

Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular

Influential factors in adherence to treatment in patients with cardiovascular risk

Fatores influentes na aderência ao tratamento em pacientes com risco cardiovascular

ALBA LUZ RODRÍGUEZ ACELAS*, ANA MARITZA GÓMEZ OCHOA**

Resumen

Objetivo: describir y analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular en la Fundación Cardiovascular de Colombia.

Metodología: estudio descriptivo-metodológico, realizado con 172 pacientes hospitalizados y de consulta ambulatoria. El instrumento aplicado fue diseñado por Bonilla (8), su utilidad es evaluar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, tiene pruebas de validez facial y contenido (0,91), consistencia interna por test-retest estadísticamente significativo y coeficiente alfa de Cronbach (0,85); este último hallado en el presente estudio.

Resultados: 80,8% de las personas presentan alto riesgo de no adherirse, 12,8% con ventajas y 6,4% no muestra adhe-

rencia a los tratamientos. Las edades oscilaron entre 23-85, la asistencia a la institución en mujeres fue 63,4% respecto a hombres (36,6%). Asimismo, se evidenció que la adherencia beneficia el factor relacionado con el paciente. En contraste, disminuyen los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, con la terapia y el factor socioeconómico.

Discusión y conclusiones: entre los factores que apoyan la adherencia se encuentra el reconocimiento de la enfermedad, confianza en el tratamiento, apoyo de redes sociales y respaldo de la institución. A diferencia, debilitan la adherencia las dificultades económicas, falta de permisos, dificultades en modificar hábitos y déficit de conocimientos. Los resultados reflejan la necesidad de fortalecer a los profesionales de la salud en el manejo de la adherencia desde los ámbitos académicos y la creación o fortalecimiento de los programas educativos en las instituciones de salud.

Palabras clave: adhesión al tratamiento, conductas terapéuticas, factores de riesgo, enfermedades cardiovasculares (Fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

Objective: describe and analyze factors that influence the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in patients with risk of cardiovascular disease at Fundación Cardiovascular de Colombia.

Methodology: descriptive-methodological study, carried out with 172 in and out patients. The instrument applied

* Enfermera, magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Enfermera Área Asistencial de la Fundación Cardiovascular de Colombia. Profesora Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bucaramanga. alra1900@yahoo.com, Bucaramanga, Colombia

** Enfermera, magíster en Enfermería y Docencia. Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria. Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. amgomez@unal.edu.co, Bogotá, Colombia.

was designed by Bonilla (8); its utility is to assess the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments in patients with risk factors of cardiovascular disease. The instrument has face and content validity tests (0,91), statistically significant test-retest internal consistency and Cronbach's alpha coefficient (0,85); the latter was determined in this study.

Results: 80,8% of the people had a high non-adherence risk, 12,8% with advantages and 6,4% does not show adherence to the treatments. Ages varied between 23-85, visit of women to the health institution was 63,4% compared to men (36,6%). Similarly, it showed that adherence benefits the patient related factor. In contrast, provider related factors see a reduction: health system and equipment, with therapy and socio-economic factor.

Discussion and conclusions: among the factors that support adherence, we found acceptance of the disease, confidence in the treatment, support from social networks and support provided by the institution. On the other hand, adherence is weakened by financial difficulties, lack of permits, difficulties encountered when changing habits and lack of knowledge. The results reflect the need to strengthen health professionals in the handling of adherence from the academic field and the creation or strengthening of educational programs at health institutions' level.

Key words: medication adherence, therapeutical approaches, risk factors, cardiovascular diseases

Resumo

Objetivo: descrever e analisar os fatores que influem na aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico em pacientes com risco de doença cardiovascular na Fundação Cardiovascular da Colômbia.

