perímetro abdominal mayor o igual a 80 cm en mujeres y mayor o igual a 90 cm en hombres está asociado con mayor riesgo de HTA y dislipidemia.

**Dislipidemias:** El estudio de Framingham demostró que el aumento del colesterol LDL conduce a enfermedad coronaria e HTA.

**Diabetes mellitus:** La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de HTA, además conlleva a dislipidemia y daño vascular.

#### 4.2.1.5 Tratamiento farmacológico

- $\beta$  bloqueadores
- ARA: antagonistas de receptores de angiotensina.
- BCC: bloqueadores de canales del calcio.
- ANTI- ALD; antialdosterona.

#### 4.2.1.6 Tratamiento No Farmacológico

- Modificar el estilo de vida
- Disminuir el consumo de alcohol
- Actividad física
- Bajar de peso
- Aumentar la ingesta de potasio
- Dieta baja en grasa
- Disminuir la Ingesta de sodio.<sup>28</sup>

#### 4.2.1.7 La Adherencia en el Control de Hipertensión Arterial.

Los ensayos clínicos han demostrado que el tratamiento de la hipertensión leve moderada puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular de 30 a 43% y de infarto del miocardio 15%. Otras consecuencias costosas de la hipertensión no tratada también pueden prevenirse o reducirse al mínimo mediante el tratamiento eficaz. Los ejemplos de los beneficios del tratamiento son la reducción del riesgo de insuficiencia cardíaca, la disminución de la incidencia de demencia, la preservación de la función renal y la prevención de la ceguera en pacientes diabéticos con hipertensión.<sup>29</sup>

A pesar de las diversas opiniones sobre el punto de corte más adecuado para distinguir la adherencia de la no adherencia, en la mayoría de los estudios, se

---

<sup>28</sup> Guía 412

<sup>29</sup> Caro JJ, Payne K. Real-world effectiveness of antihypertensive drugs. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 162:190-191.

considera que la no adherencia ocurre cuando los pacientes toman  $\leq 80\%$  de sus medicamentos antihipertensivos prescritos.<sup>30</sup>

Independientemente de la definición, la adherencia deficiente al tratamiento es la causa más importante de la presión arterial no controlada y solo de 20 a 40% de quienes reciben tratamiento para la hipertensión en situaciones de la vida real se consideran “buenos adherentes”.

A pesar de existir un tratamiento eficaz, la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, solo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos prescritos. En consecuencia, debido a la deficiente adherencia al tratamiento antihipertensiva, aproximadamente 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión no logran el control óptimo de la presión arterial.<sup>31</sup>

Dos de los factores más importantes que contribuyen a la adherencia deficiente a los programas de control y seguimiento de la hipertensión arterial son, indudablemente, la naturaleza asintomática y vitalicia de la enfermedad. Otros determinantes potenciales de la adherencia pueden estar relacionados con:

- los factores demográficos como la edad y la educación,
- la comprensión y la percepción del paciente de la hipertensión
- la modalidad del prestador de asistencia sanitaria para aplicar el tratamiento,
- las relaciones entre los pacientes y los profesionales de asistencia sanitaria,
- las influencias de los sistemas de salud y
- los regímenes medicamentosos antihipertensores complejos

---

<sup>30</sup> Sackett DL et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*, 2005, 1:1205-1207

<sup>31</sup> Bittar N. Maintaining long-term control of blood pressure: the role of improved compliance. *Clinical Cardiology*, 1995, 18:312-316.

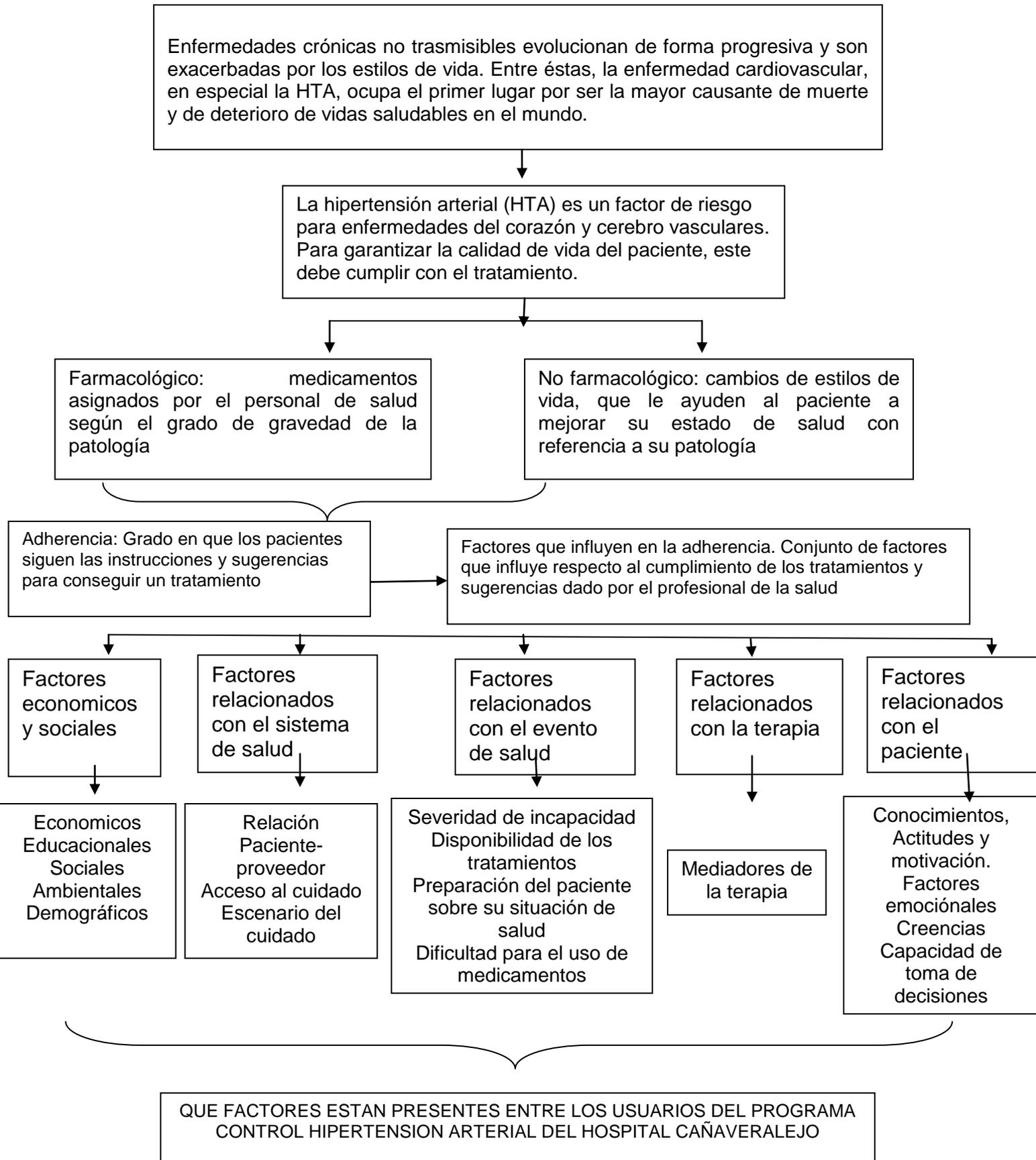
El bajo nivel socioeconómico, el analfabetismo y el desempleo son factores de riesgo importantes de adherencia deficiente. Otros factores relevantes relacionados con el paciente pueden incluir la comprensión y la aceptación de la enfermedad, la percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, la conciencia sobre los costos y los beneficios del tratamiento, la participación activa en el monitoreo y la toma de decisiones en relación con el tratamiento de la enfermedad.

La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el prestador de asistencia sanitaria, el paciente y el sistema de atención de salud. Las buenas relaciones entre los pacientes y sus prestadores de asistencia sanitaria son por ende imperativas para la buena adherencia. La actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los profesionales de asistencia sanitaria que se ha demostrado son determinantes de la adherencia de los pacientes<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Schafheutle EI et al. Access to medicines: cost as an influence on the views and behaviour of patients. *Health & Social Care in the Community*, 2002, 10:187-195.

## MAPA CONCEPTUAL



## **4.2.2 ¿QUÉ ES LA DIABETES?**

La diabetes es una enfermedad que se produce cuando el cuerpo de una persona no produce una cantidad suficiente de la hormona insulina o no puede usarla en forma adecuada. Hay 2 tipos de diabetes. La diabetes tipo 1 se produce cuando el páncreas del cuerpo no produce insulina. La diabetes tipo 2 se produce cuando el páncreas no produce suficiente cantidad de insulina o las células del cuerpo ignoran la insulina. Entre el 90% y el 95% de las personas a quienes se ha diagnosticado diabetes tienen diabetes tipo 2

### **4.2.2.1 ¿QUE ES LA DIABETES TIPO 1?**

La diabetes tipo 1 también se llama diabetes insulino dependiente. A veces, se llama diabetes juvenil porque, por lo general, se descubre en los niños y en los adolescentes. Sin embargo, los adultos también pueden tenerla.

### **4.2.2.2 ¿QUE ES LA DIABETES TIPO 2?**

La diabetes tipo 2 se produce, cuando no se produce suficiente cantidad de insulina o las células del cuerpo ignoran la insulina.

### **4.2.2.3 CAUSAS DE LA DIABETES**

Cuando se digiere los alimentos, el cuerpo convierte la mayor parte de ellos en glucosa (una forma de azúcar). Una hormona que se llama insulina permite que esta glucosa ingrese en las células del cuerpo y se use como energía. La insulina es producida por el páncreas. Si una persona tiene diabetes tipo 2, el páncreas no produce una cantidad suficiente de insulina o las células del cuerpo no pueden usar la insulina en forma adecuada (esto se llama resistencia a la insulina). Esto hace que la glucosa se acumule en la sangre, en lugar de ingresar en las células. Una cantidad excesiva de glucosa en la sangre puede provocar problemas salud graves, que podrían causar daños en los vasos sanguíneos, los nervios, el corazón, los ojos y los riñones

#### 4.2.2.4 ¿Cuáles son los factores de riesgo de diabetes tipo 2?

**El peso:** la obesidad es el factor de riesgo más importante para la diabetes tipo 2. Cuanto mayor sea el sobrepeso, mayor será la resistencia del cuerpo a la insulina.

##### **La edad**

El riesgo de tener diabetes tipo 2 aumenta con la edad, en especial después de los 45 años. Aunque usted no puede cambiar su edad, puede intervenir en los otros factores de riesgo para reducir el riesgo.

##### Antecedentes familiares

No se puede cambiar sus antecedentes familiares, es importante que el médico sepa si hay diabetes en la familia de una persona. Su riesgo de tener diabetes es más alto si la madre, el padre o hermanos tienen diabetes.

##### **La Raza /origen étnico**

Por motivos que todavía no están claros para los médicos, algunos grupos étnicos tienen un riesgo más alto de tener diabetes que otros.

##### **El sedentarismo, no hacer ejercicio**

Se deberá realizar ejercicio el cual contribuye a una vida saludable

##### **Los malos hábitos alimenticios**

Es importante el consumir una dieta balanceada, con aporte de vitaminas, proteínas, carbohidrato.

