



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 30 mayo de 2018

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

Los suscrito(s):

Karla Fernanda Bahamon Guzmán CC: 1081159909

Alvaro Manios Ramos CC: 1081411796

Aranza Juliette Medina Díaz CC: 1082805990

Laura Catherine Salgado Cerquera CC: 1075303952

Autores de la tesis y/o trabajo de grado titulado:

Factores que influyen en la hospitalización y en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con hipertensión y diabetes mellitus.

Presentado y aprobado en el año 2017 como requisito para optar al título de enfermeros (a),

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

Deconformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE: KARLA FERNANDA BAHAMON GUZMAN

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE: ALVARO MANIOS RAMOS

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE: ARANZA JULIETTE MEDINA DIAZ

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE: LAURA CATHERINE SALGADO CERQUERA

Firma: _____



DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO

CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 3
---------------	---------------------	----------------	----------	-----------------	-------------	---------------	---------------

Título completo del trabajo: Factores que influyen en la hospitalización y en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con hipertensión y diabetes mellitus.

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Bahamon Guzman	Karla Fernanda
Manios Ramos	Alvaro
Medina Diaz	Aranza Juliette
Salgado Cerquera	Laura Catherine

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Gomez Tovar	Luz Omaira

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Gomez Tovar	Luz Omaira

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: ENFERMERO (a)

FACULTAD: SALUD

PROGRAMA O POSGRADO: ENFERMERÍA

CIUDAD: NEIVA

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2018

NÚMERO DE PÁGINAS:88

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas__ Fotografías__ Grabaciones en discos____ Ilustraciones en general____ Grabados____
Láminas__ Litografías__ Mapas__ Música impresa__ Planos__ Retratos__ Sin ilustraciones____
Tablas o Cuadros X

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:



PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español -

Inglés

1. Diabetes Mellitus tipo 2
2. Hipertensión arterial
3. Adherencia
4. Tratamiento -
5. Factores de riesgo

Diabetes mellitus type 2
Arterial hypertension
Adherence
Treatment
Risk factor's

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

En 2013, la OMS indicó que la HTA afecta a mil millones de personas en el mundo, causa anualmente 9.4 millones de muertes. Así mismo, en el 2015 la IDF reportó 415 millones de personas en todo el mundo, con diabetes. Demostrando que la HTA y DTA son un problema de salud pública, debido a su impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, sus familiares y en el sistema de salud. Por esto, se hace importante el conocimiento de los factores que afectan la adherencia al tratamiento, para así poder ofrecer un cuidado oportuno.

Objetivo: Determinar los factores que favorecieron la hospitalización y que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en los pacientes con diagnóstico de HTA y DM de la EPS Comfamiliar de Neiva.

Metodología: Estudio cuantitativo, tipo descriptivo-transversal. A través de encuestas dirigidas, se aplicó los instrumentos: factores que desencadenaron la hospitalización y Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Los datos fueron tabulados en excelSpss 24.0 para su respectivo análisis estadístico.

Resultados: la población encuestada pertenece a estrato económico bajo, el 60% fueron mujeres. En general la población presentó comportamientos de no adherencia, las dimensiones más alteradas fueron: socioeconómica y relacionada con el paciente, seguido del proveedor de salud.

Conclusiones: En todas las dimensiones evaluadas se evidenció el bajo porcentaje de ventaja de adherencia por lo que se infiere que la falta de adherencia es multifactorial y no solo se debe intervenir una dimensión.



ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

In 2013, the WHO indicated that HTA affects one billion people in the world, annually causing 9.4 million deaths. Likewise, in 2015 the IDF reported 415 million people worldwide, with diabetes. Demonstrating that HTA and DTA are a public health problem, due to their negative impact on the quality of life of patients, their families and the health system. Therefore, it is important to know the factors that affect adherence to treatment, in order to offer timely care.

Objective: To determine the factors that favored hospitalization and that influence the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment, in patients diagnosed with HBP and DM of the Comfamiliar EPS of Neiva.

Methodology: Quantitative study, descriptive-transversal type. Through targeted surveys, the instruments were applied: factors that triggered hospitalization and factors that influence adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment. The data was tabulated in excelSpss 24.0 for its respective statistical analysis.

Results: the surveyed population belongs to a low economic stratum, 60% were women. In general, the population presented non-adherence behaviors, the most altered dimensions were: socioeconomic and related to the patient, followed by the health provider.

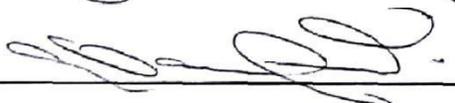
Conclusions: In all the dimensions evaluated, the low percentage of adherence advantage was evidenced, so it is inferred that the lack of adherence is multifactorial and not only one dimension must be intervened.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Juan Camilo Calderón Farfán

Firma: 

Nombre Jurado: Dr. Damián Gómez Lora

Firma: 

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HOSPITALIZACIÓN Y EN LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN LOS
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES MELLITUS

KARLA FERNANDA BAHAMON GUZMAN
ALVARO MANIOS RAMOS
ARANZA JULIETTE MEDINA DIAZ
LAURA CATHERINE SALGADO CERQUERA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA
2018

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HOSPITALIZACIÓN Y EN LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN LOS
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES MELLITUS

KARLA FERNANDA BAHAMON GUZMAN
ALVARO MANIOS RAMOS
ARANZA JULIETTE MEDINA DIAZ
LAURA CATHERINE SALGADO CERQUERA

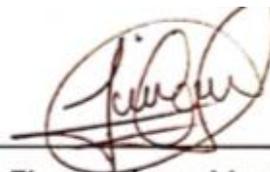
Trabajo de Investigación presentado como requisito para optar al título de
Enfermero (a)

Asesora:
LUZ OMAIRA GÓMEZ TOVAR
Enfermera, Magister en Enfermería

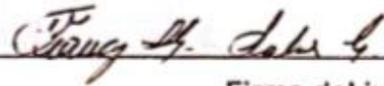
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
NEIVA
2018

Nota de aceptación:

Aprobado por el comité de grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la universidad Surcolombiana para optar por el título de enfermería



Firma del presidente del jurado



Firma del jurado



Firma del jurado

Neiva, Diciembre de 2017

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios, Nuestra familias que nos apoyaron en todo el proceso de formación académica, a las personas que participación en el Presente proyecto investigativo y a los docentes por la motivación constante para el desarrollo De la investigación en Enfermería.

Karla Fernanda.
Alvaro .
Aranza Juliette.
Laura Catherine.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

La Docente Luz Omaira Gómez Tovar, asesora de la investigación, por su dedicación, compromiso, respeto a nuestras opiniones, la paciencia que tuvo durante todo el proceso investigativo, por compartir sus conocimientos y por la confianza ofrecida.

La Universidad Surcolombiana y a la Vicerrectora de Investigación por el financiamiento de la investigación a través de la convocatoria para financiar trabajos de grado de grado y semilleros de investigación.

A la EPS COMFAMILIAR por brindar la base de datos para contactar a los pacientes que fueron hospitalizados y el financiamiento de las visitas domiciliarias, las llamadas para contactarlos y las fotocopias necesarias para aplicar las encuestas.

Los pacientes y/o cuidadores que accedieron a participar en la investigación, por permitirnos acceder a sus viviendas, lugares de trabajo y dedicarnos parte de su tiempo para el diligenciamiento de las encuestas.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2 JUSTIFICACION	19
3. OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GENERAL	21
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	21
4. MARCO REFERENCIAL	22
4.1 ANTECEDENTES	22
4.2 DISEÑO METODOLÓGICO	32
4.3 FORMATO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION E INSTRUMENTO	34
4.4 PRUEBA PILOTO	38
4.5 TABULACIÓN YANALISIS DE LA INFORMACION	39
5. CONSIDERACIONES ETICAS	40
6. RESULTADOS	42
7. DISCUSIÓN	64
8. CONCLUSIONES	71
9. RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	74
ANEXOS	79