Metodologia: estudo descritivo – metodológico realizado com 172 pacientes hospitalizados e de consulta ambulatoria. O instrumento aplicado foi desenhado por Bonilla (8) e é útil para avaliar a aderência aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos em pacientes com fatores de risco de doença cardiovascular, tem provas de validade facial e conteúdo (0,91), consistência interna por teste -reteste estatisticamente significativo e coeficiente alfa de Cronbach (0,85); o qual foi conseguido no presente estudo.

Resultados: 80,8% das pessoas apresentam alto risco de não aderência, 12,8% com vantagens e 6,4% não demonstra aderência aos tratamentos. As idades oscilaram entre 23-85, o comparecimento à instituição em mulheres foi 63,4% a respeito dos homens (36,6%). Igualmente, verificou-se que a aderência beneficia o fator relacionado com o paciente. Em contraposição, diminuem os fatores relacionados com o fornecedor: sistema e equipamento de saúde, com a terapia e o fator socioeconômico.

Discussão e conclusões: entre os fatores que apóiam a aderência está o reconhecimento da doença, confiança no tratamento, e apoio das redes sociais e da instituição. Em contraste, as dificuldades econômicas, falta de permissões, dificuldades para mudar hábitos e o déficit de conhecimentos debilitam a aderência do paciente. Os resultados refletem a necessidade de fortalecer os profissionais da saúde no gerenciamento da aderência desde os âmbitos acadêmicos e a criação ou fortalecimento dos programas educativos nas instituições de saúde.

Palavras chave: adesão à medicação, condutas terapêuticas, fatores de risco, doenças cardiovasculares

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares se reconocen cada vez más como un problema importante de salud pública; el incremento de las tasas de mortalidad y la prevalencia de factores de riesgo se han convertido poco a poco en un problema que demanda la intervención de los profesionales de salud y los entes gubernamentales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 17 millones de personas mueren cada año como consecuencia de enfermedad cardiovascular en todo el mundo. En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) las enfermedades cerebro-cardiovasculares se ubican en el primer lugar de mortalidad (1).

Gran parte de esta problemática se encuentra relacionada con la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, reflejada en un gran número de consecuencias no solamente en la salud, sino familiares y económicas. Por ende, la iniciativa mundial lanzada en 2001 por el grupo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS, en el trabajo realizado bajo el marco de un proyecto sobre adherencia terapéutica a largo plazo, generó un informe técnico divulgado entre 2003 y 2004 (2), dirigido básicamente a los formuladores de políticas y directivos de los sistemas de salud, cuyas decisiones deben repercutir en las estrategias nacionales y locales que mejoren los resultados de salud y la eficiencia económica del sector, además de servir de referencia a científicos, investigadores y personal de salud en su labor cotidiana.

Según Haynes y Sackett (3), la definición de cumplimiento o adherencia terapéutica se da por la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el

seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, que coinciden con las indicaciones dadas por su médico. Para Kontz (4), “la adherencia es un fenómeno complejo en el que un individuo muestra comportamientos consistentes con su propia definición de salud y con las actividades relacionadas con la salud”. En contraste, el incumplimiento es la falta de conductas hacia lo terapéutico, influido por múltiples factores como los relacionados con el paciente, profesional, sistema sanitario, enfermedad y con los propios fármacos.

En ese sentido, en el estudio del comportamiento de la adherencia en salud se debe tener presente una serie de premisas que contribuyen a entender su importancia, las cuales relaciona la OMS (5):

- La falta de adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas es un problema mundial de magnitud sorprendente.
- El impacto de la falta de adherencia aumenta a medida que se eleva el peso de la enfermedad crónica en el mundo entero.
- Las consecuencias de poca adherencia a terapias de corta duración son un resultado de salud deficiente y aumentan los costos del cuidado de salud.
- Al mejorar la adherencia, se mejora la salud del paciente.
- La adherencia es un indicador importante de la efectividad del sistema de salud.
- Al mejorar la efectividad de las interacciones en adherencia, se puede lograr un impacto mucho mayor en la salud de la población que mejorando otro tratamiento médico.
- Los sistemas de salud deben evolucionar para experimentar nuevos retos.
- Se debe ayudar al paciente en lugar de culparlo.
- La adherencia está afectada simultáneamente por diversos factores.
- Se refuerzan interacciones deseadas para el paciente según sus necesidades.
- La adherencia es un proceso dinámico que requiere seguimiento.
- Los profesionales de salud deben tener entendimiento respecto a la adherencia.
- Se necesita una metodología multidisciplinaria para mejorar la adherencia.