#### 4.2.2.5 TRATAMIENTO DE LA DIABETES

En el caso de la **diabetes** de tipo 1, el tratamiento es siempre la administración de insulina de por vida.

En la **diabetes** tipo 2, en general, se puede empezar por un programa de dieta y ejercicio cardiosaludables. Si esto no basta, es posible que el médico recomiende tomar antidiabéticos orales. Cuando los fármacos tampoco son suficientes, será necesario añadir insulina.

### **4.2.3 ¿QUE ES EL CANCER?**

Cáncer es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del derredor.

El cáncer puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado de trillones de células. Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las reemplaza

#### **4.2.3.1.7 Factores de riesgo del cáncer**

En general, no es posible saber con exactitud por qué una persona padece cáncer y otra no. Pero la investigación ha indicado que ciertos factores de riesgo pueden aumentar la posibilidad de una persona de padecer cáncer. (Hay también ciertos factores que están relacionados con un riesgo menor de cáncer. Estos factores se llaman a veces factores protectores o factores de protección).

La mayoría de los factores de riesgo de cáncer (y los factores protectores) se identifican inicialmente en estudios epidemiológicos. En estos estudios, los científicos ven grupos grandes de gente y comparan a quienes padecen cáncer con quienes no lo padecen. Estos estudios pueden mostrar que las personas que presentan cáncer tienen más o menos probabilidad de comportarse en cierta manera o de haberse expuesto a ciertas sustancias que quienes no presentan cáncer.

Tales estudios, por sí solos, no pueden probar que un comportamiento o una sustancia causan cáncer.

Cuando muchos estudios indican que hay una asociación semejante entre un factor posible de riesgo y un mayor riesgo de cáncer, y cuando existe un posible mecanismo que explique cómo el factor de riesgo podría de hecho causar cáncer, los científicos confiarán más en la relación entre los dos.

A continuación se mencionan Los factores de riesgo más comunes y conocidos posibles causantes del cáncer. el habito de consumir alcohol, el mal habito alimenticio, la edad, gérmenes infecciosos, hormonas, inflamación crónica, inmunosupresión, luz solar, obesidad radiación, sustancias químicas en el ambiente que causan cáncer, el habito del tabaco.

#### 4.3 Las **enfermedades respiratorias** crónicas

(ERC) son **enfermedades** crónicas que comprometen al pulmón y/o a las vías **respiratorias**. Dentro de ellas se encuentra el asma, la **enfermedad** pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la rinitis alérgica, las **enfermedades** pulmonares de origen laboral y la hipertensión pulmonar.

cientos de millones de personas sufren cada día las consecuencias de una enfermedad respiratoria crónica (ERC). Según estimaciones recientes de la OMS (2004), actualmente hay unos 235 millones de personas que padecen asma, 64 millones que sufren enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y muchos millones de personas más que sufren rinitis alérgica y otras ERC que a menudo no llegan a diagnosticarse

## 5. MARCO NORMATIVO

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se creó a partir de **ley 100 de 1993** que, en su artículo 152 regula el servicio público esencial de salud y crea condiciones de acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con el previsto en el Plan Obligatorio de Salud, POS y el Plan de Atención Básica, según el reglamento de los artículos 48 y 49 de la constitución.<sup>33</sup>

Como parte de la reglamentación de la norma, el **Acuerdo 117 de 1998**, estableció el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de las enfermedades que ameritan atención, de enfermedades de interés de la salud pública, con un seguimiento especial que responda a los criterios de enfermedades de alta prevalencia, que de no recibir control y seguimiento constante y adecuado constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad, secuelas irreversibles, invalidez y muerte prematura entre las cuales se encuentra la hipertensión arterial junto a otras enfermedades crónicas.<sup>34</sup>

Y en coherencia con el anterior la **Resolución 412 del 2000** argumentó lo correspondiente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, adoptando las normas técnicas y las guías para la atención y el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. Igualmente estableció los lineamientos para la promoción, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas. Guía para la prevención de las enfermedades crónicas y el mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años.

---

<sup>33</sup> Promoción y prevención en el sistema de salud colombiano, Cecilia Realpe Delado

<sup>34</sup> Promoción y prevención en el sistema de salud colombiano, Cecilia Realpe Delado

Ya que la detección y el control de la HTA implican una mirada multidimensional con el fin de prevenir, detectar a tiempo y proporcionar tratamiento adecuado y oportuno que evite la aparición de complicaciones, esta resolución enfatizó sobre la fundamentación y el fácil acceso de la población a la atención del equipo de salud para la búsqueda de HTA y factores de riesgo, con el fin de realizar una intervención de cambios en el estilo de vida, terapia no farmacológica y farmacológica. Lo anterior con los objetivos de detectar la presencia de factores de riesgo prevenibles asociados a la HTA, detectar en forma temprana la hipertensión arterial sistémica y brindar el tratamiento, de la HTA y los factores de riesgo asociados, para minimizar las complicaciones, las secuelas y la mortalidad.<sup>35</sup>

La resolución 412 dió unas características para el diagnóstico y manejo de los pacientes según el riesgo:

1. Bajo Riesgo: Consulta con el médico cada 3 a 6 meses
2. Riesgo Moderado: Consulta con el médico cada 3 a 6 meses, una vez al año por Medicina Interna
3. Riesgo Alto: consulta con el médico, manejo liderado por médico Internista, evaluando el paciente cada 4 meses
4. Riesgo Muy Alto: Consulta médico interna trimestral, Semestralmente (nefrólogo y oftalmólogo), anual (neurólogo y cardiólogo),  
Y por enfermería es cada mes, si el paciente está controlado.

El objetivo de la **Ley 1438 del 2011** es el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia atención Primaria en Salud que permita la acción coordinada del Estado, la institución y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicio de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todo los esfuerzos sean los residentes en el país.

---

<sup>35</sup> Guía 412 de 2007

En su artículo 2 define metas e indicadores de resultados en salud que incluyen a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema. Estos indicadores estándares están basados en criterios técnicos, que incluyen:

- Prevalencia e incidencia en mortalidad y morbilidad materna perinatal e infantil
- Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.
- Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo
- Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles.
- Acceso efectivo a los servicios de salud.

## 6. ESTADO DEL ARTE

En el 2010 las enfermeras Rodríguez A, Gómez A realizaron una investigación con el fin de describir los Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes asistentes a la consulta de riesgo cardiovascular, nutrición, medicina interna, en la Fundación Cardiovascular de Colombia de la ciudad de Bucaramanga, cuyo propósito fue esta investigación es describir y analizar cómo influye la adherencia en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Tomaron una muestra de 172 pacientes hospitalizados y de consulta ambulatoria y aplicaron un instrumento diseñado por Bonilla<sup>36</sup> para evaluar dicha adherencia<sup>37</sup>..

Los resultados de este estudio reflejaron que 80,8% de las personas presentan alto riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico; un 12,8% tenía ventajas para la adherencia y 6,4% no muestra adherencia a los tratamientos. Las edades oscilaron entre 23-85, la asistencia a la institución en mujeres fue 63,4% respecto a hombres (36,6%). Tales cifras resultan preocupantes teniendo en cuenta que a mediano y largo plazo se encaminan a sufrir enfermedades cardiovasculares, suscitando mayores costos en servicios de salud, desmejoramiento de la calidad de vida e incluso pérdida laboral.

Asimismo, se evidenció que la adherencia se beneficia de los factores relacionados con el paciente. En contraste, disminuyen los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, con la terapia y el factor socioeconómico. Las investigadoras concluyen que la responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el prestador de asistencia sanitaria, el paciente y el sistema de atención de salud. Las buenas relaciones entre los pacientes y sus prestadores de asistencia sanitaria son imperativas

---

<sup>36</sup> Bonilla C. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo. Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia; 2006.

<sup>37</sup> Rodríguez A, Gómez A. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. . Enfermería. 2010 ene-jun; 28(1):63-71.

para la buena adherencia. La actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los profesionales de asistencia sanitaria que se ha demostrado son determinantes de la adherencia de los pacientes.

También en el año 2010, se publicó un artículo derivado de la investigación titulada “Intervención psicosocial orientada a reducir los niveles de hipertensión arterial”, el cual sugiere que conocer las razones por las cuales un paciente no se adhiere al tratamiento resulta esencial, de manera que se puedan diseñar y reorientar las intervenciones que buscan mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Para esto, es necesario medir la adherencia adecuadamente, sin embargo, señala el autor, los instrumentos de medición disponibles actualmente presentan limitaciones. Mejorar las formas de evaluar la adherencia constituye un reto, en salud pública, urgente de atender. Evidencia la investigación que para tener una adecuada evaluación del grado de adherencia al tratamiento es necesario contar con instrumentos de medición confiables y enfocar las investigaciones por enfermedades. La autora señala que medir la adherencia en la práctica clínica es difícil y la mayoría de métodos disponibles tienen grandes desventajas, son indirectos y susceptibles de error (Zeller et al., 2008). Además, la forma en que se conciba la adherencia (como una serie de comportamientos complejos o sólo como la toma de medicamentos) se refleja también en la forma de evaluación (Carballo et al., 2004; OMS, 2004; Ortiz y Ortiz, 2007; Varela et al., 2009).

El documento señala que las medidas objetivas y directas han sido poco exploradas para la evaluación de la adherencia al tratamiento. Por ejemplo, para el caso de la HTA, una de las pocas medidas directas reportadas en los estudios son los niveles de presión arterial. Con relación a éstos, se ha indicado que una adecuada adherencia al tratamiento se reflejará en una disminución de los niveles de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD),

sin embargo, existen posiciones contrarias al respecto (Flórez et al., 2005; Holguín et al., 2006; Morisky, Green y Levine, 1986). Con respecto a los instrumentos indirectos de medición, que constituyen la mayoría, el método más simple para evaluar la adherencia al tratamiento en la práctica clínica es el cuestionario de autorreporte. Los cuestionarios son fáciles de usar, no son invasivos y son relativamente rápidos. Sin embargo, son susceptibles de ser manipulados por el paciente por su alto grado de participación y dependen de su colaboración (Choo et al., 2009). Si bien pueden estar sujetos a una sobreestimación de la adherencia al tratamiento por parte del paciente con el fin de agradar al profesional de salud, así como a sesgos de memoria y de reporte, constituyen una forma no amenazante de investigar la adherencia (Zeller et al., 2008; Flórez et al., 2005). Hasta la fecha, existen varios cuestionarios disponibles para medir la adherencia a medicamentos antihipertensivos, pero la mayoría no ha logrado niveles predictivos suficientes para ser considerados como estándar de oro.

Así, en un estudio realizado por Bonilla (2006) se construyó un cuestionario de autorreporte utilizado para evaluar la efectividad de una intervención psicosocial para reducir los niveles de presión arterial. Posterior a este estudio, el cuestionario fue sometido a un proceso de validación con 313 pacientes diagnosticados con HTA y atendidos en instituciones de salud de las ciudades de Cali y Bogotá (Balcázar, Blanco, Durán y Varela, s.f), obteniendo unas propiedades psicométricas iniciales aceptables (fiabilidad de 0,87). Por lo que se recomienda utilizar este instrumento.