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Distribución y medidas de tendencia central en edad de los participantes	43
Tabla 2. Distribución porcentual de pacientes participantes , según características sociodemográficas	43
Tabla 3. Distribución porcentual de los estadios Del índice de masa corporal (imc) de los pacientes	45
Tabla 4. Distribución porcentual de pacientes con patologías antes y después de la hospitalización.	45
Tabla 5. Distribución de frecuencia y porcentaje De las situaciones que han alterado el estado de salud de los pacientes	46
Tabla 6. Distribución de frecuencia y porcentaje de Las actitudes de los pacientes ante su enfermedad	47
Tabla 7. Distribución de frecuencia y porcentaje de las Conductas no saludables practicadas por los Pacientes con hta y dm, participantes en el estudio	47
Tabla 8. Distribución de frecuencia y porcentaje de L tipo de dieta seguida por los pacientes	48
Tabla 9.distribución de frecuencia y porcentaje de actividades que realiza los pacientes para el manejo del estrés.	49
Tabla 10. Distribución porcentual del entorno familiar y de los antecedentes familiares de los participantes	49
Tabla 11. Distribución porcentual de la percepción Que tienen los pacientes en cuanto a los aspectos Relacionados con el proveedor	50
Tabla 12. Distribución porcentual de las posibles causas de hospitalización según percepción de los pacientes	52

	pág.
Tabla 13. Distribución porcentual de pacientes según opciones de respuesta, para valoración del factor socioeconómico	54
Tabla 14. Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión socioeconómica Que afecta la adherencia	54
Tabla 15. Distribución porcentual de pacientes según los Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud	56
Tabla 16. Distribución porcentual de pacientes según Resultado total de la dimensión relacionada con el proveedor que afecta la adherencia	56
Tabla 17. Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con la terapia que afectan la adherencia	57
Tabla 18. Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con la terapia.	58
Tabla 19. Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con la condición del paciente	58
Tabla 20. Distribución porcentual de pacientes Según resultado total de la dimensión relacionada con el paciente	59
Tabla 21. Significancia estadística entre situaciones Estresantes y la pregunta ¿ el estrés ha alterado el estado de salud	60
Tabla 22. Significancia estadística en el grado de Adherencia al tratamiento y el apoyo que tiene para el cuidados de la salud	61
Tabla 24: significacion estadística y de correlacion Entre los resultados del del instrumento de adherencia y la entrega oportuna de medicamentos y cita para la fecha requerida	62
Tabla 25. Significancia estadística y de correlacion entre factores que influyen en la hospitalización y analisis Dimensión relacionado con el paciente	63

LISTA DE ANEXOS

	pàg.
Anexo A: Acuerdo de confidencialidad	80
Anexo B: consentimiento informado para participar en un estudio de investigación en enfermería.	81
Anexo C: instrumento “factores que influyen en la hospitalización y en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con hipertensión y diabetes mellitus”	85
Anexo D: formato para validación de instrumento	86

RESUMEN

En 2013, la OMS indicó que la HTA afecta aproximadamente a mil millones de personas en el mundo, considera que causa que anualmente mueran 9.4 millones de personas. Así mismo, para el año 2015 la IDF reportó 415 millones de personas en todo el mundo, con diabetes. Estos demuestran que la HTA y DTA son un problema de salud pública, debido a su impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, sus familiares y en el sistema de salud. Por lo cual se hace importante el conocimiento de los factores que afectan la adherencia al tratamiento, para así poder ofrecer un cuidado oportuno.

Objetivo: Determinar los factores que favorecieron la hospitalización y que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en los pacientes con diagnóstico de HTA y DM de la EPS Comfamiliar de Neiva.

Metodología: Estudio cuantitativo, tipo descriptivo-transversal. A través de encuestas dirigidas, se aplicó los instrumentos: factores que desencadenaron la hospitalización y Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Los datos fueron tabulados en una base de datos en excelSpss 24.0 para su respectivo análisis estadístico.

Resultados: la población encuestada pertenece a estrato económico bajo, el 60% fueron mujeres. Se en general la población presentó comportamientos de no adherencia, las dimensiones más alteradas fueron: socioeconómica y relacionada con el paciente, seguido del proveedor de salud.

Conclusiones: En todas las dimensiones evaluadas se evidenció el bajo porcentaje de ventaja de adherencia por lo que se infiere que la falta de adherencia es multifactorial y no solo se debe intervenir una dimensión.

Palabras claves: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, adherencia, tratamiento, factores de riesgo.

ABSTRAC

In 2013, the WHO noted that HTA affects approximately millions of people in the world, which has 9.4 million people. Likewise, for the year 2015 the IDF reported 415 million people worldwide, with diabetes. These show that HTA and DTA are a public health problem, due to their negative impact on the quality of life of patients, their families and the health system. Therefore, it is important to know the factors that affect adherence to treatment, in order to offer timely care.

Objective: To determine the factors that favored hospitalization and that influence the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment, in patients diagnosed with HBP and DM of the Comfamiliar EPS of Neiva.

Methodology: Quantitative study, descriptive-transversal type. Through targeted surveys, factors that influence adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment. The data were tabulated in a database in ExcelSpss 24.0 for their respective statistical analysis.

Results: the surveyed population is a low economic stratum, 60% were women. In general, the population presented non-adherence behaviors, the most altered dimensions were: socioeconomic and patient-related, followed by the health provider.

Conclusions: In all the dimensions evaluated, the low percentage of adhesion advantage was evidenced, so it is inferred that the lack of adherence is multifactorial and not only one dimension must be intervened.

Keywords: diabetes mellitus type 2, arterial hypertension, adherence, treatment, risk factor's

INTRODUCCIÓN

La adherencia es definida como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”(1). Esta abarca, la adherencia farmacológica que se conceptualiza como el grado en el cual el comportamiento de un paciente es acorde a las recomendaciones hecha por el personal de la salud, sea enfermero o médico. Estas recomendaciones se relacionan con los medicamentos, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración(2). Además la adherencia también corresponde al tratamiento no farmacológico, explicado como el grado en el cual un paciente se comporta según las recomendaciones realizadas por el proveedor de cuidados de salud. Estas recomendaciones hacen referencia a cambios de dieta, control de peso y regulación del ejercicio, eliminación en el hábito de fumar o ingerir alcohol.

Por lo anterior, es de vital importancia que los pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus adquieran un mayor grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, puesto que ocasionan un gran impacto en la salud del paciente, debido a que la HTA es la responsable de 9,4 millones de muertes anuales(3), y la DM de 2,2 millones de muertes(4), según la OMS.

La no adherencia al tratamiento ocasiona altos costos económicos tanto para el paciente, como su familia y la sociedad, además existe la posibilidad de secuelas o recurrencias de los cuadros clínicos no tratados con su consecuente impacto en la salud física y mental(5), reduciendo así la calidad y expectativa de vida.

Sin embargo, múltiples factores condicionan esta adherencia, como lo es el económico, la capacidad cognitiva y el acompañamiento familiar, de este modo se han implementado estrategias que permitan a los usuarios identificar sus propios factores de riesgo y factores protectores, para así poder crear conciencia y autonomía en cada uno, con el fin de dar continuidad tanto al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Así, desde la disciplina de Enfermería se han hecho aportes significativos para el abordaje de la adherencia, teniendo en cuenta que es un factor de gran impacto en la recuperación y calidad de vida de los pacientes. Desde 2006, las enfermeras Bonilla y Gutiérrez, a través de un proceso investigativo, diseñaron y validaron un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, teniendo como base las premisas expuestas por la OMS y el Modelo Conceptual de Dorotea Orem con la cual se construye el autocuidado como un acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia que cuando se lleva a cabo eficazmente contribuye en forma específica

a la integridad estructural, el funcionamiento y el desarrollo de los seres humanos. Este instrumento evalúa los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, se encuentra en su tercera versión con 53 ítems y está validado con un Alfa de Crombach de 0.85(6)

Por tal motivo, esta investigación esta investigación tuvo como objetivo Describir los factores que influyen en la hospitalización y en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en los pacientes con diagnóstico de HTA y DM de la EPS Comfamiliar - Huila, que estuvieron hospitalizados en el año 2016 y 2017 que residen en la ciudad de Neiva, mediante la aplicación de un instrumento diseñado para tal fin, creado y validado por Bonilla y Gutiérrez y otro diseñado por los autores, el cual se indaga las características sociodemográficas y los aspectos en salud que influyen en la hospitalización de los pacientes con HTA y DM, con base a los patrones funcionales de Marjory Gordon. Para el logro de este objetivo general se siguió un diseño metodológico, con un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal con respecto al tiempo de medición de las variables y recolección de la información.

La población de estudio correspondió a 217 pacientes con HTA y 92 pacientes con DM que estuvieron hospitalizados en el año 2016 y 2017. Se estudiaron las características sociodemográficas y su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. La información fue tabulada y analizada en el programa Microsoft Office Excel versión 2010.

Se tuvieron en cuenta los principios éticos para la investigación en salud, principalmente los expuestos en la Resolución 8430 de 1993 y la declaración de Helsinki, por lo cual se dio a conocer un consentimiento informado a los participantes y tenían la libertad de participación en el estudio. De igual manera, el presente estudio no representó riesgo alguno para los participantes, pero si genera un impacto positivo para los pacientes, para la EPS Comfamiliar Huila y el sistema de salud, ya que permite acceder a información sobre el comportamiento de los usuarios frente a unas recomendaciones fundamentales para el bienestar de su salud y así poder evitar complicaciones a corto y largo plazo, que afecten la calidad de vida.

Posteriormente, después de un proceso y rigor metodológico, se presentan los resultados obtenidos, junto con un análisis sustentado por las diversas investigaciones que enmarcan esta problemática y desde la teoría de Dorotea Orem. Se finaliza este proceso con las conclusiones y recomendaciones del estudio; evidenciando que se brinda solución a la pregunta de investigación y se da cumplimiento a los objetivos formulados.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Adherencia terapéutica es definida en 2004 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su proyecto “Adherencia a los tratamientos a largo plazo” como el grado en que el comportamiento de una persona, entendido en términos de toma de los medicamentos, seguimiento a un régimen alimentario y en ejecución de cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de cuidados de la salud, teniendo en cuenta que la relación entre el prestador y el paciente, sea de calidad, aspecto fundamental para la adherencia al tratamiento, principalmente en pacientes con patologías crónicas como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus(7).