- La familia, la comunidad y los pacientes son organizaciones claves para tener éxito en el incremento de la adherencia.

Además, el informe de la OMS (5) enumera algunos riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a los tratamientos y son muy ilustrativos sobre las consecuencias:

- Recaídas más intensas
- Aumenta el riesgo de dependencia
- Se incrementa el riesgo de efectos adversos
- Se eleva el riesgo de toxicidad, con mayor fuerza en niños o ancianos
- Aumenta el riesgo de accidentes
- Riesgo elevado de desarrollar resistencia medicamentosa, especialmente a los antibióticos, producida por el incumplimiento de los requerimientos de su utilización por los pacientes.

Determinar las razones que influyen en la adherencia podría estar modulado por la experimentación de riesgo o vulnerabilidad percibida, la consideración de la severidad de la enfermedad, la autoeficacia y la utilidad de adherirse al tratamiento. La OMS (6) refiere que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional, determinado por la acción recíproca de cinco parámetros que inciden sobre la adherencia a los tratamientos: factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el sistema de atención sanitaria y factores socioeconómicos; todos interactúan unos con otros.

En tal sentido, el desempeño del profesional de enfermería, bajo su filosofía de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana, a través de su hacer diario contribuye para que el hombre obtenga bienestar en todas las dimensiones: física, mental, emocional, social y espiritual. Según Fleury (7), el papel de la enfermera tiene que ver con ayudar a los individuos a que entiendan, adopten y mantengan prácticas en su estilo de vida que les ayude a disminuir estos riesgos o incapacidades.

Conociendo el incremento de las enfermedades cardiovasculares en la población, los beneficios de la buena adherencia terapéutica y el papel fundamental de los profesionales de enfermería, se hace notable la necesidad de un trabajo multidisciplinario que impulse estrategias de intervención orientadas a la consecución de objetivos terapéuticos concretos, mediante el diseño y desarrollo de planes de

cuidados ajustados a las características particulares de los pacientes, con el fin de mantener una calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales, recreativas y personales.

Visualizando el panorama, el tema de la adherencia ha sido motivo de investigación en la Universidad Nacional de Colombia, programa de Maestría en Enfermería, sublínea de Cuidado Cardiovascular; la autora Bonilla (8) diseñó un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, el cual fue aplicado en el presente estudio.

Definición de conceptos

- Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico: características que afectan el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud. Entre ellas están las características socioeconómicas, las relaciones con la enfermedad, con el tratamiento, con el paciente y el sistema de atención sanitaria.

- Adherencia a los tratamientos farmacológicos: estado acerca del comportamiento de una persona respecto de cómo tomar los medicamentos; se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.

- Adherencia a los tratamientos no farmacológicos: estado acerca del comportamiento de una persona de cómo seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en los hábitos diarios de vida; se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.

- Paciente con factor de riesgo de enfermedad cardiovascular: persona con características o condiciones presentes en forma temprana que se asocian con la probabilidad de desarrollar enfermedades coronarias o cardiovasculares en un periodo determinado. Dichas condiciones están constituidas por hipertensión arterial, diabetes, obesidad, dislipidemias, tabaquismo y sedentarismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio de tipo descriptivo-metodológico, abordaje cuantitativo, realizado en el periodo comprendido de febrero a abril de 2008. La población estuvo conformada

por 311 personas, asistentes a la consulta de riesgo cardiovascular, nutrición, medicina interna y pacientes hospitalizados en la Fundación Cardiovascular de Colombia de la ciudad de Bucaramanga.