En el 2009 la enfermera Inna Flórez realizó una investigación con el fin de describir los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Cartagena<sup>38</sup>; empleando un estudio descriptivo, realizado con 293 pacientes inscritos en los programas de hipertensión y diabetes. El instrumento aplicado fue el diseñado por Bonilla (el mismo que

---

<sup>38</sup> Flórez I. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av. Enferm. 2009 jul-dic; 27(2):25-32.

aplicaron Rodríguez y Gómez). De los resultados encontrados por Flórez, se destaca que los factores socioeconómicos, como la disponibilidad de recursos para la satisfacción de las necesidades básicas, la consecución oportuna de los medicamentos y las redes de apoyo social efectivas, influyeron de manera positiva en la adherencia. Así mismo, que las condiciones de salud de los pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular influyeron de manera positiva en la adherencia, que fue favorecida por la importancia dada al tratamiento para manejar su salud, el conocimiento acerca de la enfermedad y la motivación para tratarla. A pesar de esto, la percepción de gravedad de la enfermedad afecta de manera negativa los comportamientos de adherencia en la población estudiada. En estos pacientes los factores relacionados con la terapia influyeron de manera positiva en la adherencia terapéutica; se encontró un gran porcentaje de aptitudes positivas hacia el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos y hacia las recomendaciones para mejorar la salud mediante el control del peso, la dieta y el ejercicio.

Finalmente, la investigación sugiere que los factores referidos al paciente guardan relación con el conocimiento acerca de la enfermedad y la importancia de seguir el tratamiento para mejorar su salud como factores influyentes en las conductas positivas hacia la adherencia en los pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, en un gran porcentaje.

En el 2006 en un artículo titulado Factores que influyen en la adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes inscritos en el Programa de Control DE LA Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de Coomeva. Sincelejo (Colombia), realizado por Astrid Contreras Orozco ; el estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 276 pacientes, obtenida a través de un muestreo aleatorio simple, de los cuales el 68% correspondió al sexo femenino y el 32 % al masculino ; el rango de edad oscilo entre 35 y 106 años. La información se obtuvo a partir del instrumento validado (el instrumento de Bonilla) y se proceso en el programa estadístico SPSS.

Por lo cual los resultados fueron que el promedio de edad de los participantes fue de 61.5 años. El 98% de los participantes se encontraron sin riesgo de no adherencia. Como factores relevantes se encontró que el 95% manifestó contar con el apoyo familiar para cumplir con el tratamiento, el 98% de los participantes siempre han tenido conocimiento respecto a la citas de control y expresaron que el tratamiento a sido beneficioso, 52% manifestó que padecer de hipertensión arterial le genera preocupación y angustia por los cambios que tiene que hacer en su vida diaria.<sup>39</sup>

En otra investigación, realizada en el año 2010, que tuvo como objetivo determinar la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas inscritas y asistentes al Programa de control de hipertensión arterial de una E.S.E. de baja complejidad de atención de Montería, 2010<sup>40</sup>; se tomó una muestra de 50 personas en control de la hipertensión arterial, con más de un año de permanencia en el programa y un grupo testigo conformado por 30 personas recién inscritas al programa. La información se obtuvo aplicando la Escala Apreciación de la Agencia de Autocuidado de Isemberg y Evers, validada en Colombia y del Instrumento Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular de Bonilla y De Reales. Los resultados revelaron que existe relación entre la capacidad de agencia de autocuidado, entendida esta como el proceso dinámico por parte de las personas en el cuidado de su propia salud, y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico para el control de la hipertensión arterial; pues, revelaron que la capacidad de agencia de auto cuidados está fuertemente correlacionado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en las personas

---

<sup>39</sup> Orozco C Asatrid; factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológico y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Basica de A tencion de COOMEVA. Sincelejo (Colombia) 2006

<sup>40</sup> Solera D. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas, con hipertensión arterial, Montería, 2010. [Trabajo de grado Magíster en enfermería con énfasis cuidado para la salud cardiovascular]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá. Facultad de Enfermería; 2010.

con HTA con más de un año de permanencia en el programa de control de la HTA, esta relación se mostró positiva tanto en los participantes de la muestra, como en el grupo testigo. Esta relación revela que cuando más la persona se auto cuida, mejor se adhiere el tratamiento, encontrando mejor respuesta en el programa.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar estrategias aplicables para controlar el aumento de la prevalencia de las ECNT y el incremento de sus riesgos en la población de pacientes adultos mayor del hospital cañaveralejo de la ESE ladera en la ciudad de Cali en el departamento del valle del cauca

### **OBJETIVO ESPECIFICO**

1. Determinar los factores de riesgos que propician el aumento de la prevalencia de las ECNT y el incremento de sus riesgos en la población de pacientes adultos mayor del hospital Cañaveralejo de la ESE ladera en la ciudad de Cali.
2. Caracterizar los factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en pacientes del Programa de Control de Las ECNT en el hospital cañaveralejo en la Ciudad de Cali.
3. Identificar cuales ECNT, con mayor incidencia que se presentan en la población de pacientes adultos mayor del hospital cañaveralejo de la ESE ladera en la ciudad de Cali en el departamento del valle del cauca
4. Medir la frecuencia de adherencia en el tratamiento entre la población en el estudio
5. Describir los factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento
6. Identificar las características del paciente que influyen en la adherencia al tratamiento
7. Describir los factores relacionados con la enfermedad que influyen en la adherencia al tratamiento
8. Identificar los factores que influyen relacionados con el tratamiento que influyen en la adherencia al tratamiento

9. Identificar los factores relacionados con el servicio que influyen en la adherencia al tratamiento

## **7. METODOLÓGIA**

La investigación consiste en la recolección de datos los pacientes por medio de un instrumento que nos permite identificar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos de pacientes hipertensos.

## **8. AREA DE ESTUDIO**

En el año 2003 fueron creadas las empresas sociales del estado E. S. E. con el objetivo de descentralizar la prestación de servicios de salud de primer nivel (llamados en aquel momento) del municipio. Estas empresas fueron creadas con el propósito fundamental de facilitar el acceso de la población pobre y vulnerable de los servicios públicos de salud, mejorando la cobertura y logrando una eficiencia del sistema de prestación de servicios. El acuerdo del consejo municipal de Santiago de Cali dio el nacimiento ala ESE norte ladera.

En el año 2003 luego del proceso de descentralización de los servicios de la Secretaría municipal de Cali en cinco grandes áreas (acuerdo No. 106 de enero del 2003). Esta Empresa Social del Estado atiende la zona norte de la ciudad y agrupa una red de 5 instituciones entre centros, puestos de salud y un hospital básico. Se relaciona con las EPS del régimen subsidiado para la contratación de la población afiliada, los servicios de mayor nivel de complejidad (privados y públicos) y la orientación política y administrativa por parte del nivel central de la Secretaría de Salud y la Alcaldía municipal.

Dentro de esta Red de Salud norte se encuentra el Hospital cañaveralejo, el cual tiene como visión Ser reconocidos como una empresa líder, en el suroccidente colombiano, en la prestación de servicios de baja complejidad basados en los más altos estándares de calidad, innovación y tecnología aplicada en nuestro sector.

El hospital cañaveralejo cuenta con servicios destacados como apoyo al diagnóstico, agendamiento de citas, tales como, salud oral y ayudas diagnósticas. Programas sociales de salud familiar y comunitaria la prestación de servicios de promoción de la salud dentro de ellos el programa de seguimiento de control de enfermedades crónicas no transmisibles actualmente la atención es de lunes a viernes de 7:30 am a 12:00 pm y de 1:00 a 4:30 por enfermería.

El manejo del paciente en el programa de enfermedades crónicas no transmisibles se realiza con el médico una vez al mes cada tres meses con la enfermera. En caso en que el paciente no esté bien controlado su manejo será exclusivamente por el médico.

Tiene la cobertura de las comunas 1, 3, 17,18, 19 y 20 y área rural la zona la ladera y plana

La población es de 522.658 habitantes según los datos de la secretaria municipal de salud. El hospital cañaveralejo de la ESE norte la ladera cuenta con muchos barrios que están asignado dentro de cada una de las comunas

El hospital cañaveralejo cuenta con 4 centros de salud, 3 puestos de salud.

El área rural FELIDIA , 4 puestos de salud, El área rural CASCAJAL con 5 puestos de salud, MONTEBELLO con 1 puesto de salud.

### **8.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

**8.3.1 UNIDAD DE ANALISIS:** pacientes con alguna de las ECNT, que son usuarios del programa de P y P.

**8.3.2 UNIVERSO:** pacientes inscritos en el programa de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles cañaveralejo ese ladera de la ciudad de Cali. La entidad reporta un total de 1095 usuarios inscritos, aunque estiman que alrededor del 40% de éstos son inasistentes; esta cifra es estimada, dado

que no se dispone de un registro actualizado que evidencie los casos en que los pacientes no han retornado al control de hipertensión arterial por cambios de residencia, cambios de afiliación al sistema general de seguridad social, cambios o complicaciones en el estado de salud o fallecimiento del paciente.

**8.3.3 MUESTRA:** todos aquellos usuarios que asistieron a la institución de salud durante el tiempo de recolección de datos establecido por las investigadoras, hasta completar el tamaño de muestra.

Teniendo en cuenta el universo de pacientes, y estimando una prevalencia de no adherencia terapéutica para las opciones farmacológicas y no farmacológicas del 80% (basado en las revisiones de literatura) se estimó un tamaño de muestra con un 95% de confianza de 120 pacientes.

Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, contactando los pacientes que fueron a su cita periódica del programa y cumplían con los criterios de inclusión en el estudio. Un total de 135 personas fueron incluidas en la investigación.