Así, la Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM) son consideradas patologías crónicas, con consecuencias severas e incluso letales sobre las personas que las padecen. Estas dos patologías pueden presentarse de manera independiente o conjunta, según las diversas condiciones de los individuos, y juntas lideran las causas de morbilidad en el mundo, siendo indispensable su diagnóstico y control oportuno.

En el caso de la HTA, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como *“un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos”*(8), es considerada la condición más común que se observa en la atención primaria, uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares, ya que está asociada a infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal y muerte, si no se detecta a tiempo y se trata adecuadamente(9).

En 2013, la OMS indicó que la HTA afecta aproximadamente a mil millones de personas en el mundo, uno de cada cinco adultos, y consideran que es la causa por la que mueren anualmente 9.4 millones de personas(3). Además, la OMS describe que una de cada tres personas tratadas por hipertensión arterial no consiguen estabilizar sus cifras tensionales, al igual que reporta que en países como Estados Unidos, esta enfermedad está más frecuente en hombres mayores de 65 años, aunque en mujeres y personas afrodescendientes también se tiene una elevada proporción(10).

América Latina no es ajena a esta situación, en el informe de la OMS publicado en el año 2013, analiza la situación mundial de las enfermedades no transmisibles a 2010, donde se sitúa a la región de África con un 46% de prevalencia de HTA, seguida por las Américas con un 35%, y en general encuentra que la prevalencia de la hipertensión es mayor en países de ingresos bajos y medianos, donde hay mayor prevalencia, más personas afectadas debido al aumento de habitantes en dichos países, junto con un sistema de salud débil y factores de riesgo

relacionados con el comportamiento, la mala dieta, uso nocivo de alcohol, inactividad física, sobrepeso y la exposición prolongada al estrés(3).

En Colombia, en el informe técnico del Observatorio Nacional de Salud (ONS), expone que la tendencia de prevalencia de HTA en mujeres fue del 26% en 2010 y del 31% en 2014, con un incremento promedio de 1.35% anual; mientras que la prevalencia en hombre pasó de 23.9% en 2010 a 28.7% en 2014, con un aumento anual de 1.2%. Acerca de la mortalidad por HTA como causa básica, este informe refiere que en 2014, se registraron 2821 muertes en mujeres y 2336 en hombres, correspondiente a una tasa de 12.7 y 13.7 por cada 100.000 habitantes, respectivamente(11).

De igual modo, el Observatorio discrimina estas cifras por regiones, encontrando que en el departamento del Huila para 2013, se tuvo una prevalencia de HTA del 24.82%(12), para 2014 esta cifra aumentó, ya que en mujeres hubo una prevalencia de 33.635 que corresponde a un 7,31% con una mortalidad de 61 casos y en hombres 21.837 que equivale a un 5,33% con 57 casos de mortalidad(11). Lo anterior permite evidenciar la situación del departamento del Huila, la cual, se encuentra por debajo respecto a las cifras nacionales, sin embargo, estas patologías están generando daños en órganos como riñón, corazón, cerebro y ojos, ocasionando diversas complicaciones que conllevan limitaciones en la calidad de vida de los pacientes o incluso la muerte.

En similar situación se encuentra la ciudad de Neiva, ya que según perfil epidemiológico del año 2014, la principal causa de muerte fue la HTA con 159 casos, de los cuales el 58% fueron mujeres(13), lo cual difiere levemente de la estadística nacional y mundial, donde es más prevalente en hombres; sin embargo debe tenerse en cuenta que en la localidad, la población femenina supera en cantidad a la masculina, ya que a la fecha, por cada 100 mujeres hay 91.7 hombres.

Así mismo, la Diabetes Mellitus, representa un evento de gran importancia en la vida de las personas, ésta, al igual que la hipertensión, es una patología crónica que requiere un tratamiento constante y puede generar alteraciones discapacitantes e incluso la muerte en quienes la padecen.

La International Diabetes Federation (IDF), considera a la DM como una enfermedad crónica que se presenta cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina o no puede usarla.

Según datos de la IDF, en el año 2015 fueron reportados 415 millones de personas en todo el mundo, con diabetes. De forma que 320.5 millones de personas en edad productiva (20-64 años) y 94,2 millones las personas entre 65-79 años, presentaron diabetes. Si esto continúa, se estima que para el año 2040 unas 642 millones de personas, 1 de cada 10 adultos, tendrá diabetes(14). En

concordancia, la OMS afirma que la prevalencia mundial de la diabetes se ha duplicado desde 1980, ya que se ha pasado de 4.7% a 8.5% en 2014 en la población adulta, este aumento ha sido acelerado en la última década para los países de ingresos medianos y bajos(4).

De esta forma, la OMS emitió el primer informe mundial sobre la diabetes en abril de 2016, donde resalta que en 2012, la diabetes como causa directa provocó 1.5 millones de muertes y al incrementar los riesgos cardiovasculares y de otro tipo, ocasionó otros 2.2 millones de muertes; de éstos 3.7 millones, el 43% se presentaron en personas menores de 70 años(4); así la diabetes ha reducido la expectativa y la calidad de vida de las personas a nivel mundial.

En este mismo informe, la OMS advierte las graves repercusiones económicas para las personas que la padecen, sus familias, el sistema de salud y las economías nacionales, ya que genera altos costos médicos, pérdida de trabajo y consecuentemente de un salario, por lo que disminuye las posibilidades de una mejor calidad de vida y de recursos para acceder a cuidados especializados(4).

Además de esto, la IDF indica que América Central y del Sur no son ajenos a esta situación, ya que 29,6 millones de personas, correspondiente al 9,4% de la población adulta, tiene diabetes, de los cuales el 39%, está sin diagnosticar, más del 82% viven en entornos urbanos y el 81% se localiza en países subdesarrollados(14).

En Colombia, el Observatorio Nacional de Salud (ONS) reporta que para el año 2014 se registraron en promedio 178.308 casos nuevos de diabetes en mujeres entre los 35 y 54 años de edad, con una prevalencia de 2%, y de 160.370 entre los hombres con una prevalencia de 1,7% entre 2010 y 2014, alcanzando tasas incluso mayores a 1000 casos nuevos por cada 100.000 habitantes(11), cifras que generan preocupación ya que representan un aumento significativo de esta patología en el país. De igual modo, el Análisis de la Situación de Salud que el Ministerio de Salud publicó en 2014, muestra que en el año 2012, la diabetes fue la segunda causa de mortalidad en mujeres con 20.7% y contribuyó con el 10.3% del total de las defunciones; para el caso de los hombres, fue la tercera causa de mortalidad, con 12.7%(13).

Junto a estas cifras, el ONS resalta que una dieta saludable, actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco, puede prevenir o retrasar el inicio de una DM(11); elementos que direccionan las acciones que deben promoverse en las personas sanas, pero más particularmente en aquellos que tienen antecedentes familiares de diabetes.

En el departamento del Huila, según el informe técnico del ONS en el 2014 se identificaron 8.392 casos de mujeres con DM, con una prevalencia de 1,9% y una tasa de mortalidad de 15.9 por 100.000 mujeres, con 72 casos; en hombres se

encontraron 6.847 casos, con una prevalencia de 1,6% y una tasa de mortalidad de 14 por 100.000 hombres, con 57 casos(11). Lo anterior permite evidenciar la situación del departamento del Huila, la cual, se encuentra por debajo respecto a las cifras nacionales, sin embargo, estas patologías están generando daños en órganos como riñón, corazón, cerebro y ojos, ocasionando diversas complicaciones que conllevan limitaciones en la calidad de vida de los pacientes o incluso la muerte.

Al igual que la hipertensión, en la ciudad de Neiva, la DM ocupa un puesto importante dentro de las principales causas de morbimortalidad, ya que es la tercera causa directa y está asociada a otras causas, ocasionando una tasa de mortalidad para el 2014 de 26,42(12).

Este panorama acerca de estas dos patologías de gran importancia, muestra la preocupante situación que se tiene a nivel mundial, nacional y local, ya que son las principales enfermedades crónicas que más elevan la tasa de mortalidad, generan pérdida en años de vida tanto para hombres como para mujeres y múltiples costos materiales y no materiales para quienes las padecen y sus familiares.

Además de esto, debe tenerse en cuenta que la HTA y la DM son los principales precursores de la Enfermedad Renal Crónica, patología que afecta a cerca de 10% de la población mundial, la cual puede prevenirse, pero no tiene cura, su tratamiento es altamente invasivo y muy costoso(15).

Así, la diabetes mellitus y la hipertensión frecuentemente están asociadas, aumentando así su efecto negativo sobre el sistema cardiovascular y potencializando el riesgo de presentar complicaciones renales, cardiovasculares, oculares o metabólicas, entre otros. Sánchez y colaboradores en 2010 publican las Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial, allí indican que en las poblaciones diabéticas, la prevalencia de la hipertensión es 1,5 a 3 veces mayor que en no diabéticos, en la diabetes tipo 2, la hipertensión puede ya estar presente en el momento del diagnóstico o inclusive puede preceder a la hiperglicemia evidente, y que más del 80% de la carga mundial atribuida a estas enfermedades son en países de bajos y medianos ingresos(16).