Se calculó en el subprograma Statcalc, del paquete estadístico EPI-INFO 6.04d, un tamaño de muestra de 172 pacientes mediante muestreo no probabilístico, para poder detectar prevalencias de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular entre el 10% y el 90%, con un nivel de confianza del 95%, poder del 80% y una probabilidad de cometer error tipo 1 del 5%.

La información recolectada se transcribió por separado en dos bases de datos en EPI-INFO 6.04d, la corrección de errores de transcripción se hizo mediante el subprograma Validate de EPI-INFO 6.04d, posteriormente las bases de datos se exportaron al programa Stata 10, para el análisis estadístico. Finalmente, la determinación de la consistencia interna se hizo a través del coeficiente alfa de Cronbach a cada una de las dimensiones y globalmente al total de ítems del instrumento.

Para el análisis descriptivo de las características de la población encuestada, se realizó un análisis univariado de las variables de interés, mediante frecuencias absolutas y proporciones para variables nominales; las variables continuas se especificaron con medidas de tendencia central y de dispersión según sus características; las continuas con distribución normal se resumieron con media y desviación estándar, y las restantes que no guardaron normalidad con la mediana, el rango intercuartílico y el valor mínimo y máximo. La normalidad de las variables se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk (9).

El instrumento aplicado lo elaboró Bonilla en 2006 (8), con el fin de medir los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, es decir, Bonilla (8) se basó en el esquema de las dimensiones sobre factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en enfermedades crónicas, propuesto por la OMS, sometido a pruebas de validez facial y de contenido; para esta última participaron 10 enfermeras de distintas instituciones con experiencia en el área cardiovascular; como resultado quedó un instrumento con 72 ítems, con un índice de validez de contenido de 0,91.

Después del diseño original del instrumento se le han realizado otras mediciones, con los siguientes resultados:

- Primera medición, instrumento con 62 ítems, arrojó la prueba de expertos y la aprobación de las autoras originales, resultando una confiabilidad de 0,797.
- Segunda medición, instrumento con 56 ítems después de eliminar los ítems que arrojó la primera medición, resultó una confiabilidad de 0,825.
- Tercera medición, instrumento con 54 ítems después de eliminar los ítems de la segunda medición, dio una confiabilidad de 0,82.
- Cuarta medición, instrumento con 52 ítems después de eliminar la dimensión tercera, según los resultados obtenidos y recomendaciones de las autoras, terminó con una confiabilidad de 0,83, que es un rango permitido para instrumentos recién desarrollados. La última medición fue enviada a las autoras, la propuesta de eliminar la tercera dimensión no fue aprobada, dejaron un instrumento de 53 ítems, organizando nuevamente los ítems de la tercera dimensión, y cambiaron el nombre a las dimensiones tercera y cuarta, la determinación fue dada por el método test-retest a través del coeficiente de Spearman, dando como resultado 0,458, lo que estadísticamente significa que existe una correlación aceptable.

La versión No. 3 del instrumento empleado consta de 53 ítems, distribuidos en 4 dimensiones con una calificación tipo Likert de tres puntos, cuenta con pruebas de validez facial y de contenido (0,91), consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach de 0,83 y test-retest estadísticamente significativo.

Las dimensiones e ítems que contempla el instrumento son:

Dimensión I: está condensada en 14 preguntas, las cuales corresponden a los factores socioeconómicos, es decir al estatus socioeconómico, educación, aspectos sociales de apoyo, aspectos ambientales y culturales.

Dimensión II: conformada por 21 preguntas, que indagan los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud.

Dimensión III: contempla 10 preguntas relacionadas con los factores de terapia farmacológica como no farmacológica.

Dimensión IV: contiene 8 preguntas concernientes a los factores relacionados con el paciente.

El estudio se realizó en tres fases:

Fase 1. Consistencia interna del instrumento.