#### **8.3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- La población está constituida por hombres y mujeres mayores de 45 años
- Que se encuentran inscritos en el programa de hipertensión de la entidad de salud.
- Persona que acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Que el domicilio de los pacientes sea de la comuna 16 de Cali.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Los pacientes con discapacidad mental aparente, que limite su capacidad de respuesta
- Pacientes que tengan dificultad para la comunicación

## **8.4. RECOLECCION DE LA INFORMACION**

### **8.4.1 INSTRUMENTO**

Se aplicó el instrumento diseñado por Bonilla y colaboradores, que se basa en la valoración de los factores asociados con la adherencia terapéutica según la Organización Mundial de la Salud. Este ha sido utilizado en diferentes investigaciones para medir la adherencia al tratamiento que tienen los pacientes y ha sido validado con diversas poblaciones colombianas. El instrumento es válido y confiable, y se puede aplicar en estudios acerca de la adherencia, a fin de obtener una mejor comprensión de la adherencia y sus determinantes, para a partir de ellos desarrollar planes de mejoramiento en las prácticas de cuidado en busca de beneficios para los pacientes y sus familias, promoviendo en ellos una adherencia efectiva.<sup>41</sup>

Bonilla y De Reales, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia tuvieron en cuenta una previa revisión de literatura de las cinco dimensiones y subdimensiones interactuantes que considera la OMS. El instrumento en su primera versión inicial cuenta con validez aparente; los expertos señalaron una correspondencia entre el contenido del instrumento y lo que pretende medir. También cuenta con validez de contenido de 0.91, este instrumento consta de cinco dimensiones y 72 ítems. Posteriormente fue sometido a pruebas de mediciones de validez y confiabilidad por estudiantes de Maestría en Enfermería, y ha sido objeto de sucesivas aproximaciones, hasta obtener la actual versión, un instrumento con 40 ítems, que se evalúan en una escala de Likert de tres opciones de respuesta, nunca a veces y siempre. Dividido en cuatro dimensiones: factores socioeconómicos (que va de la 1 a la 6), factores relacionados con el proveedor sistema y equipo de salud (que va de la 7 a la 14), factores relacionados con la terapia (que va de la 15 a la 20) y factores relacionados con el paciente (que va de la 21 a la 24). Los factores socioeconómicos analizan los recursos económicos y de apoyo social; los

---

<sup>41</sup> ORTIZ, C. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Avances en Enfermería. Universidad Nacional. Volumen 28. No. 2

factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud analizan las relaciones entre paciente, proveedor, acceso al cuidado y escenario del cuidado; los factores relacionados con relacionados con la terapia, analizan la accesibilidad, disposición, y conocimiento en cuanto a la importancia del tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico y los factores relacionados con el paciente analizan las actitudes y motivaciones del paciente. En algunas preguntas, se ha incorporado la opción de respuesta “no aplica” atendiendo a las situaciones propias de la población en el estudio (anexo 2).

Para la interpretación de los resultados, las preguntas se formularon en sentido positivo o negativo en una escala sumativa de tipo Likert de tres puntos en la cual nunca = 1, a veces = 2 y siempre = 3; puntuaciones que fueron invertidas en los ítems negativos. De acuerdo con las puntuaciones, para el análisis de los resultados se proponen tres rangos de clasificación por dimensiones y total del instrumento que fluctúan entre 24 y 42 para el grupo en riesgo alto de no adherirse, entre 43 y 54 en riesgo moderado de no adherirse y entre 55 y 72 para el grupo sin riesgo (Ver cuadro 1)

#### CLASIFICACION DE RIESGOS

24 – 42	43 – 54	55 - 72
<b>RIESGO ALTO</b>	<b>RIESGO MODERADO</b>	<b>RIESGO BAJO</b>

Lo que quieres decir es que por cada respuesta que la el paciente se suma y dependiendo de la puntuación total se puede decir en qué riesgo de adherencia esta.

**8.4.2. CUADRO OPERACIONAL DE LAS VARIABLES  
FACTORES SOCIODEMOGRAFICAS**

<b>VARIBLES</b>	<b>TIPOS</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>OPCION DE RESPUESTA</b>
Edad	Cuantitativa	Se refiere al tiempo de una persona, desde su nacimiento hasta su actualidad	Razón	Años
Genero	Cualitativo	Se refiere a las características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer	Nominal	Hombre Mujer
Grado de escolaridad	Cualitativa	Periodo de tiempo que dura la estancia de una persona en u establecimiento educativo	Ordinal	1. Primaria 2. Bachillerato 3. Técnico 4. Universitario
Ocupación	Cualitativa	el trabajo o actividad que impide emplear el tiempo en otra cosa	Nominal	1. estudiante 2. trabajo 3. ama de casa 4. pensionado

## FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

VARIABLES	TIPOS	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	OPCION DE RESPUESTA
Disponibilidad económica	Cualitativa	Cantidad de dinero o de bienes que se tienen para gastar o usar en un momento determinado.	Ordinal	Nunca A veces Siempre No aplica
Capacidad de pago	Cualitativo	Recursos y amplitud para sus costar sus medicamentos	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Capacidad de pago del transporte	Cualitativo	Son los medios materiales o inmateriales que permiten satisfacer o cumplir una necesidad.	Ordinal	Nunca A veces Siempre No aplica
Capacidad de pago de los alimentos	cualitativa	modificaciones para cambios de vida saludable	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Nivel de comprensión	cualitativa	Capacidad de interpretar el entorno gracias a los rayos de luz que alcanza el ojo.	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Apoyo emocional		Protección, auxilio, favor	Ordinal	Nunca A veces Siempre

**FACTORES RELACIONADAS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD**

<b>VARIABLES</b>	<b>TIPO</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>OPCION DE RESPUESTA</b>
Resolutividad del equipo de salud	Cualitativa	Percepcion del sujeto sobre la capacidad de su tratante para resolver sus dudas	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Habilidades de verificación del equipo de salud	Cualitativa	Percepción del sujeto sobre la capacidad de su tratante para corroborar si está cumpliendo el tratamiento o no	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Habilidades para explicar los beneficios del tratamiento	Cualitativa	Percepción del sujeto sobre la capacidad de su tratante para explicar la ganancia que obtiene el paciente de acuerdo a su tratamiento	ordinal	Nunca A veces Siempre
Orientación sobre ingesta de los medicamentos	cualitativa	Percepción del sujeto sobre la capacidad de su tratante para explicar la forma adecuada de tomar su tratamiento farmacológico	Ordinal	Nunca A veces Siempre

Reconocimiento de las limitaciones del paciente para cumplir su tratamiento.	cualitativa	Percepción del sujeto sobre la capacidad de su tratante para saber escucharle y lograr ayudarlo.	Ordinal	Nunca Siempre No cumple
Habilidad para dar educación comprensible		Percepción del sujeto sobre la capacidad de su tratante para tener paciencia y dar una adecuada información	Ordinal	
Explicación de los resultados del tratamiento	Cualitativa	Percepción del sujeto sobre la capacidad de su tratante para darle a conocer los resultados y saber dirigirse hacia el paciente hasta lograr un entendimiento.	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Afinidad con las ideas	Cualitativa	Percepción del paciente que sus expectativas sobre el tratamiento coinciden con las de sus tratantes	Ordinal	Nunca A veces Siempre

## FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA

VARIABLES	TIPO	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	OPCION DE RESPUESTA
Dificultades para seguir el tratamiento por su ocupación	Cualitativa	Barreras que se presentan en determinadas situaciones por las ocupaciones del paciente.	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Dificultades para seguir el tratamiento por difícil acceso geográfico	Cualitativa	Barreras que se presentan en determinadas situaciones por las limitaciones geográficas para llegar al punto de atención.	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Dudas en la toma del medicamento	Cualitativa	Inseguridad ala toma de los medicamentos	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Suspensión del tratamiento	Cualitativa	Decisión para no continuar el tratamiento tomada por el paciente	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Dificultades para el cumplimiento del tratamiento	Cualitativa	Antecedentes de interrupciones al tratamiento antihipertensiva	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Costumbres	Cualitativa	Actividades que hacen permanentemente o muy seguidas.	Ordinal	Nunca A veces

				Siempre
--	--	--	--	---------

### FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

VARIABLES	TIPOS	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	OPCION DE RESPUESTA
Beneficios del tratamiento	Cualitativa	Percepción de ganancia que obtiene el paciente de acuerdo a su tratamiento	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Interés por la enfermedad	Cualitativa	Motivación y compromiso por saber de su enfermedad.	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Importancia del mejoramiento de la salud	Cualitativa	Interés para el mejoramiento de su salud	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Responsabilidad para la mejora de la salud	Cualitativa	Percepción de auto responsabilidad frente a su cuidado y frente a los resultados del mismo o de la falta de éste	Ordinal	Nunca A veces Siempre

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

VARIABLES	TIPO	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	OPCION DE RESPUESTA
Adherencia	Cualitativa	como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Adherencia farmacológica	Cualitativa	Consiste en el grado en que de una persona se toma los medicamentos y sigue las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Control con el medico	Cualitativa	Es la forma, método o procedimiento mediante examen físico, controles biomédicos de laboratorios y de terreno, que permitan diagnosticar el estado morfofuncional del atleta, valorar la aplicación de las cargas y conocer como responde a las mismas, para ofrecer informaciones y recomendaciones a todos aquellos que influyen en el proceso del entrenamiento, <i>con la finalidad de prevenir lesiones en los deportistas por sobrecarga de entrenamiento</i>	Ordinal	Nunca A veces Siempre

Toma de medicamentos	Cualitativa	Sustancia que se administra con fines curativos o preventivos de una enfermedad	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Control con la enfermera	Cualitativa	realizan una serie de cuidados a los Enfermos que padecen diferentes patologías, tales como: Insuficiencia cardiaca, diabetes, insuficiencia renal, politraumatismos, entre otros	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Adherencia no farmacológica	Cualitativa	Es el grado en el que el paciente sigue las recomendaciones dadas por el profesional de la salud en cuanto al cambio de hábitos de vida (dejar el sedentarismo, dejar de beber o de fumar, etc.	Ordinal	Nunca A veces Siempre
toma de alcohol	Cualitativa	El consumo de una copa de alcohol aumenta la Presión Arterial Sistólica (PAS) en 1 mmHg y la Presión Arterial Diastólica (PAD) en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que individuos que consumen alcohol diariamente presentan valores de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independientemente	Ordinal	Nunca A veces Siempre

		del consumo semanal total.		
Consumo de cigarrillos	Cualitativa	El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo y ocasiona el 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores presentan el doble de probabilidades de padecer HTA	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Ejercicio físico	Cualitativa	se considera al conjunto de acciones motoras musculoesqueléticas. El ejercicio físico puede estar dirigido a resolver un problema motor concreto. Las acciones motoras pueden ser agrupadas por la necesidad de desarrollar alguna cualidad física como la fuerza, la velocidad, coordinación, flexibilidad.	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Alimentación balanceada	Cualitativa	Una dieta balanceada significa obtener los tipos y cantidades adecuadas de alimentos y bebidas con el fin de proporcionar nutrición y energía para el mantenimiento de órganos, tejidos y células del cuerpo, al igual que para apoyar el	Ordinal	Nunca A veces Siempre

		crecimiento y desarrollo normales.		
Meditación	Cualitativa	Describe la práctica de un estado de atención concentrada, sobre un objeto externo, pensamiento, la propia consciencia, o el propio estado de concentración.	Ordinal	Nunca A veces Siempre
Adherencia	Cuantitativo	Grado de cumplimiento a las citas de seguimiento en el programa de control HTA	Razón	No. Controles esperados  No. Controles cumplidos

#### **8.4.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:**

Una vez obtenido el aval de las instancias correspondientes en el ámbito académico y asistencial, la recolección de datos se realizó en la sala de espera de la consulta externa del Hospital, con previa autorización de cada sujeto en el estudio para la aplicación del instrumento. La información se recolectó conservando las consideraciones éticas que se plantearon en el estudio. Durante la aplicación de los instrumentos se veló para que las personas tuvieran comprensión de los ítems, para el buen diligenciamiento del instrumento.

El cuestionario fue aplicado a través de una entrevista dirigida por las estudiantes investigadoras y, cuando era necesario, se realizaban aclaraciones a los encuestados sobre el sentido de las preguntas.