Teniendo en cuenta estas cifras y la magnitud de dicho problema, en Colombia, en 2014, el Ministerio de Salud, crea las guías de manejo de estas enfermedades enfocadas en promover una buena adherencia terapéutica para prevenir o prolongar la aparición de estas complicaciones, la cual consiste en asistencia a los controles médicos, tener tensión arterial menor a 130/80 mmHg, glicemias preprandiales entre 70 – 110 mg/dl y postprandiales en una hora menor a 160 mg/dl, hemoglobina glicosilada menor a 7%(17), junto con una buena educación sobre su enfermedad, hábitos de vida saludable con una dieta baja en potasio,

menor a 1g diario de sodio y la implementación de 150 minutos semanales de actividad física(18).

Esto es confirmado por Sandoval et al. en 2014, quienes demuestran que la adherencia terapéutica que presente el paciente depende de factores, como, la interacción médico-paciente, la accesibilidad a los servicios de salud, los factores socioeconómicos, las creencias, el apoyo familiar, la percepción del estado de salud, el nivel educativo y los conocimientos que se tiene acerca de la enfermedad, entre otros(19).

Esta es una problemática que se ha visto reflejada en la EPS Comfamiliar Huila, ya que es la entidad que tiene mayor cantidad de población del régimen subsidiado en la ciudad de Neiva, contando con aproximadamente 106.610 afiliados a marzo de 2016, según base de datos suministrada por la entidad. De dicha población el 17% tienen diagnóstico de HTA, el 69% de DM y el 15% tienen los dos diagnósticos, situación que genera gran preocupación, debido a que además de dicho padecimiento, los pacientes presentan complicaciones en su estado de salud, lo que les lleva a hospitalizarse continuamente, ocasionando más riesgos y costos económicos.

Esta preocupante problemática ha llevado a la EPS a buscar estrategia para fortalecer sus programas de control del paciente crónico, apoyándose con personal promotor de salud, sin embargo, sigue siendo constante la continua hospitalización de los pacientes con dichas patologías, por lo cual se hace indispensable conocer los factores que están ocasionando la hospitalización e influyendo en la adherencia farmacológica y no farmacológica.

De este modo, es de gran importancia identificar los factores que desencadenaron la hospitalización, teniendo en cuenta la adherencia y los que la afecta, para que así, la entidad logre intervenirlos oportunamente y propender en el paciente y su familia, las mejores condiciones que favorezcan la adherencia a su tratamiento y por ende, reduzcan las posibilidades de presentar complicaciones o incluso fallecer.

Teniendo en cuenta todos los aspectos descritos, es posible plantearla siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores que influyen en la hospitalización y en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en los pacientes con hipertensión y diabetes de la EPS Comfamiliar – Huila del régimen subsidiado, que estuvieron hospitalizados en el año 2016 y 2017 que residen en la ciudad de Neiva?

2. JUSTIFICACION

A nivel mundial, se reportaron 415 millones de personas en todo el mundo, con diabetes en el año 2015. Si esto continúa para el año 2040 unas 642 millones de personas, 1 de cada 10 adultos, tendrá diabetes según la International Diabetes Federation (IDF). Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que una de cada tres personas tratadas por hipertensión arterial no consiguen estabilizar sus cifras tensionales.

En Latinoamérica, la mortalidad relacionada con la hipertensión arterial se ubica entre las 10 primeras causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres según la OMS, de igual forma se mostró la prevalencia de HTA en 7 ciudades (Barquisimeto, Bogotá, Buenos Aires, Lima, Ciudad de México, Quito y Santiago), estableciéndola en un valor cercano al 18% (entre 9% y 29%). Así mismo, se documentó que la HTA no estaba tratada entre el 12 al 41% de los casos, y otro 24% correspondía a pacientes que tenían tratamiento, pero no estaban bajo control. Ahora bien, se evidencia en la región de América Central y del Sur, que el 29,6 millones de personas, correspondiente al 9,4% de la población adulta, tienen diabetes en el 2015, de éstos, 11,5 millones, el 39%, están sin diagnosticar según la IDF.

En Colombia, según el informe técnico del Observatorio Nacional de Salud (ONS), se demostró que, según los datos de consultas por hipertensión provenientes de los RIPS (Registro individual de prestación de servicios), la tendencia de prevalencia de hipertensión en mujeres fue del 10% en 2010 y del 11% para 2014, con un 0,15% de incremento anual. Las proyecciones de HTA en hombres, registraron una prevalencia de 6,4% en 2010 y 6,8% en 2014. Así mismo, la DM presentó en promedio 178.308 casos nuevos entre las mujeres, con una prevalencia de 2%, y de 160.370 entre los hombres con una prevalencia de 1,7% entre 2010 y 2014.

En el Huila, la HTA tuvo una prevalencia en mujeres de 33.635 que corresponde a un 7,31% con una mortalidad de 61 casos, en hombres 21.837 que equivale a un 5,33% con 57 casos de mortalidad. En cuanto a la diabetes mellitus en el Huila se identificó una prevalencia de 8.392 en mujeres que equivale a 1,9% con una tasa de mortalidad de 72 casos, en hombres hubo una prevalencia 6.847 que equivale a 1,6 % con una tasa de mortalidad de 57 casos, según el informe técnico ONS del 2010 al 2014.

Según lo evidenciado en la base de datos de Comfamiliar se puede establecer que la Hipertensión Arterial y diabetes son las principales causas de hospitalización en adultos en las IPS de la ciudad de Neiva, lo que representa un

deterioro en la calidad de vida de estos pacientes, altos costos en la atención y un colapso en los servicios de salud.

Por estos motivos es importante realizar un estudio que pueda brindar información apropiada para comprender cuales son los factores que favorecen la hospitalización de estos pacientes, debido a que no existen estudios específicos que aborden esta problemática en el régimen subsidiado Comfamiliar-Neiva.

Con los datos obtenidos en este estudio se espera generar herramientas que orienten a una toma de decisiones administrativas para desarrollar y mejorar planes de promoción y prevención de la salud en Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, mejorando las condiciones de vida y disminuyendo la incidencia de estas patologías.

Para llegar a este fin se cuenta con una buena revisión bibliográfica, con aprobación y la ayuda de las bases de datos de la empresa promotora de salud Comfamiliar-Huila, con acceso a la población, con asesorías y capacitaciones necesarias para realizar la investigación, también se cuenta con los recursos físicos, económicos y el personal humano para alcanzar el éxito de este proyecto y así realizar un aporte que mejora las intervenciones en los cuidados de enfermería en la atención, educación y prevención de los factores que favorecen la hospitalización de los pacientes con Hipertensión arterial y diabetes.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los factores que influyen en la hospitalización y en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en los pacientes con diagnóstico de HTA y DM de la EPS Comfamiliar - Huila, que estuvieron hospitalizados en el año 2016 y 2017 que residen en la ciudad de Neiva.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir las características sociodemográficas y clínicas de los participantes del estudio.

Identificar la percepción de los pacientes con diagnóstico de HTA y DM de la EPS Comfamiliar – Huila, sobre los factores que favorecieron su hospitalización.

Describir los factores socioeconómicos, los relacionados con el equipo de salud, la enfermedad, el tratamiento y el paciente, que influyeron en la adherencia al tratamiento de los pacientes hospitalizados pertenecientes a la EPS Comfamiliar – Huila.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 ANTECEDENTES

La adherencia farmacológica y no farmacológica ha sido muy estudiada a través de los años, determinándola como un factor condicionante de la enfermedad, además, se ha identificado que existen factores que influyen en que los pacientes presenten o no una buena adherencia a sus tratamientos. Para constancia de ello, en 2010 Antoni y Ruth realizaron un estudio en España denominado “Influencia de la sustitución de medicamentos de marca por genéricos en el cumplimiento terapéutico de la HTA y las dislipidemias”(20). Dentro del cual se encontró que los pacientes que fueron tratados con medicamentos de marca presentaron mayor cumplimiento y mejor control terapéutico que aquellos que fueron tratados con medicamentos genéricos, concluyendo así, que aparte de las razones conocidas de incumplimiento al tratamiento farmacológico (factores socio demográficos, efectos secundarios, precio de los medicamentos, falta de comprensión del tratamiento o del estado de salud; o del propio paciente: mala relación de proveedor, olvido de cómo tomar la medicación correctamente), la sustitución por medicamentos genéricos, puede considerarse como un factor adicional.

Así mismo, en 2011 Rocio et al, desarrollaron un estudio en México, llamado “Interacción médico- paciente, y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos”(21), cuyos resultados encontraron que los pacientes que asistían por consulta pública fueron más adherentes a sus tratamientos que los enfermos que asistieron por consulta privada, esto debido a que allí, los servicios de salud pública son más estrictos con sus pacientes en el control y seguimiento de sus enfermedades, que los servicios de salud privada, concluyendo de este modo, que es importante considerar los diferentes factores que influyen en el control de las enfermedades crónicas (acceso a las instituciones de salud, costos de los servicios médicos, equipamiento con el que se cuenta, relación que se establece entre los profesionales de la salud y los enfermos, y condiciones socioeconómicas y culturales de los pacientes), para una mejor adherencia de los pacientes.