Se aplicó la versión actual del instrumento a los pacientes para determinar la consistencia interna utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, establecido para cada una de las dimensiones y total del instrumento; lo anterior para estimar la correlación existente entre los ítems del instrumento e identificar ítems poco consistentes o que midan el mismo atributo.

Fase 2. Descripción de los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la Fundación Cardiovascular de Colombia.

Se hizo el análisis de cada uno de los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, basado en los criterios establecidos por Bonilla (8).

Fase 3. Evaluación de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la Fundación Cardiovascular de Colombia.

En esta última fase se realizó la evaluación de la adherencia a través de la escala tipo Likert que consta de tres puntos: nunca = 0, a veces = 1 y siempre = 2; los ítems se formularon en sentido positivo o negativo para controlar los sesgos de respuesta; el instrumento versión 3 contempla 53 ítems, repartidos en 19 negativos y 34 positivos; la valoración de la adherencia fue contemplada en tres categorías (ver tabla 1).

Tabla 1. Porcentajes para evaluar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

| Valoración de adherencia | Porcentaje (%) |
|---|----------------|
| Ventaja para adherirse | 80-100 |
| En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia | 60-79 |
| No puede responder con comportamientos de adherencia | <60 |

Fuente: Bonilla (8).

Tabla 2. Coeficiente alfa de Cronbach al instrumento y por cada una de las dimensiones.

| Dimensiones | Número de ítems | Alfa de Cronbach |
|--|-----------------|------------------|
| I. Factores socioeconómicos | 14 | 0,7660 |
| II. Factores relacionados con el proveedor | 21 | 0,7946 |
| III. Factores relacionados con la terapia | 10 | 0,5824 |
| IV. Factores relacionados con el paciente | 8 | 0,5647 |
| Total de las dimensiones | 53 | 0,8515 |

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Determinación de la consistencia interna

A través del coeficiente alfa de Cronbach se determinó la consistencia interna del instrumento implementado; también se estableció esta medida para cada dimensión. El propósito era conocer la variabilidad de resultados de acuerdo con los cambios hechos al instrumento y estimar la correlación que existe entre los ítems del instrumento e identificar ítems poco consistentes o que están midiendo el mismo atributo; se obtuvieron los siguientes resultados (ver tabla 2).

Según Burns y Grove (10), el valor mínimo aceptable es de 0,70 para instrumentos recién desarrollados y para instrumentos bien desarrollados un coeficiente alfa de Cronbach de 0,8; este coeficiente orienta en forma indirecta hacia la posible relación de las preguntas con el constructo estudiado.

Los resultados ítems-total del instrumento indican que hay buen equilibrio e identidad entre los ítems, por lo cual no es pertinente realizar ninguna modificación a los ítems que contempla el instrumento. Este hallazgo indica que la homogeneidad sigue siendo buena dado que, según el estudio realizado por Contreras et ál. (11), la prueba alfa de Cronbach al instrumento reportó una consistencia interna de 0,833; en contraste, la actual prueba alcanzó 0,8515, lo cual representa que es un instrumento con rango medio, permitido por el rigor metodológico, y que los ítems están bien correlacionados entre sí.

Descripción y evaluación de los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Características sociodemográfica

Las edades oscilaron entre 23 y 85 años, con mayor predominio entre 43-66 años; este referente permite analizar el incremento de factores de riesgo cardiovascular en forma temprana y que continúan a lo largo de los años; los estudios epidemiológicos han demostrado que los factores de riesgo metabólicos tienden a incrementarse con la edad, de no intervenir en forma adecuada.

Respecto al género, se encontró una mayor asistencia de las mujeres a la institución de salud, relacionada con la ocupación (pensionada o encargada del hogar) que permite flexibilidad en el manejo del tiempo. En contraste, el género masculino presenta dificultades en los permisos y olvido con el tratamiento. Asimismo, en el ensayo clínico *Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study* (12) refieren que después de la menopausia las mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir una enfermedad del corazón, aproximadamente una década más tarde, pero cuando lo hacen, por lo general tienen un mayor perfil de riesgo, con incidencia de diabetes, obesidad, hipertensión, lo que conduce a un peor pronóstico. En ocasiones, la falta de medidas de prevención adecuadas hace que no se reconozcan los síntomas y por tanto no se actúe en consecuencia.