Todos los datos fueron obtenidos a través de la entrevista, y se complementó la información sobre adherencia al programa de control de hipertensión arterial, verificando en los registros de seguimiento de la institución, respecto del total de controles cumplidos y no cumplidos por el paciente durante los últimos 12 meses.

Para la recolección de datos, se coordinó con la institución de salud los horarios más adecuados para realización de la misma, y se continuaron hasta tanto se saturó el tamaño de muestra establecido para garantizar la suficiencia y confiabilidad de los resultados.

#### **8.4.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Los datos obtenidos de la aplicación del instrumento se registraron en la base de datos diseñada en el programa Excel, para su respectivo procesamiento, consolidación y análisis.

La verificación de la calidad de los registros en la base de datos se realizó con validación cruzada entre las investigadoras, chequeando una fracción de los instrumentos digitados, elegidos aleatoriamente.

Se hizo uso de las herramientas de la estadística descriptiva, las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas se describió la distribución de frecuencias en un análisis uni variado.

A las respuestas de la escala con factores asociados a la adherencia le fueron asignados los puntajes establecidos en el instrumento de referencia, para obtener finalmente la calificación y clasificación de cada sujeto. De ésta manera se discriminaron los datos entre población con alto, moderado o ningún riesgo de no adherencia al programa de control Hipertensión Arterial.

Una vez clasificados los participantes por nivel de riesgo, se realizaron análisis bivariados para relacionar ésta variable con las características que tipifican la adherencia.

Los resultados son presentados en tablas y gráficas y se difundirán no solo en las instancias académicas sino que serán retornados a la institución de salud.

#### **8.4.6. CONSIDERACIONES ETICAS**

La presente investigación fundamenta sus aspectos éticos en la Resolución No 008430 DE 1993<sup>42</sup>. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para investigación en salud, protegiendo los derechos de los participantes que respondan para dar cumplimiento a los lineamientos éticos y

---

<sup>42</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993. [sitio en línea]. [citado el 10 de octubre del 2010] [http://www.unal.edu.co/viceinvestigacion/normatividad/etica\\_res\\_8430\\_1993 .pdf](http://www.unal.edu.co/viceinvestigacion/normatividad/etica_res_8430_1993.pdf)

legales dispuestos por la comunidad científica internacional como nacional, en protección de derechos de las personas involucradas.

Con base en la normatividad de la profesión de enfermería que define que los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos como principio ético fundamental, este proyecto retoma los lineamientos de la resolución 8430 de 1993, en la cual “se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”. En éste contexto se considera un estudio sin riesgo porque no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las participantes.

Teniendo en consideración el artículo 14 de la mencionada norma se diligenció un Consentimiento Informado escrito, mediante el cual las pacientes contactados para hacer parte del estudio autorizaron su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se sometían, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Este consentimiento incluye los elementos definidos en la norma y se les entregó individualmente (Anexo Formato de Consentimiento Informado).

Los riesgos potenciales identificados en este estudio se describen a continuación: desde el punto de vista asistencial, la identificación de pacientes que no son adherentes al programa de control de hipertensión arterial y en quienes se identifican factores que son modificables. En tal sentido, una vez respondidas las preguntas por parte del paciente, en el proceso de recolección de información se realizó una actividad educativa individualizada para orientar al paciente sobre la pertinencia e importancia de que observe un adecuado manejo de su enfermedad para evitar posteriores complicaciones.

Otro riesgo potencial identificado era la violación de la intimidad de los participantes; para no incurrir en éste riesgo el instrumento no incluyó datos de identificación, los formularios solo son conocidos por los miembros del equipo investigador y la base de datos se diligenció con un número consecutivo que no permitía la identificación de los sujetos del estudio.

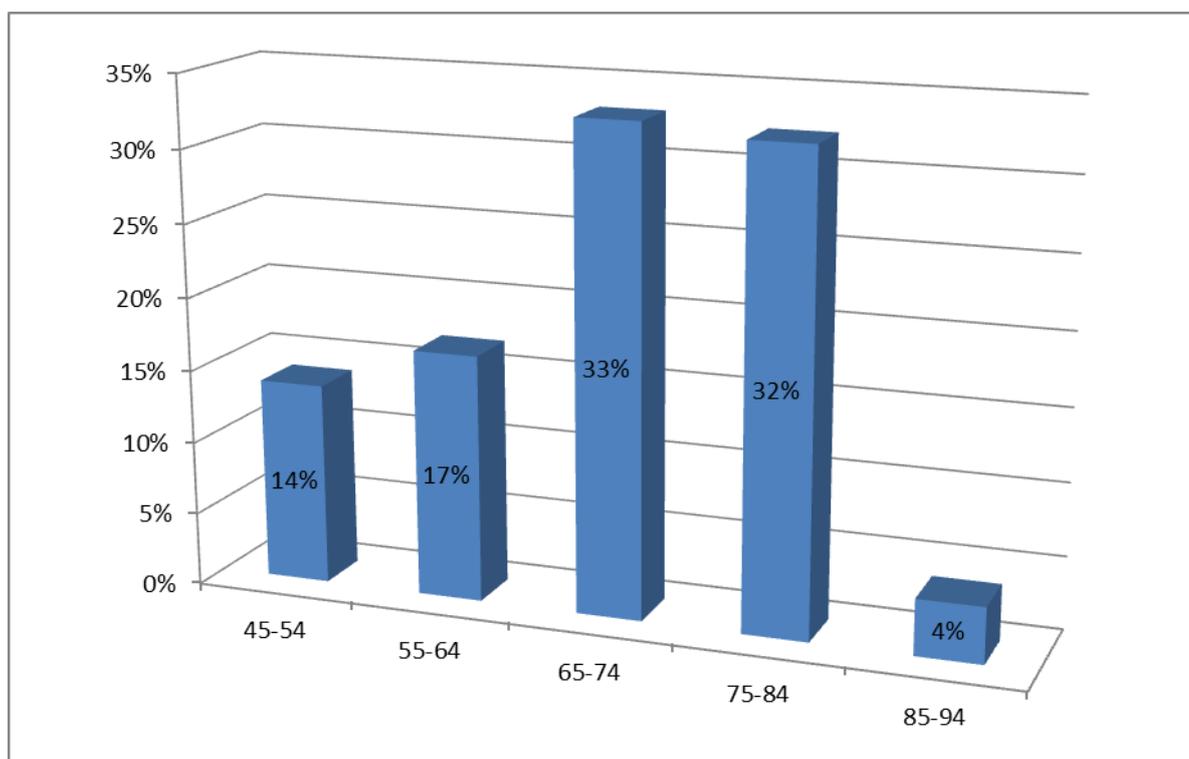
## 9. RESULTADOS

En la investigación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores riesgo cardiovascular aplicado a 135 pacientes, con diagnóstico que con algunas de las enfermedades crónicas no transmisibles que se encontraban inscritos en el programa del Hospital Cañaveralejo, ESE Ladera.

### CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

La **edad** de los pacientes encuestados se encontró un rango de edad de 45 a 89 años, con un promedio de 69 años, la mediana en 71 años y una moda en 78 años, lo cual señala que se trata de una distribución de datos desviada a la derecha.

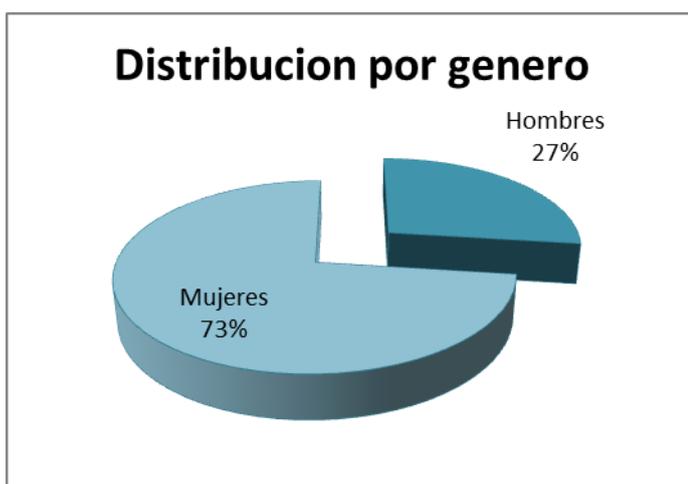
Grafica 1. Distribución por grupo atareo. Factores asociados a adherencia en el programa Control Hipertensión Arterial. Hospital Cañaveralejo ESE Ladera en la ciudad de Cali año 2016





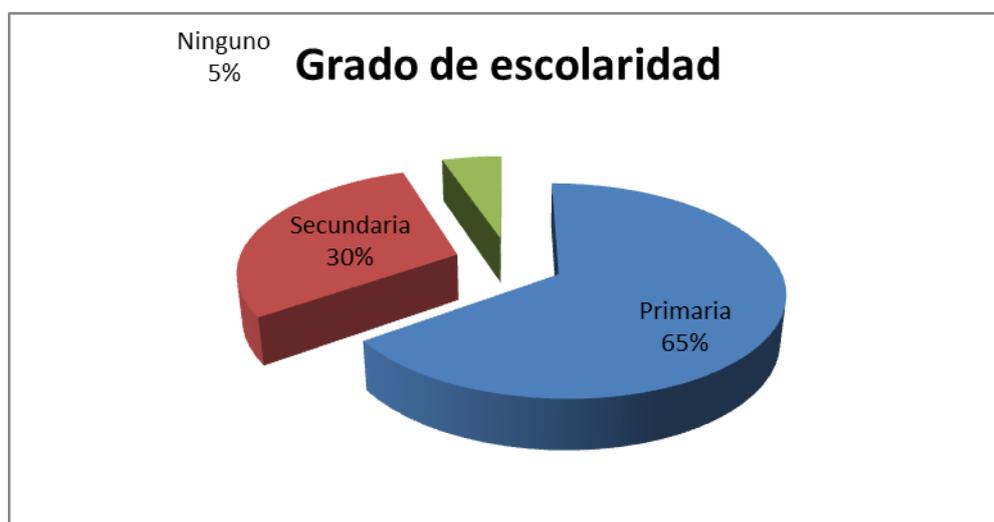
En cuanto al **género** la investigación mostró que fue mayor la proporción de mujeres (n=73%) que hombres (n=27%) participantes en el estudio, evidenciando un índice hombre mujer 1:3.

Grafica 2. Distribución por género. Factores asociados a adherencia en el programa de enfermedades crónicas no transmisibles del Hospital Cañaveralejo. 2016



El nivel de **escolaridad** predominante en la población encuestada fue primaria (n=65%), y un(n= 7%) de los participantes manifestaron no tener ningún grado de escolaridad. El 30% restante curso algún grado de escolaridad en secundaria.

Grafica 3. Distribución por escolaridad. Factores asociados a adherencia en el programa Control Hipertensión Arterial. Hospital Cañaveralejo. 2016



### FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA

En relación con los factores asociados a la adherencia al tratamiento entre los participantes en el estudio, una vez procesados los datos y habiendo puntuado las respuestas tipo Likert con base en la última versión validada del instrumento, se encontró que el 93% de los pacientes, basado en sus respuestas, es clasificada como población sin riesgos de no adherencia. Es decir, que solo un 7% de los encuestados presenta algún grado de riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial.