En este mismo año, Bernardo y Consuelo, realizaron un estudio en Chile llamado “Factores relacionados en la adherencia al tratamiento en adolescentes con depresión”(5), en el cual, se resalta nuevamente la importancia que tiene la adherencia al tratamiento para el pronóstico de la enfermedad, resaltando que la falta de adherencia conlleva, además de altos costos económicos tanto para el paciente, su familia y la sociedad, la posibilidad de secuelas o recurrencias de los cuadros clínicos no tratados con su consecuente impacto en la salud física y

mental. Nuevamente, aclara la existencia de factores involucrados en el comportamiento que se tiene ante la necesidad de asumir una terapia farmacológica. Las variables cognitivas como las creencias y actitudes individuales o del grupo familiar que se tengan frente a las enfermedades o los trastornos mentales, gravitan en la adherencia favorable, resistencia o rechazo ante el inicio de una terapia farmacológica.

Estos estudios nos demuestran la importancia de la adherencia terapéutica, además de presentar propuestas de cambios en las prestaciones de servicios de salud como lo es la promoción de la participación activa de los pacientes a lo largo de su tratamiento para llevar a una mejor adherencia terapéutica, a pesar de ello, se evidencia que aún son muchos los pacientes que están presentando un mal control de sus enfermedades, lo cual ha conllevado consigo la complicación de estos pacientes.

Otros estudios como La Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo: ¿Tan o Más importante que la misma Terapéutica?, realizado durante este mismo año por Arrocha y Romero, demostró, que la tasa de abandono terapéutico entre los pacientes hipertensos es alta durante el primer año y persiste durante varios años con una variación entre el 20,3% en los primeros seis meses a 28,5%, y esta se ve influenciada por diversos factores los cuales fueron agrupados en torno a tres determinantes: paciente, médico y medicamento. Concluyendo que el abandono del tratamiento es muy frecuente, que se incrementa en la medida en que transcurre el tiempo y esta relacionada con la actitud y aptitud tanto del paciente como del médico. De aquí se resalta también la importancia que tiene la interacción médico paciente en el buen funcionamiento del tratamiento.

Para este año, Yang HeuiAhn and KyungHam desarrollaron el estudio “Los factores asociados con adherencia farmacológica: Entre el Médico-beneficiarios con Hipertensión”, del cual se resalta la importancia de considerar los diversos factores que influyen en el control de las enfermedades y la promoción de la participación activa de los pacientes a lo largo de su tratamiento, reconociendo los esfuerzos y logros de los mismos. Todo ello con el fin de impulsar la adherencia terapéutica y el control de las enfermedades crónicas, las cuales representan un alto costo individual y social. De este mismo modo, el estudio “How people with diabetes evaluate participation of their family in their healthcare”(22), realizado por Santos y Silva, en este mismo año, apoya esta evidencia acumulada y que la adherencia a los tratamientos farmacológicos se debe en realidad a una conducta determinada por una multiplicidad de factores que van más allá de la disponibilidad de un fácil acceso al cuidado médico y a los tratamientos.

Como se puede observar, a pesar de estar ya determinado que factores pueden influenciar en la adherencia terapéutica y de ya haber sugerencias para el control

de estos, se evidencia que aún siguen influenciando a los pacientes, por esta razón continúan siendo un motivo de investigación para los diferentes campos de salud.

En 2012, Karin Noack de la F. et al. realizó un estudio denominado: Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay(23), quienes observaron que los pacientes con menor escolaridad (educación básica incompleta y analfabetas), constituyeron el grupo con mayor porcentaje de descompensación en su presión arterial (33,8%), también, que el 47,6% de los pacientes que contaban con una red de apoyo adecuada como familiares o vecinos que estaban pendientes de la administración de los medicamento tenían sus niveles de presión arterial compensados. Así mismo, el 72,7% de los pacientes que usaban tres fármacos presentaban presión arterial elevada. De los pacientes adherentes, el 47% usaba monoterapia. Por último, concluyeron que entre el control de presión arterial y el cumplimiento terapéutico, se evidencia una baja tasa de adherencia de 45,9%, lo cual se debe al olvido de la toma de medicamentos por parte de los pacientes, además, se destaca el factor educación como una de las principales dificultades para el control de la presión arterial, ya que a medida que aumenta el nivel de educación, la población de normotensos aumenta.

En ese mismo año, Renato Zambrano et al. producen un estudio titulado “Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular”(24), quienes encontraron diferencias estadísticamente significativas para la dimensión I (factores socioeconómicos) en los que se observa que a medida que aumenta la escolaridad existe mejor adherencia al tratamiento, asociada a los elementos socioeconómicos y concluyeron que un nivel de estudios bajos, se relaciona con menos oportunidades laborales y bajos ingresos económicos, lo cual está enlazado con el acceso a las necesidades básicas (por las dificultades económicas) y la presencia de riesgos a la salud.

Del mismo modo, en el año 2013 María G. De La Cruz-Maldonado et al. realizó un estudio denominado “Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad”(25), quienes encontraron que de 89,9% (n=62) de los pacientes con tratamiento farmacológico para DM, el 83,9 % (n=52) declara cumplir con éste. De aquellos pacientes que manifestaron no apegarse al tratamiento indicado, la principal causa de desapego fue el olvido, con un 33,3 % (n=3). Además, al 82,6 % (n=57) de los pacientes se le señaló alguna restricción en el consumo de alimentos o dieta, sin embargo, sólo el 49,1% de los pacientes declaró seguirla. Las causas más frecuentes para no cumplir con esta condición fueron la tentación o “antojo” por consumir todo tipo de alimentos en un 27,6 % (n=8) de los casos, seguida por la decisión personal de no apegarse a esta indicación. Este estudio concluyó, que

conforme aumenta la prevalencia de DM aumenta la edad, que las principales causas de desapego o abandono del tratamiento y/o dieta indicados fueron aquellas relacionadas con el olvido o la insistencia en el consumo de alimentos restringidos, lo que indica, que el estilo de vida y el tiempo del que dispone la persona son factores que comprometen la constancia del paciente en el apego al tratamiento, incrementando con esto el riesgo de presentar complicaciones ligadas a la DM.

Estos artículos mencionados muestran el alto grado de incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes hipertensos y diabéticos, esto depende de los diferentes factores que influyen en la no adherencia como el nivel de escolaridad, una red de apoyo, el tipo de terapia farmacológica y la falta de compromiso de los pacientes en cuanto a corregir hábitos o costumbres no saludables, cabe destacar que en cada población donde se realizaron los estudios se identificaron diferentes factores para la no adherencia, lo que indica que es multifactorial y depende de la población a que se le está realizando el estudio.

Al mismo tiempo, en el 2013, Pamela Bertoldo et al. “Desarrollo una investigación denominada cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas”(26), quienes concluyeron que el 38 % de los pacientes manifestó conductas de incumplimiento del tratamiento, ocasionado por el nivel socioeconómico, seguido de las razones involucradas con el tratamiento. En cuanto a la relación con el sexo de los pacientes, el incumplimiento fue superior en las mujeres que en los pacientes de sexo masculino; también se observó esta tendencia en pacientes que tienen prescritos tratamientos con más de un medicamento para las referidas enfermedades.

En este mismo año, JM Khalid realizó estudio de cohortes retrospectivo denominado “Rates and risk of hospitalisation among patients with type 2 diabetes” cuyo objetivo fue Investigar las tasas y el riesgo de hospitalizaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Inglaterra, se realizó con 97,689 pacientes, dando como resultado que los pacientes con este diagnóstico médico están hospitalizados a una tasa considerablemente alta por causas directamente relacionadas con complicaciones de la diabetes y tienen estancias hospitalarias más prolongadas además, la hospitalización aumentó con la edad, el sexo femenino, el uso de insulina, la insuficiencia renal crónica.

En Estados Unidos, en 2013, Zeber y colaboradores (X) realizan una revisión sistemática, sobre los factores que influyen en la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas, al inicio de su tratamiento, reconociendo el gran impacto de las intervenciones en esta fase sobre la adherencia y los resultados a largo plazo. Así, de un total de 24 artículos que cumplieron los criterios de elegibilidad, se encontró, que los factores comúnmente asociados a la falta de adherencia son: las características de los pacientes (n=16), clase de medicamentos (n=12),

comorbilidades físicas (n=12), copagos de farmacia o costos de medicamentos (n=12), creencias de salud y comunicación con el proveedor (n =5).

Con respecto al año 2014, Inmaculada Zurera Delgado et al. ejecutaron un estudio “Denominado análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso”(27), quienes encontraron factores facilitadores (motivan al paciente a seguir), o por el contrario, se trata de factores que dificultan la adherencia. Entre los factores facilitadores se distinguen el apoyo familiar o el apoyo en casa, la buena interrelación médico-enfermera-paciente, el autoestima alta y una buena percepción propia, mientras que los factores que dificultan la adherencia son el gasto de dinero para seguir una dieta adecuada o recomendada por el médico y la falta de voluntad, ellos concluyeron que una cuarta parte de los pacientes estudiados, afirman haber olvidado tomar su medicación en alguna ocasión y que es muy importante la relación que se establece con el equipo sanitario, puesto que una buena relación y un trato cordial con el mismo, es un punto a favor para seguir el régimen terapéutico, favorece que se sientan cómodos para expresar sus dudas y miedos, saben que en todo momento van a estar al tanto de su evolución y eso les da confianza y se sienten apoyados; lo que a fin de cuentas contribuye a que se vean motivados a hacer las cosas bien.