En Colombia, el estudio de Contreras et ál. (11) reportó que 48% eran amas de casa, 17% pensionados, 3% desempleados y 32% laboraban. El estudio REDIFA (13)

analizó el grado de cumplimiento y los factores del no cumplimiento; encontró que un 38% incumplían el tratamiento, siendo las mujeres más cumplidoras que los hombres; lo anterior se correlaciona con lo reflejado en nuestro estudio.

En cuanto al lugar de procedencia, los que vienen de fuera de la ciudad refirieron mayor dificultad por el tiempo y falta de recursos económicos.

Dimensión I: factores socioeconómicos. La variable presentó una distribución normal con un puntaje promedio de 18,3 y una desviación estándar de 2,8; contempla ítems asociados con la disponibilidad económica, apoyo social, ocupación laboral y desplazamientos a la institución de salud.

Dimensiones II (factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud), III (factores relacionados con la terapia) y IV (factores relacionados con el paciente). No presentaron distribución normal, por tanto se reportó la mediana, el rango intercuartílico, el valor mínimo y máximo (ver tabla 3).

Según los resultados, los factores que inciden a favor de la adherencia en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se encuentran asociados a la parte socioeconómica, sistema de salud, relacionados con la terapia y con el paciente, influenciado por:

- Dimensión I: reconocimiento en las personas de la importancia de adherirse a los tratamientos, presencia de redes de apoyo de la familia y grupos de amigos.
- Dimensión II: aprobación hacia la institución y los servicios que presta, por parte del cliente interno y externo.
- Dimensión III: confianza en los beneficios del tratamiento.

- Dimensión IV: importancia de continuar su tratamiento para mejorar su salud.

Millar en 1999 (14), sostuvo que “la motivación para adherirse al tratamiento prescrito, es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y el grado de confianza en poder seguirlo. Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse concurrentemente con las biomédicas si se busca mejorar la adherencia general”.

La relación que se establece entre la institución, el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente; en consecuencia, para mejorar la adherencia a la terapia, el clínico debe informar ampliamente al paciente e involucrarlo activamente en la negociación y decisión de las medidas terapéuticas; así logrará que se apropie de dichas medidas.

En contraste, algunos factores disminuyen la adherencia a los tratamientos de forma significativa:

- Dimensión I: dificultad para mantener las necesidades básicas, tiempo y permisos laborales para asistir a la institución de salud y continuidad en el tratamiento.
- Dimensión II: necesidad de fortalecer la educación en los pacientes, visualizándose falencias en conocimientos de los participantes en cuanto a la enfermedad, tratamientos, controles y cuidados.
- Dimensión III: falta de compromiso de las personas para cambiar algunos hábitos, como la alimentación y la actividad física.

Tabla 3. Comportamiento de las dimensiones II, III y IV.

| Variable | Med. | RI | Mín. | Máx. |
|---------------|------|-----|------|------|
| Dimensión II | 27 | 5-5 | 19 | 40 |
| Dimensión III | 16 | 2 | 10 | 20 |
| Dimensión IV | 13 | 3 | 7 | 16 |

Med = Mediana
Mín = Valor mínimo

RI = Rango intercuartílico
Máx = Valor máximo

- Dimensión IV: pensamientos que en ocasiones generan sentimientos de inseguridad en su recuperación.

Considera la OMS que el incumplimiento de los tratamientos farmacológicos y las recomendaciones es la principal causa de no obtener todos los beneficios proporcionados por el tratamiento; esto da lugar a la presencia de complicaciones médicas y psicológicas de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida, aumentando la resistencia a los fármacos e inadecuado uso de los servicios de salud.