Tabla 1. Distribución de pacientes según clasificación del riesgo de no adherencia.

<b>Clasificación del riesgo</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Riesgo moderado	10	7%
Sin riesgo	125	93%
<b>Total general</b>	<b>135</b>	<b>100%</b>

Vale resaltar que la recolección de información se efectuó entre pacientes inscritos al Control Hipertensión Arterial, quienes fueron contactados en la sala

de espera de la entidad de salud mientras aguardaban su cita de control en el programa.

Este hecho es relevante por cuanto el hallazgo de riesgo moderado o ningún riesgo para no adherencia o, dicho de otra manera, el hallazgo de que todos los pacientes en el estudio tienen condiciones favorables para adherirse al tratamiento y el seguimiento de la hipertensión, está directamente relacionado con el hecho de que todos los sujetos están inscritos y asisten regularmente al programa.

Una revisión discriminada de cada uno de los factores asociados con la adherencia, midiendo la frecuencia de cada una de las respuestas, evidencia que, si bien la puntuación de la escala ubica al 93% de los encuestados sin riesgo para no adherencia, la especificidad de las respuestas señala a todos los factores socioeconómicos y uno de los factores relacionados con el servicio de salud, como los que indican mayor proporción de respuestas desfavorables para la adherencia (40% ó más sujetos con respuestas que son sugerentes de riesgo). La siguiente tabla describe las 4 dimensiones que caracterizan los factores relacionados con la adherencia de los pacientes a los esquemas terapéuticos del Programa de Control Hipertensión Arterial.

	A veces	Nunca	Siempre
<b>FACTORES SOCIOECONOMICOS</b>			
Disponibilidad económica	50%	1%	50%
Capacidad de pago medicamentos	50%	8%	42%
Capacidad de pago del transporte	56%	6%	39%
Capacidad de pago de los alimentos	53%	14%	33%
Comprensión lectura información sobre la enfermedad	32%	13%	55%
Apoyo familiar para cumplir tto	30%	7%	63%
<b>FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD</b>			
Resolutividad del equipo de salud (responde a inquietudes)	9%	2%	89%
Habilidades de verificación del equipo de salud	19%	0%	81%
Habilidades para explicar los beneficios del tratamiento	5%	6%	89%
Orientación sobre ingesta de los medicamentos	21%	1%	78%
Reconocimiento de las limitaciones del paciente para cumplir su tratamiento.	38%	1%	61%
Habilidad para dar educación comprensible	19%	4%	77%
Explicación de los resultados del tratamiento	16%	3%	81%
Coincidencia equipo salud/paciente sobre resultados tto	19%	2%	79%
<b>FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA (la asignación de puntaje de riesgo en éstos factores es invertido)</b>			
Dificultades para seguir el tratamiento por su ocupación	27%	67%	5%
Dificultades para seguir el tratamiento por difícil acceso geográfico	21%	73%	5%
Dudas en la toma del medicamento	25%	72%	3%
Suspensión del tratamiento	23%	72%	5%
Dificultades para el cumplimiento del tratamiento en el pasado	37%	61%	1%
Percepción sobre Costumbres difíciles de abandonar	44%	47%	9%
<b>FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE</b>			
Cree en Beneficios del tratamiento	6%	1%	93%
Interés por la enfermedad	9%	3%	88%
Importancia del mejoramiento de la salud	2%	4%	94%
Responsabilidad para la mejora de la salud	3%	4%	93%

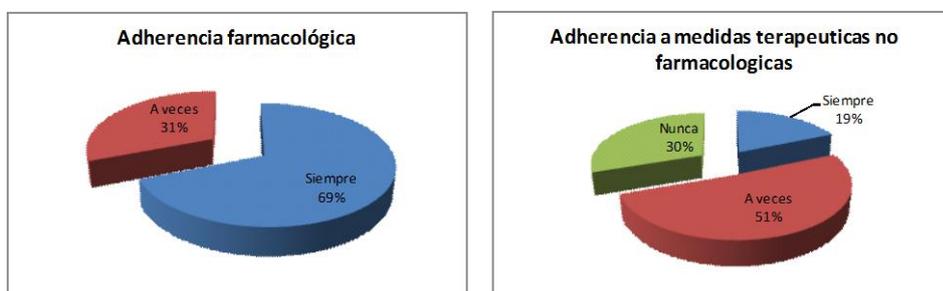
## CARACTERISTICAS DE LA ADHERENCIA

Se describen a continuación los hallazgos de la caracterización de variables con que se tipificó la adherencia de los sujetos en el estudio.

El 69% de los pacientes entrevistados considera que hace un buen cumplimiento de las prescripciones farmacológicas en tanto el 31% admite que se adhiere solo algunas veces.

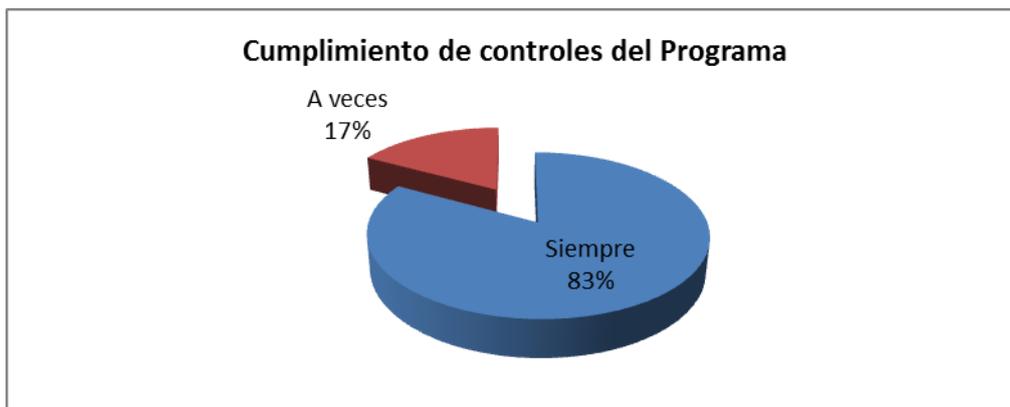
Respecto de la adhesión al tratamiento no farmacológico, un 19% de los participantes afirma que siempre los aplica, en contraste con un 51% que lo hace ocasionalmente y un 30% que nunca se adhiere a las recomendaciones no medicamentosas.

Grafica 4. Adherencia a medidas farmacológicas y no farmacológicas



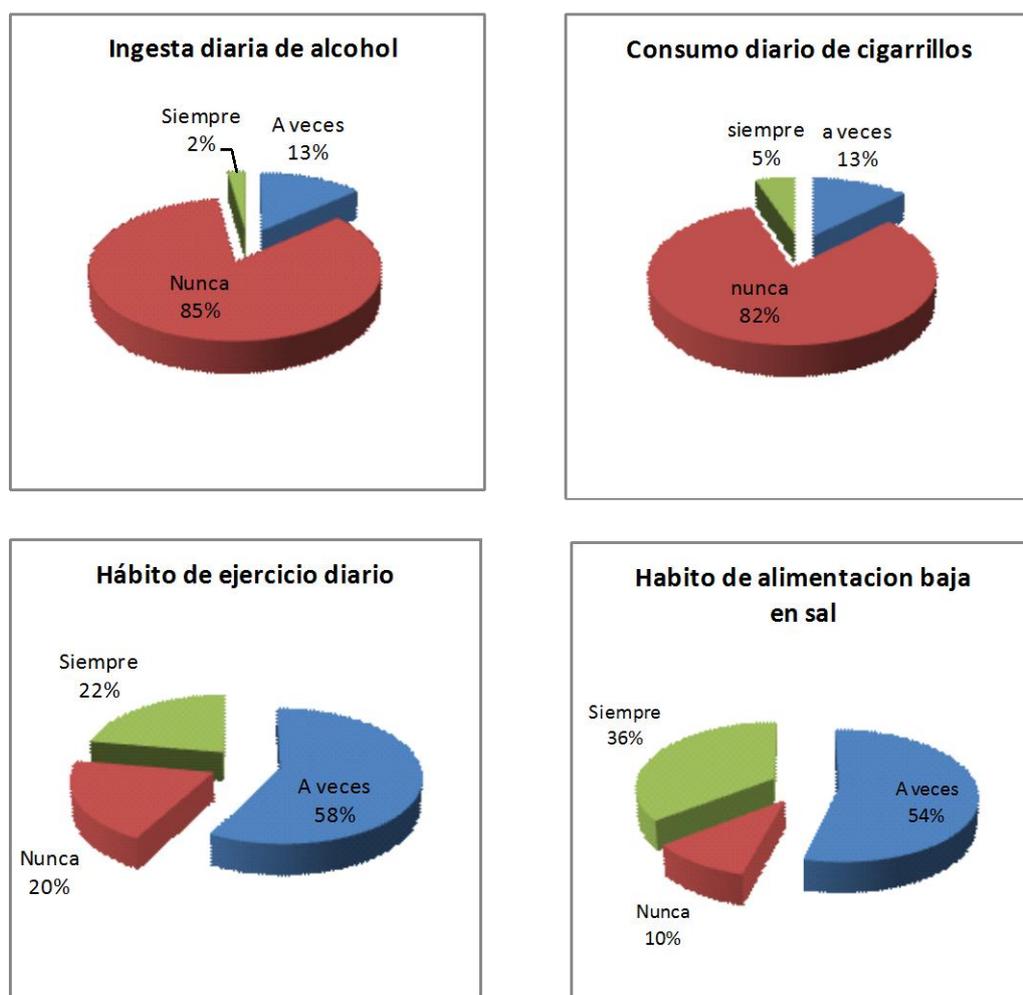
Y en relación con el cumplimiento en la citas para control por médico o por enfermería, el 17% de los encuestados considera que solo cumple a veces. Los restantes expresan que siempre asisten a sus controles

Grafica 5. Cumplimiento en la asistencia a controles del Programa HTA



Al verificar los hábitos y comportamientos de los participantes en el estudio, específicamente en lo que se refiere a consumo de alcohol y cigarrillo, ingesta de sal en la alimentación y práctica diaria de ejercicios, los hallazgos son más explícitos:

Grafica 6. Hábitos relacionados con la hipertensión arterial



Evidenciando que entre 15 y 18% de los encuestados consume tabaco ó bebidas alcohólicas a diario de manera ocasional o habitual; y que entre 10 y 20% nunca han modificado sus hábitos de ejercicio e ingesta de dieta hipo sódico.

## 12 DISCUSIÓN

Esta investigación exploró los factores relacionados con la adherencia de pacientes hipertensos a las medidas terapéuticas (farmacológicas y no farmacológicas) en el programa de control y seguimiento de una Empresa Social del Estado.

El instrumento diseñado por Bonilla (2006) y posteriormente ajustado tras validaciones consecutivas para identificar los factores asociados a la adherencia de los pacientes a los programas de control en riesgo cardiovascular ha mostrado ser idóneo para la realización de estudios con éste propósito.