Cabe destacar que en ese mismo año un estudio “Denominado resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus en hospitales notificantes del Perú”(28), realizado por Willy Ramos et al. Identificaron las complicaciones macro y microvasculares más frecuentes secundarias a la DM, las cuales fueron la neuropatía (21,4%), el pie diabético (5,9%) y la nefropatía (3,9%). Menos frecuentes fueron la retinopatía, la enfermedad coronaria y la enfermedad cerebrovascular y 24 pacientes habían sido sometidos a la amputación del pie o miembros inferiores, así fue como concluyeron que el control de la glucemia es una medida efectiva para reducir las complicaciones vasculares en los diabéticos.

Los resultados de estos estudios ponen de manifiesto la importancia del rol del personal sanitario, los ingresos económicos de los pacientes, la autoestima y la voluntad de ellos para lograr la adherencia terapéutica, debido a que si no se logra esto, los pacientes con diabetes e hipertensión pueden desarrollar diferentes complicaciones como retinopatía, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular y amputación de extremidades inferiores, afectando así su calidad de vida, por tal razón se debe identificar cuáles son los factores que influyen en la adherencia tanto farmacológica como no farmacológica, para buscar soluciones y alternativas.

En el año 2014 Ortega y Vargas realizaron un estudio llamado “Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular”(29), en el cual encontraron que un 67% estaba en ventaja para adherencia, el 29%, en riesgo a no adherirse y el 4%, en situación de no adherencia. Esta situación la determinaba si se tenía o no disponibilidad económica para satisfacer las necesidades básicas,

pagar los medicamentos y asistir a la consulta, además influenciaba si estaban en capacidad de leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad y contaban con apoyo familiar-social para cumplir su tratamiento, si recibían información y explicaciones del personal de salud con palabras entendibles y sencillas, también si tenían dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos y si estaban convencidos de la importancia y los beneficios del tratamiento en su salud y se interesaban y se responsabilizaban por su cuidado. En los pacientes con adherencia al tratamiento siempre tenían la disponibilidad, en los de riesgo a adherencia algunas veces y en los que no estaban adheridos no tenían estos factores. Por consiguiente se concluyó que en los tres grupos de situación de adherencia identificados varían estadísticamente con relación a las cuatro dimensiones, siendo la dimensión ii: factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, la que aportó mayor diferencia. En este es relevante que la relación paciente-proveedor es de gran importancia en el grado de adherencia que pueden tener los pacientes. Este hallazgo representa un reto para la enfermería, haciendo necesario que en su papel de cuidador la enfermera enfatice las acciones de auto cuidado con orientación, enseñanza, apoyo y acompañamiento permanente, teniendo en cuenta las características individuales.

En este mismo año Sandoval y et al. Elaboraron un estudio llamado “Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo(19)”. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. Dentro de estos factores encontraron que el bajo ingreso familiar y nivel educacional, y el sexo masculino se relacionaron significativamente con el riesgo de no adherencia, esta adherencia al tratamiento farmacológico fue de 36,3% (186 de 513) para todo el grupo, superior en mujeres (38,4% vs 28,9%; $p < 0,001$). Otro factor es la inadecuada relación médico-paciente y un puntaje alto de estrés emocional y depresión, tuvieron asociaciones significativas con el riesgo de no adherencia.

Otros estudios como “La Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad”(30), con el objetivo determinar la prevalencia y los factores relacionados con la adherencia no farmacológica en pacientes con hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM). En el cual encontraron que los resultados de adherencia al tratamiento no farmacológico mostraron un puntaje de 12,6 (en una escala entre 8 y 34 puntos). Solo el 9,4% de los pacientes fueron clasificados como adherentes, debido a que seguían simultáneamente las recomendaciones sobre la dieta, actividad física, consumo de alcohol y cigarrillo. El 31 % de los pacientes que tenían solo diabetes sin hipertensión arterial fueron clasificados en adherencia y solo 7,4% entre los hipertensos, mientras que entre aquellos con ambas patologías la adherencia fue de 2,3%. El logro de la adherencia no farmacológica es asociado positivamente con tener una ocupación diferente al hogar, recibir apoyo del equipo de salud, tener diagnóstico de

diabetes; mientras que el ser hombre y tener ingresos mayores a 2 salarios mínimos mostraron una asociación negativa.

Estos estudios antes mencionados denotan la problemática social que enfrenta la comunidad en enfermedades crónicas, viendo la poca adherencia que se tiene y todos los factores socioeconómicos que influyen en esta situación, los cuales se viven en nuestra localidad y son comunes en los pacientes que pertenecen al régimen subsidiado Comfamiliar. Todo esto permite evidenciar que estos factores siguen generando consecuencias y complicaciones en pacientes crónicos, resaltando el vacío del conocimiento, generando motivos de investigación.

En este mismo año Verónica Márquez et al. Realizaron un estudio llamado “Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes” con el objetivo de Comprobar la eficacia de un programa para la mejora de la adherencia en pacientes hipertensos de reciente diagnóstico, en donde encontraron que el 23,3% de los participantes referían una dieta inadecuada, el 31,1% consumían alcohol y tabaco, es decir que el 76% de la población no fumaba y concluyeron la intervención educativa por sí sola no fue suficiente para conseguir los resultados esperados, sino que fue necesaria una combinación de actividades para conseguir mejores niveles en las variables.

En México, José Moral de la Rubia y María Teresa Alejandra Cerdab efectuaron un estudio titulado “Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2” en el cual estiman la prevalencia de pacientes con problemas de adherencia a la medicación, y estudiar la asociación entre el número de problemas de adherencia y variables sociodemográficas, clínicas, de percepción de la enfermedad y apoyo social, encontraron que los pacientes de más edad reportaron mayor adherencia al tratamiento medicamentoso y los principales problemas de la no adherencia fueron haber olvidado alguna vez tomar los medicamentos, no tomar los medicamentos a las horas indicadas, dejar alguna vez de tomar los medicamentos cuando se encuentran bien y dejar de tomar los medicamentos si alguna vez le sienta mal, es decir que el principal problema es el olvido de la toma de los medicamentos.

También para el año 2014 Veliz Rojas et al. Realizan una investigación titulada “Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria” para identificar la situación que presentan las personas con factores de riesgo cardiovascular respecto a la adherencia terapéutica y conocer la conducta con el control de dichos factores, encontrando que el 76% de los participantes tienen diagnóstico de hipertensión arterial, el 48% diabetes mellitus y el 42% ambas patologías. Además, las conductas de salud reflejaron una baja adherencia terapéutica, puesto que solo cuatro personas de la

muestra obtuvieron el máximo puntaje en la encuesta, es decir que estas tenían una buena adherencia terapéutica.

De lo anterior, se evidencia que a pesar de que los pacientes no presenten factores de riesgo como una alimentación inadecuada, consumo de alcohol, o fumador activo, hay otros que influyen en la no adherencia terapéutica del paciente como es el olvido del medicamento, lo cual muchas veces está asociado a la longevidad del paciente, esto quiere decir que el control de los factores de riesgo cardiovascular constituye un complejo conjunto de interacciones, en el cual pueden existir otras variables que influyen en el control de estas enfermedades.

Durante el mismo año, en el 2014 se realizó un estudio transversal en un hospital-escuela de Sao Paulo denominado “Asociación de factores de riesgo cardiovasculares con las diferentes presentaciones del síndrome coronario agudo” realizado por Evelise Helena Fadini con el objetivo de identificar la relación de las diferentes presentaciones del síndrome coronario agudo con factores de riesgo cardiovasculares entre individuos hospitalizados, se realizó con 150 personas, todos con diagnóstico médico de hipertensión y gran parte con diabetes y con dislipidemias, el estudio concluyó la asociación significativa de hipertensión arterial sistémica con angina inestable.

En 2015, Shehab et al (31), en Emiratos Arabes Unidos, desarrollan el estudio “Evaluation and implementation of behavioral and educational tools that improves the patients’ intentional and unintentional non-adherence to cardiovascular medications in family medicine clinics” donde describen que la falta de comprensión de los pacientes de su estado de salud y la adhesión al tratamiento son retos para el personal de salud. Identificaron que los pacientes son resistentes a modificar su estilo de vida y su régimen farmacológico, lo que conduce aún más al desarrollo de enfermedades y complicaciones, esto debido a creencias negativas o barreras motivacionales ($p=0,027$), barreras de recuerdo o memoria del tratamiento ($p=0,014$) y barreras de acceso ($p=0,019$). De forma que implementan herramientas conductuales y educativas dirigidas a los pacientes, al proveedor y al sistema de salud, para mejorar la adherencia; al final de estudio, lograron una mejora significativa de la adherencia farmacológica ($p<0,01$).