Evaluación de la adherencia

Los resultados reflejaron que los pacientes se encuentran en riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico; 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 (ver tabla 4).

Tabla 4. Resultados de la evaluación de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular en la Fundación Cardiovascular de Colombia.

| Nivel de adherencia | Número de participantes | % |
|---------------------|-------------------------|-------|
| No adherencia | 11 | 6,4 |
| Riesgo | 139 | 80,8 |
| Ventaja | 22 | 12,8 |
| Total | 172 | 100,0 |

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 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.

En síntesis, la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es un tema que requiere la atención permanente y decidida del equipo multidisciplinario de salud, teniendo en cuenta las necesidades de la población. Según Meléndez y Grau (15), la adherencia terapéutica tiene un papel protector, siendo un comportamiento que contribuye a la no progresión de la enfermedad, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la salud; es oportuno resaltar los planteamientos de la OMS y la relevancia de aumentar la evidencia, puesto que solo a través de los hallazgos encontrados en los diferentes estudios se puede realizar una verdadera discusión que sirva para llegar a consensos que redunden en beneficio de las personas.

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio demuestran la relevancia de contar con un instrumento confiable y reproducible que permita evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular.

Este estudio, si bien presenta alguna limitación por el tipo de muestreo, es un importante referente no solo para la institución de salud, sino para otras entidades comprometidas con la calidad de vida de los pacientes, permitiendo promover y fortalecer los programas existentes que influyan en optimizar la adherencia a los tratamientos y prácticas de cuidado.

Es notable continuar realizando futuras investigaciones en otras poblaciones, con el fin de conocer el comportamiento respecto a la adherencia de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular, que permita contar con argumentos que promuevan cambios significativos en el enfoque de atención de los usuarios

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Mortalidad global. Consultado en septiembre de 2007. En: <http://www.dane.gov.co>
- (2) Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Capítulo V; 2004. Consultado en mayo de 2007. En: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC>
- (3) Haynes RB, Sackett DL, Taylor W, Show JC. Annotated and indexed bibliography on compliance of the therapeutic and

preventive regimens. En: Haynes RB, Taylor W, Sackett DL, editors. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979, pp. 76-81.

(4) Kontz M. A proposed model for assessing compliance within the unitary man/human framework based on an analysis of the concept of compliance. En: Carroll-Johnson R, editor. Nanda. Classification of Nursing Diagnoses, Proceedings of the Ninth Conference. Philadelphia: JB Lippincott; 1991, pp. 161-171.

(5) La Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta sobre riesgos de incumplimiento del tratamiento médico. Consultado en junio de 2007. <http://www.infomed.sld.cu/>.

(6) Sabate E. WHO. Adherent Meeting Report. Geneva. World Health Organization. 2001.

(7) Fleury J. The application of motivational theory to cardiovascular risk reduction. Image: The Journal of Nursing Scholarship 1992;24(3):229-39.

(8) 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.

(9) Altman DG. Practical statistics for medical research. Londres: Chapman & Hall; 1991, p. 132-145.

(10) Burns N, Grove S. Investigación en enfermería. Madrid; 2004, pp. 215-217.

(11) Contreras A, Flórez IN, Herrera A. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. av. enferm. 2008; XXVI (2):33-40.

(12) Menopausia en mujeres. Consultado en septiembre de 2007. En: http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/women_sp.cfm

(13) Ciruzzi MA, Castellanos JL, Blanco P et ál. Prevalencia de los factores de riesgo coronario en una muestra de la población argentina. Estudio Redifa (Relevamiento de los Distritos de la Sociedad Argentina de Cardiología de los factores de riesgo coronario). Rev Argent Cardiol. 2002; 70:300-311.

(14) Influence of a nursing intervention on regimen adherence and societal adjustments postmyocardial infarction. Nurs Res. 1998; 37(5)297-302.

(15) Meléndez E, Grau J. La adherencia terapéutica en la psicología de la salud. Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Centro de Ciencias de la Salud; 2005.