La presente investigación se apoyó en dicho instrumento para valorar el riesgo de no adherencia o las ventajas para adherirse al Programa Control Hipertensión Arterial entre los usuarios de un servicio asistencial.

El presente estudio indica que la proporción de pacientes con ventajas para adherirse al programa de control de hipertensión es superior al 90%. Dicho hallazgo es similar al obtenido en un estudio con pacientes de riesgo cardiovascular en Cartagena (Flórez 2209) en el cual el 88% de los pacientes se encontró en la categoría sin riesgo de no adherirse a los tratamientos y un 12%, en riesgo moderado.

Sin embargo el hallazgo contrasta con los resultados de Rodríguez y Gómez (2010) quienes señalan que el riesgo de no adherirse a los programas de riesgo cardiovascular es común en el 80,8% de los sujetos en su estudio, realizado en Bucaramanga. Uno de los elementos más diferenciadores entre la investigación de Rodríguez en relación con las otras dos, es que la población participante fue elegida en los servicios intrahospitalarios, lugares a los que comúnmente acuden los pacientes de riesgo cardiovascular que observan

algún grado de complicación y exigen atención de tipo intra -hospitalario, lo cual podría estar asociado a una baja adherencia previa a las terapias farmacológicas y no farmacológicas del programa control Hipertensión Arterial.

Las otras dos pesquisas en cambio (Cartagena y el actual estudio), seleccionaron sus participantes en los servicios ambulatorios del programa de control hipertensión arterial. Con lo cual la probabilidad de adherencia es más alta entre estas personas -inscritas en el programa que se encontraban en la entidad de salud para cumplir su cita habitual de seguimiento-.

Las investigadoras en el presente estudio realizado en el Hospital Carlos Carmona, consideran que quizás se incurrió en un sesgo de selección, ante la limitación de los registros de la ESE que no permitió identificar uno a uno los nombres de todos los pacientes inscritos en el programa, incluyendo activos, insistentes y/o perdidos. Y por tanto la selección por conveniencia implicaba la probabilidad de sesgar la muestra.

Los factores que más afectan la adherencia son los factores socioeconómicos: la disponibilidad de recursos económicos, la falta de redes apoyo familiar y la escasa comprensión sobre la información disponible relacionada con la enfermedad. Entre los factores relacionados con los servicios de salud, la falta de reconocimiento por parte del equipo de salud, de las limitaciones del paciente para cumplir su tratamiento también constituye en factor desfavorable para la adherencia.

Llama la atención que, justamente los mismos factores favorecieron la adherencia en el estudio de Flórez: fueron la disponibilidad de recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas, redes de apoyo familiares y un sistema y equipo de salud organizado.

Los demás factores relacionados con los servicios de salud, que caracterizan las habilidades del equipo de salud para brindar educación, fueron puntuadas como condiciones que favorecen la adherencia.

El riesgo moderado de no adherencia se relacionó, según las respuestas de los participantes, con las dificultades para seguir el tratamiento por difícil acceso geográfico, dudas en la toma del medicamento y suspensión del tratamiento ante la mejoría de los síntomas.

Fieles al compromiso ético de la investigación, las observadoras han respetado estrictamente las respuestas emitidas por los participantes en el estudio. Sin embargo, llama la atención que al explorar las respuestas de los sujetos en relación con las características de la adherencia (es decir, como perciben ellos el cumplimiento de las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas), se hace evidente que las variables sugestivas de no adherencia (hábitos poco saludables, consumo de psicoactivos, no observancia de la terapia con medicamentos) están presentes tanto en la población con ventajas para adherirse como entre aquellos con riesgo moderado de no adherencia. Aunque es evidente que la proporción de pacientes con prácticas de riesgo es siempre mayor en éste último grupo: el 75% no hacen nunca ejercicio diario (entre los que tienen ventajas para la adherencia, son el 15%), un 50% no ingieren dieta baja en sal (entre los que tienen ventajas para la adherencia, son el 10%), el 55% de pacientes con riesgo moderado admiten que nunca cumplen por completo las prescripciones farmacológicas (versus 15% entre los que tienen ventajas para la adherencia). Y finalmente el 45% de éste grupo acepta que no cumple nunca con las recomendaciones no farmacológicas (versus 3% entre los que tienen ventajas para la adherencia).

Aunque éstas últimas cifras contrastan con las anteriores, y sugieren que la proporción de pacientes con riesgo alto o moderado de no adherencia podrían ser mayores, los observadores respetan estrictamente las respuestas suministradas por los sujetos. Estos hallazgos sugieren la necesidad de realizar estudios complementarios, con enfoque cualitativo para profundizar en el sentir y el pensar de los pacientes inscritos en el programa y poder explorar las diferencias entre las cuatro dimensiones que caracterizan los factores

asociados a la adherencia y las prácticas cotidianas de los pacientes que evidencian su adherencia (o su falta de adherencia) a las medidas terapéuticas.

Aunque existen investigaciones que permiten relacionar fuertemente la idea que a mayor edad mayor riesgo de abandono<sup>43</sup>, los resultados de éste estudio no arrojaron ninguna evidencia en éste sentido. En cambio, respecto del género, los hallazgos indican que entre la población con ventajas para la adherencia la proporción de mujeres es mayor que entre aquellos con riesgo moderado (70% vs 40%).

En lo que tiene que ver con la escolaridad y ocupación, entre los pacientes con riesgo moderado de no adherencia el 25% no tienen ningún grado de educación formal (2% entre los que tienen ventajas para adherirse) y el 40% se encuentran desempleados (10% entre los que tienen ventajas para adherirse).

Aunque los actuales hallazgos son sugestivos de asociaciones entre la existencia de factores y su relación con favorecer o dificultar la adherencia de los individuos al programa de control hipertensión arterial, las investigadoras consideran que aún no son concluyentes para la población usuaria del servicio en el Hospital Carlos Carmona, pero constituyen una invitación a nuevas investigaciones. A futuro es recomendable corregir el sesgo de selección de los participantes para equilibrar los grupos de pacientes con y sin riesgo de adherirse a los esquemas terapéuticos; y de ésta manera encontrar respuestas que puedan inferir a la población de hipertensos de la entidad de salud.

---

<sup>43</sup> Artículos como Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. Washington 2004

## CONCLUSIONES

El presente estudio indica que la proporción de pacientes con ventajas para adherirse al programa de control de alguna ECNT es del 90%.

La calidad de vida de la población envejecida puede modificarse favorablemente aplicando un sistema de prevención sencillo, eficaz y económico por parte de médicos y enfermeras del primer nivel de salud. Para el logro de todo lo anteriormente propuesto, no se requieren técnicas costosas, ni sofisticadas, ni la dedicación a tiempo completo de la jornada laboral, esto bien puede insertarse en el horario normal de las actividades de terreno de las profesionales de enfermería.

La educación en el adulto mayor constituye en nuestros días un proceso de gran importancia, con ella pueden lograrse un mejor estilo de vida en las personas mayores, donde exista un adecuado autocuidado, esperanzas, conocimiento real de sus potencialidades, de sus valores y hasta dónde puede llegar.

Las enfermedades crónicas no transmisibles es uno de los mayores problemas de la salud pública

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico hacen que se incremente la morbimortalidad en los pacientes con HTA

El rol de enfermería es de vital importancia ya que realizan aportes fundamentales para el cuidado integral de las personas y la población

Este estudio, junto con otros ya realizados con certeza que las mujeres son las que más asiste al control de HTA

Dimensión relacionada con el paciente, muestra que la población hipertensa expresa conocer los beneficios del tratamiento con un porcentaje del 80%

Enfermería debe implementar la educación, acompañamiento, entrenamiento y/o apoyo social

## RECOMENDACIONES

- Realizar seguimiento periódicamente, de los pacientes, inscritos al programa, que no cumplieron con la cita.
- Realizar visitas domiciliarias, para favorecer el control de los pacientes que se les dificulta el cumplimiento de sus citas de control.
- Realizar cursos de apoyo educativo, periódicamente, los cuales capaciten a los pacientes y a sus familiares, acerca de las formas de tener un control adecuado de las ECNT, para así evitar posibles complicaciones
- Es necesario que la institución realicen controles de las personas que se adhieren al programa y cuáles son los factores que están influyendo para la adherencia y de esta forma minimizar los riesgos de esta enfermedad
- La adherencia terapéutica en personas hipertensas exige una acción multidisciplinario liderada por la Enfermería, y/o apoyo social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. OMS. 2002
2. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Americas, análisis de tendencias. Washington 2002
3. Ministerio de Protección Social. Decreto 3039 de 2007.
4. Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria de Salud Departamental. Situación de salud del Valle del Cauca.2009
5. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Municipal de Cali. Plan Territorial de Salud de Santiago de Cali. 2008-2011
6. Organización Panamericana de la salud. Agenda de Salud de las Américas 2008- 2011
7. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039
8. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. Washington 2004
9. Torre J, Fernández R, López J, Nicolás M, López F, Pérez F. Estudio del cumplimiento del tratamiento y control HTA en un medio urbano. Rev Clín Esp 1990; 187:103-106.
10. Gil V, Belda J, Muñoz C, Martínez VJ, Muñoz C, Soriano JE, Merino J. Validez de cuatro métodos indirectos que valoran el cumplimiento Rev. Clinica esp 1993;1993:363-369
11. Márquez E, Gil Guillen V. Variables que influyen en el incumplimiento terapéutico. Rev. Cumplimiento en HTA. Actualizaciones. 2004;1(2):4-5
12. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali (2007) Análisis de la Situación de Salud. Estudio realizado por el CEDETES, con base en fuentes secundarias, en el marco del Proyecto de Construcción Participativa de un Modelo de Salud para Cali
13. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. J Hum Hypertens 2009 Jun;23(6):363-84.