En este mismo año, en Perú, Gonzalez Torres(32) desarrolla la tesis: “Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar, asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2”, allí, a través de un método analítico de casos y controles, prospectivo, transversal, encuentra que la falta de adherencia al tratamiento está influenciada por la disfunción familiar ($p=0,00$; $OR=4$) y el pobre conocimiento sobre la diabetes ($p=0,01$; $OR=3,1$). Estos elementos denotan un gran aporte para el planteamiento y desarrollo de

estrategias encaminadas a fortalecer o mejorar la adherencia farmacológica y no farmacológica.

Otros estudios, como el de Asim Ahmed Elnour et al. denominado "Evaluation and implementation of behavioral and educational tools that improves the patients' intentional and unintentional non-adherence to cardiovascular medications in family medicine clinics" implementa y evalúa las herramientas conductuales y educativas que indican las razones de la no adherencia en pacientes con enfermedades cardiovasculares y mejorar la adherencia del paciente a sus medicamentos cardiovasculares, en donde encontraron que los motivos de la falta de adherencia fueron dosis omitidas, el paciente no mencionó o enumeró sus medicamentos recetados y el paciente interrumpió el tratamiento por diferentes razones. También se evidencio que el 19% de los pacientes están diagnosticados con diabetes mellitus, el 26% con hipertensión, y el 31% con ambas patologías.

Cabe destacar que Domingo Orozco et al. Realizaron un estudio titulado "Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones" donde definen el impacto y las causas de la falta de adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), las posibles intervenciones para mejorarla y el papel de las distintas partes implicadas, en el cual se evidencio que las causas de no adherencia fueron La falta de conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento o las recomendaciones de autogestión, el carecer de apoyo social, o la comorbilidad con depresión o deterioro cognitivo y un factor que favorece la adherencia al tratamiento farmacológico fue la buena relación profesional sanitario

En el 2015, Jing Yang y colaboradores desarrollaron una investigación denominada "Clinical Characteristics of 261 Cases of Hospitalized Patients with Type 1 Diabetes Mellitus" con el objetivo de Analizar retrospectivamente las características clínicas de 261 casos de pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) el cual concluyo que en los pacientes con anticuerpos de diabetes mellitus tipo 1 positivos, la función de las células β de los islotes disminuyó más Rápido, por lo que los anticuerpos no solo podrían aclarar el diagnóstico de DM1, sino que también predecir la función celular de los islotes pancreaticos β . Además se evidenció que en el manejo de los pacientes con DMT1, las visitas regulares al hospital contribuyeron a mejorar control glucémico y a reducir la aparición de complicaciones diabéticas.

Debido a que hay factores de riesgo que pueden ser modificados con el fin de prevenir las complicaciones que las patológicas crónicas como la diabetes y la hipertensión generan, se han realizado investigaciones para indagar si la población diagnosticada tiene conocimiento de cómo modificarlos y de esta manera prevenir posibles complicaciones , por esta razón en el 2015, Jazmín

Gotelli Santivañez realizó el estudio : “Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes hipertensos de servicios de medicina del HNDM” el cual dio como resultado que el 41.7% de los pacientes hipertensos no conoce sobre los factores de riesgo cardiovasculares modificables lo cual es alarmante, puesto que mientras el paciente no tenga claro el conocimiento de los factores de riesgo cardiovasculares 52 modificables y las consecuencias de estos, no aplicará medidas adecuadas para la prevención de enfermedades cardiológicas.

Así mismo, en 2016 en Jordan, Akhu-Zaheya y W. Shiyab(33), realizan un ensayo clínico controlado denominado “The effect of short message system (SMS) reminder on adherence to a healthy diet, medication, and cessation of smoking among adult patients with cardiovascular diseases”. Inicialmente las autoras encuentran que los programas de rehabilitación para los pacientes con patologías cardiovasculares tienen una muy alta inasistencia debido principalmente a barreras logísticas como dificultades de transporte, costo financiero, vergüenza y accesibilidad a los servicios de salud; por lo cual, a través de la tele-enfermería logran mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y a la alimentación saludable con el uso de mensajes cortos a sus pacientes, donde les motivaban a dejar de fumar, tomar la medicación y consumir una dieta mediterránea.

Para este mismo año Ulises Luna Breceda et al. Realizaron un estudio titulado “Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México” en donde determinaron el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar (umf), encontrando que el 67,5% de los pacientes era de sexo femenino, el 75,5% contaba con educación básica y que un porcentaje importante de ellos presentaba sobrepeso y obesidad, además el 50% de la población tenía un comportamiento de no adherencia.

También para el año 2016 Yalima Ramos et al. Titularon su investigación “Therapeutic Adherence in Patients with Diabetes Mellitus Type 2” en la cual estiman algunos factores relevantes de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en donde se evidencia que el sexo más representado en la población estudiada fueron las féminas y fue también este sexo el que mayores porcentajes de cumplimiento reportó, al igual que los pacientes con altos niveles educacionales tienen una alta adherencia, puesto que está asociado con la capacidad de desempeño, conocimientos y percepción de su gravedad, riesgos y la posible responsabilidad en el cuidado de la salud de estas personas, por otro lado, las amas de casa representaron el 53,3 % de la población estudiada, estas tienen mayores posibilidades de adherirse al tratamiento ya que poseen más tiempo de permanencia en el hogar y no tienen otras responsabilidades

institucionalizadas, que les dificulten el seguimiento del tratamiento o favorezcan el olvido, mientras que la multiplicidad de roles es un factor que incida de manera marcada sobre las personas trabajadoras.

Debido a que la mayoría de las complicaciones de pacientes con riesgo cardiovascular son los eventos coronarios, se han realizado diversos estudio sobre los factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de que estos pacientes tengan este tipo de complicación, el estudio “The risk of coronary artery disease estimated non-invasively in patients with essential hypertension environmentally exposed to cigarette smoke” publicado en el 2016, identifico la relación entre la exposición ambiental al humo del cigarrillo y el riesgo de enfermedad arterial coronaria (EAC) estimada de manera no invasiva a través de la medición de la puntuación de calcio de la arteria coronaria mediante tomografía computarizada en pacientes con hipertensión esencial. Llegando a la conclusión que en pacientes con hipertensión esencial, la exposición ambiental al humo del cigarrillo puede dar como resultado un riesgo elevado de enfermedad coronaria.

4.2 DISEÑO METODOLÓGICO

4.2.1 Tipo de estudio. Estudio descriptivo de enfoque cuantitativo, porque pretende identificar los factores que influyeron en la hospitalización y en la adherencia farmacológica y no farmacológica de los pacientes con HTA y DM; es transversal debido a que se hará un corte en el tiempo para la medición de las variables de estudio.

4.2.2 Población. La población de estudio corresponde a los pacientes afiliados a la EPS Comfamiliar - Huila con diagnóstico de HTA y DM que requieran hospitalización durante los meses de octubre a diciembre de 2016, que cumplan con los criterios de selección, los cuales se describen a continuación:

Criterios de inclusión: Edad mayor de 18 años, residir en la ciudad de Neiva, aceptar participar en el estudio con la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Se excluirán a aquellos pacientes que por su estado de salud no puedan dar información y no cuenten con un cuidador que proporcione

información sobre el paciente; y que la causa de su hospitalización no esté relacionada con su patología de base.

4.2.3 Muestra. El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, para su cálculo se emplea la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N - 1) + z^2pq}$$

Así, para estimar el tamaño muestral de pacientes con HTA y DM respectivamente, las fórmulas están dada por:

N= El total de la población contemplada en el estudio (HTA 249, DM 98).

Z=Valor de la distribución normal $\partial/2$, siendo ∂ el nivel de confianza deseado (0.05%).

p= La proporción de pacientes con HTA y DM.

q= 1 – p

d= El nivel de confianza deseado (equivalente a ∂)

Dado que la fórmula requiere que p sea conocida, se asume como valor de p=0.5, la fórmula proporciona el máximo valor de n, un tamaño de muestra lo suficientemente grande para alcanzar la confiabilidad deseada.

De este modo, reemplazando los valores en la fórmula descrita, para cada grupo de pacientes, se tiene como muestra 217 pacientes con HTA y 92 pacientes con DM.

4.2.4 Método. El método a utilizar es la encuesta dirigida, donde se interrogará a los participantes sobre las causas de la hospitalización, y se aplicará el instrumento denominado “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico” en su tercera versión(2).

4.2.5 Técnica. Se solicitará a la EPS Comfamiliar la base de datos de los pacientes hospitalizados durante los meses de octubre a diciembre de 2016, con diagnósticos de HTA y DM, de donde se contactarán a los usuarios y se aplicarán los criterios de selección, una vez realizado esto, se concertará una visita al domicilio de los participantes, donde se les aplicará el formato de recolección de la información y el instrumento, del cual ya se cuenta con la autorización de la autora y se anexa al presente documento.