14. Organización Mundial de la Salud. Op. Cit 8.
15. Libertad M, Bayares H. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004;30 (4).
16. Cruz AG, Pinal ME. Clínicas de hipertensión arterial, una necesidad de nuestra sociedad. *Rev Mexicana de Enfermería. Cardiológica* 2004; 3(12): 92-98.
17. McCombs JS et al. The costs of interrupting antihypertensive drug therapy in a Medicaid population. *Medical Care*, 1994, 32:214-226.
18. Steptoe A et al. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomized trial. *British Medical Journal*, 1999, 319:943-947.
19. David P. Nau, Douglas T. Steinke, L. Keoki Williams, Roger Austin, Jennifer Elston, George Divine, Manel Pladevall. Análisis de la adherencia al tratamiento con una escala analógica visual frente a la estimación basada en los registros de medicación
20. Holguin L. Correa D, Arrivillaga M, Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial> efectividad de un programa de intervención psicosocial *Rev. univ.psychol. online* 2006 vom5, n.3,pp535-548 (ISSN1677-9267)
21. David P. Nau, Op. Cit. 17
22. Organización Mundial de la Salud. Op. Cit 8
23. Torre J, Fernández R, López J, Nicolás M, López F, Pérez F. Estudio del cumplimiento del tratamiento y control HTA en un medio urbano. *Rev Clín Esp* 1990; 187:103-106.
24. Guía 412
25. Caro JJ, Payne K. Real-world effectiveness of antihypertensive drugs. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 162:190-191.
26. Sackett DL et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*, 2005, 1:1205-1207

27. Bittar N. Maintaining long-term control of blood pressure: the role of improved compliance. *Clinical Cardiology*, 1995, 18:312-316
28. Schafheutle EI et al. Access to medicines: cost as an influence on the views and behaviour of patients. *Health & Social Care in the Community*, 2002, 10:187-195.
29. Promoción y prevención en el sistema de salud colombiano, Cecilia Realpe Delado
30. Promoción y prevención en el sistema de salud colombiano, Cecilia Realpe Delado
  
31. Guia 412 de 2007
  
32. Bonilla C. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo. Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia; 2006.
33. Rodríguez A, Gómez A. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Av. Enferm.* 2010 ene-jun; 28(1):63-71
34. Flórez I. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av. Enferm.* 2009 jul-dic; 27(2):25-32.
35. Solera D. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas, con hipertensión arterial, Montería, 2010. [Trabajo de grado Magíster en enfermería con énfasis cuidado para la salud cardiovascular]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá. Facultad de Enfermería; 2010
36. Red de salud oriente. Disponible en:  
<http://www.cali.gov.co/publicaciones.php?id=3408>

37. Ortiz Suárez Consuelo. Validez de constructo y confiabilidad del Instrumento factores que influyen en la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad Cardiovascular. 2008 Tesis de grado (Magister en Enfermería con énfasis en cuidado en salud cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia
38. REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993. [sitio en línea]. [citado el 10 de octubre del 2010] [http://www.unal.edu.co/viceinvestigacion/normatividad/etica\\_res\\_8430\\_1993 .pdf](http://www.unal.edu.co/viceinvestigacion/normatividad/etica_res_8430_1993.pdf)
39. REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 266 de 1996, Ley 911 de 2004 “Ley deontológica para el ejercicio de Enfermería en Colombia”. Página de ética profesional N°17.

### 13. BIBLIOGRAFIA:

Bonilla C. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo. Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia; 2006.

Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Municipal de Cali. Plan Territorial de Salud de Santiago de Cali. 2008-2011

Bittar N. Maintaining long-term control of blood pressure: the role of improved compliance. *Clinical Cardiology*, 1995, 18:312-316.

Caro JJ, Payne K. Real-world effectiveness of antihypertensive drugs. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 162:190-191.

Cruz AG, Pinal ME. Clínicas de hipertensión arterial, una necesidad de nuestra sociedad. *Rev Mexicana de Enfermería. Cardiológica* 2004; 3(12): 92-98.

David P. Nau, Douglas T. Steinke, L. Keoki Williams, Roger Austin, Jennifer Elston, George Divine, Manel Pladevall. Análisis de la adherencia al tratamiento con una escala analógica visual frente a la estimación basada en los registros de medicación

David P. Nau, Op. Cit. 17

Flórez I. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av. Enferm.* 2009 jul-dic; 27(2):25-32.

Gil V, Belda J, Muñoz C, Martínez VJ, Muñoz C, Soriano JE, Merino J. Validez de cuatro métodos indirectos que valoran el cumplimiento *Rev. Clinica esp* 1993;1993:363-369

Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria de Salud Departamental. Situación de salud del Valle del Cauca. 2009

Guía 412

Guía 412 de 2007

He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *J Hum Hypertens* 2009 Jun;23(6):363-84.

Holguin L. Correa D, Arrivillaga M, Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial> efectividad de un programa de intervención psicosocial *Rev. univ.psychol. online* 2006 vom5, n.3,pp535-548 ISSN1677-9267)

Libertad M, Bayares H. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública.* 2004;30 (4).

Márquez E, Gil Guillen V. Variables que influyen en el incumplimiento terapéutico.*Rev. Cumplimiento en HTA. Actualizaciones.* 2004;1(2):4-5

McCombs JS et al. The costs of interrupting antihypertensive drug therapy in a Medicaid population. *Medical Care*, 1994, 32:214-226.

Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039

Ministerio de Protección Social. Decreto 3039 de 2007.

Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. Washington 2004

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. OMS. 2002

Organización Mundial de la Salud. Op. Cit 8

Organización Mundial de la Salud. Op. Cit 8.

Organización Panamericana de la salud. Agenda de Salud de las Américas 2008- 2011

Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Americas, análisis de tendencias. Washington 2002

Ortiz Suárez Consuelo. Validez de constructo y confiabilidad del Instrumento factores que influyen en la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad Cardiovascular. 2008 Tesis de grado (Magister en Enfermería con énfasis en cuidado en salud cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia.

Promoción y prevención en el sistema de salud colombiano, Cecilia Realpe Delado

Promoción y prevención en el sistema de salud colombiano, Cecilia Realpe Delado

Red de salud Ladera. Disponible en:

[www.esecentro.gov.co/.../Perfil%20Epidem%20Zona%20Centro\\_20...](http://www.esecentro.gov.co/.../Perfil%20Epidem%20Zona%20Centro_20...)

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993. [sitio en línea]. [citado el 10 de octubre del 2010]  
http: [//www.unal.edu.co/viceinvestigacion/normatividad/](http://www.unal.edu.co/viceinvestigacion/normatividad/etica_res_8430_1993.pdf)

[etica\\_res\\_8430\\_1993 .pdf](http://www.unal.edu.co/viceinvestigacion/normatividad/etica_res_8430_1993.pdf)

REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 266 de 1996, Ley 911 de 2004 “Ley deontológica para el ejercicio de Enfermería en Colombia”. Página de ética profesional N°17.

Rodríguez A, Gómez A. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Av. Enferm.* 2010 ene-jun; 28(1):63-71.

Sackett DL et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*, 2005, 1:1205-1207

Schafheutle EI et al. Access to medicines: cost as an influence on the views and behaviour of patients. *Health & Social Care in the Community*, 2002, 10:187-195.

Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali (2007) Análisis de la Situación de Salud. Estudio realizado por el CEDETES, con base en fuentes secundarias, en el marco del Proyecto de Construcción Participativa de un Modelo de Salud para Cali

Solera D. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas, con hipertensión arterial, Montería, 2010. [Trabajo de grado Magíster en enfermería con énfasis cuidado para la salud cardiovascular]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá. Facultad de Enfermería; 2010.

Stephoe A et al. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomized trial. *British Medical Journal*, 1999, 319:943-947.

Torre J, Fernández R, López J, Nicolás M, López F, Pérez F. Estudio del cumplimiento del tratamiento y control HTA en un medio urbano. *Rev Clín Esp* 1990; 187:103-106.

Torre J, Fernández R, López J, Nicolás M, López F, Pérez F. Estudio del cumplimiento del tratamiento y control HTA en un medio urbano. *Rev Clín Esp* 1990; 187:103-106.

## 14. ANEXOS

### 14.1 INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CRONICAS NP TRASMISIBLES

No. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Nivel Educativo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

#### Instrucciones

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

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

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE	NO APLICA
<b>I DIMENSIÓN</b>				
<b>Factores Socioeconómicos</b>				
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)				
2. Puede costearse los medicamentos.				
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.				
4. Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.				
5. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.				
6. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.				
<b>II DIMENSIÓN</b>				
<b>Factores Relacionados con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud</b>				
7. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.				
8. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.				
9. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.				

10. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.				
11. En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.				
12. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.				
13. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.				
14. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo es sus hábitos.				
<b>III DIMENSIÓN</b>				
<b>Factores Relacionados con la Terapia</b>				
15. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.				
16. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.				
17. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.				
18. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.				
19. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.				
20. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.				
<b>IV DIMENSIÓN</b>				
<b>Factores Relacionados con el Paciente</b>				
21. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.				
22. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.				
23. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.				
24. Cree que es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.				
<b>V DIMENSIÓN</b>				
<b>Adherencia al tratamiento</b>				
25. Usted practica la adherencia al tratamiento hipertensión				
26. Tiene usted adherencia farmacológica				
27. Asiste a los controles con el médico				
28. Se toma todos los medicamentos que le manda el médico				
29. Asiste a los controles con la enfermera				

30.Tiene usted adherencia no farmacológica				
31.Toma más de dos copas de alcohol al día				
32.Fuma más de dos cigarrillos diarios				
34.Practica una hora de ejercicio diario				
35.Tiene una alimentación balanceada baja en sal (frutas, verduras, carne, granos, etc.				
36.Practica ejercicios para meditar y disminuir el estrés				

## 14.2 ANEXO.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudiantes de la especialización de administración en salud de la Universidad católica de Manizales están desarrollando una investigación para conocer cuáles son las situaciones que se relacionan con la adherencia (permanencia, continuidad y cumplimiento de los tratamientos y las recomendaciones) entre las personas inscritas en el programa de Control de Hipertensión Arterial. El estudio es realizado por las estudiantes: Alejandra maría Gonzales palacios, Cruz Niver Murillo Potes, Yassi Lorena Chala Rentería y Yamileth Usuriaga Racines

Esta investigación contribuirá a generar información para la toma de decisiones a nivel de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud pertenecientes a la ESE, a fin de mejorar la adherencia de las pacientes a los protocolos de manejo.

También beneficiara los pacientes con diagnostico de hipertensión arterial en la medida que las acciones de mejora redundan en mejor calidad de atención a las mismas. Adicionalmente, los participantes serán beneficiados con una actividad educativa que realizarán las estudiantes de manera individual y personalizada, una vez se haya concluido la entrevista de recolección de datos.

En el análisis de los resultados se garantizará la confidencialidad de la información y la utilización de los datos obtenidos solo será con fines investigativos.

Este consentimiento informado es para los adultos diagnosticados con hipertensión arterial que se encuentran inscritos al en la E.S.E ladera de Cali en el año 2016.

### ACLARACIONES

- La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No recibirá pago por su participación.

- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Después de haber escuchado claramente en qué consisten los objetivos del estudio y aclaraciones usted está en la posibilidad de aceptar o negar su participación, como también podrá retirarse en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que por ello se creen prejuicios; por lo tanto si usted está de acuerdo en su participación en el estudio le solicito firme este documento.

Yo \_\_\_\_\_ Identificado con Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado que he leído y comprendido el presente formato de consentimiento informado y que me han sido resueltas todas las preguntas satisfactoriamente y además acepto participar de manera libre y voluntaria en el estudio.

_____	_____	_____
Firma de entrevistada(o)	CC	Fecha
_____	_____	_____
Firma de un testigo	CC	Fecha
_____	_____	_____
Firma de un testigo	CC	Fecha

Si requiere a las investigadoras, por favor comuníquese con

Alejandra Gonzáles C.	Telefono: 3163868257
Cruz Niver Murilo Potes	Telefono: 3104576601
Yassi Lorena chala R.	Telefono: 3137654374
Yamileth usuriaga R.	Telefono. 3146397358

Docente responsable:	
Richard Nelson Roman.	3108352195.