4.3 FORMATO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION E INSTRUMENTO

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: Debido a que la adherencia al tratamiento es un factor fundamental en el cuidado de la salud de las personas con patologías crónicas, la disciplina de enfermería ha realizado significativos aportes abordando este tema, destacando así el trabajo realizado por las enfermeras Bonilla y Gutiérrez quienes por medio de un proceso investigativo, diseñaron y validaron un instrumento en el que se evalúan los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, teniendo como base el Modelo Conceptual de Dorotea Orem, en particular la capacidad de agencia del autocuidado; y las premisas expuestas por la OMS como comportamiento de la adherencia en la salud. Este instrumento contribuye de manera significativa a describir cuales son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de las personas con patologías crónicas como lo son la hipertensión y diabetes.

El instrumento denominado “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” inicialmente se construyó teniendo en cuenta las cinco dimensiones de la OMS con una escala de valor tipo liker de tres puntos y contó con 79 ítems, fue sometido a validez de contenido y validez facial consolidándose con 72 ítems, siendo esta la versión 1; posteriormente se realizaron estudios complementarios los cuales dieron sugerencias de cambio, supresión o modificación de ítems, determinando la versión 2 con 62 ítems, lo que llevó a que las autoras originales revisaran nuevamente el instrumento y se consolidara la tercera versión con 53 ítems, validado con un Alfa de Crombach de 0.85.

Factores que influyen en la hospitalización: Se elaboró un instrumento en el cual se indagan las características sociodemográficas y los aspectos en salud que influyen en la hospitalización de los pacientes con HTA y DM, éste fue diseñado con base a los patrones funcionales de Marjory Gordon, para su validación se siguieron tres fases, según Tristán (37).

Fase 1: Definición teórica de las variables. Se realizó la definición teórica y la se especificó la definición operacional de las variables se construyó dentro del marco conceptual del instrumento de Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Fase 2: Banco de reactivos. Se construyó un banco de reactivos con base en la evidencia empírica nacional e internacional sobre los factores que influyen en la hospitalización y con base en el formato de valoración de Marjory Gordon, de forma que se generaron 40 ítems. Para la creación de cada reactivo se tuvo en cuenta:

Redacción: Cada ítem redactado de forma entendible, con preguntas breves, fáciles de comprender, sin empleo de palabras que indujeran una reacción estereotipada, se redactaron en forma afirmativa y se evitó el uso de la interrogación porqué.

Especificidad: evitando ambigüedad en las respuestas y términos que pudiesen interpretarse de distinta manera.

Sin carga afectiva: Se evitó ítem con carga afectiva ya que podría generar errores de medición.

Cantidad: Se redactó una cantidad considerable de ítems de forma que no existieron inconvenientes durante la evaluación de expertos.

Estos 40 reactivos se distribuyeron en 5 categorías:

1. Información sociodemográfica
2. Conocimiento y percepción del paciente sobre su estado de salud
3. Conducta nutricional, hábitos no saludables y manejo del estrés
4. Entorno familiar y dimensión relacionada con el proveedor
5. Factores que influyeron para que el paciente se hospitalizara

En una segunda revisión por parte de los investigadores, se realizó una depuración de reactivos, quedando en total 27 ítems, los cuales fueron sometidos a valoración por expertos temáticos y metodológicos.

Fase 3: Validez. Para este proceso, el instrumento fue sometido a la evaluación de tres expertos, a quienes se les solicitó autorización y consentimiento para su participación en el estudio. De esta forma, se logró realizar la validez de apariencia y contenido:

Validez de apariencia: La evaluación de cada ítem elaborado se hizo respecto a los criterios de claridad, precisión y comprensión, los cuales se evaluaron individualmente en una escala de 1 a 5, siendo 1 la ausencia del criterio y 5 un nivel alto del criterio, así mismo se dejó un espacio adicional para la realización de observaciones y sugerencias, que sirvieron como retroalimentación en cada uno de los ítems del instrumento. Los criterios se definieron así: Claridad: Ítem redactado de tal forma que permite su fácil y rápida comprensión. Precisión: Ítem redactado de forma puntual y exacta, no da lugar a dudas. Comprensión: Entendimiento de lo que se quiere decir al leer el ítem. Para determinar el grado de acuerdo entre los evaluadores respecto a la claridad, precisión y comprensión de cada uno de los ítems del instrumento se utilizó el Índice de Concordancia simple, que refleja el número en función del número total de codificaciones.

Ecuación 1: Fórmula para el cálculo del Índice de concordancia simple para cada ítem

$$P_i = \frac{1}{n(n-1)} \left[\left(\sum_{j=1}^k (n_{ij}^2) \right) - (n) \right]$$

En donde P_i es el grado en que los evaluadores están de acuerdo en el ítem i ; (n) es el número de codificaciones por ítem (que hace referencia directa al número de evaluadores, ya que cada uno genera una codificación), (k) es el número de categorías en las que las asignaciones se hacen, por lo que no representa el número de evaluadores que asigna el ítem i a la categoría j . Si los evaluadores están completamente de acuerdo el $P_i = 1$, por lo que un índice de Concordancia se considera aceptable cuando es $\geq 0,80$.

Se realizaron los ajustes al instrumento según la revisión de expertos, ajustando redacción en algunas preguntas y opciones de respuesta y se aumentaron tres preguntas. Reemplazando los valores de la ecuación descrita para cada pregunta del instrumento se obtuvieron los siguientes resultados:

Valores de la ecuación descrita para cada pregunta del instrumento

Pregunta N°	n	k	P _i =
1	3	3	1
2	3	2, 1	0.3333
3	3	3	1
4	3	3	1
5	3	3	1
6	3	3	1
7	3	2, 1	0.3333
8	3	3	1
9	3	3	1
10	3	3	1
11	3	3	1
12	3	3	1
13	3	3	1
14	3	3	1

Pregunta N°	n	k	P _i =
15	3	3	1
16	3	3	1
17	3	2, 1	0.3333
18	3	3	1
19	3	3	1
20	3	3	1
21	3	3	1
22	3	3	1
23	3	3	1
24	3	3	1
25	3	3	1
26	3	3	1
27	3	3	1

Ecuación 2: Fórmula para el cálculo del índice de Concordancia Simple de todo el instrumento.

$$P = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \rho_i$$

La ecuación 2 se utilizó para el cálculo de la concordancia total del instrumento diseñado, por cada uno de los criterios evaluados (claridad, precisión y comprensión), en donde P es la proporción de concordancia o acuerdo observado en todo el instrumento y N hace referencia al total de ítems o sujetos evaluados. Éste índice fue evaluado en todo el instrumento, encontrándose un resultado de 0.92 lo que muestra que los expertos están de acuerdo con el instrumento y es aceptable para su aplicación según objetivos de estudio.

Validez de contenido. La validez de contenido se estableció a partir del juicio de expertos determinando el acuerdo entre jueces para cada ítem, a partir de la relación de validez de contenido de Lawshe Modificado en tres categorías: esencial, útil pero no esencial y no necesario. Para obtener el índice de validez de contenido se usaron las siguientes fórmulas, las cuales son una modificación del modelo de Lawshe para la validez de contenido de un instrumento.

Ecuación 3: Fórmula para el cálculo de razón de validez de contenido (CVR) para cada ítem.

$$CVR' = \frac{n_e}{N}$$

En donde n_e es el número de expertos que tienen acuerdo en la categoría “esencial” y N, hace referencia al número total de panelistas. Para ser aceptable el acuerdo de los expertos de cada ítem, se debe contar con $CVR' \geq 0,58$, en caso contrario se denominan “no aceptables”.

La aplicación de esta fórmula para cada ítem, dio como resultado que todos los ítem tuvieron $CVR'=1$, ya que todos fueron valorados como esenciales por los tres expertos.

Ecuación 4: Fórmula para el cálculo de validez de contenido de todo el instrumento (CVI).

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR' i}{M}$$

En donde $CVR'i$ es la Razón de Validez de Contenido del ítem i “aceptable con el criterio de Lawshe modificado, y M es el total de ítems aceptables de la prueba. El CVI se debe interpretar como la concordancia entre la capacidad (habilidad, competencia, conocimiento, etc.) solicitada de un dominio o dimensión específica y el desempeño solicitado en la prueba que trata de medir dicho dominio. Reemplazando los valores en la fórmula se obtuvo como resultado 1, ya que todos los ítems fueron valorados como esenciales, por lo cual el instrumento en general logra su validez de contenido.

Para evaluar la comprensibilidad si $<90\%$ el ítem debía reestructurarse a fondo, entre 90 y 95% debían hacerse ajustes menores, y si la comprensibilidad era $>95\%$ el ítem se mantenía igual. A pesar de que la totalidad de los ítems del instrumento reportaron una comprensibilidad superior al 95%, siendo la mínima reportada de 96.05%, se tuvieron en cuenta las apreciaciones de algunos de los expertos y se realizaron los ajustes que se consideraron pertinentes. Una vez realizados los ajustes previamente mencionados, se obtuvo un instrumento de 27 ítems con diversas opciones de respuesta.

4.4 PRUEBA PILOTO

Para la validez y confiabilidad del presente formato de recolección de la información se sometió a revisión por parte de expertos en el tema y se realiza la prueba piloto al 5% de la muestra de la población. Posterior a la prueba piloto se realizan ajustes pertinentes según se requiera

4.5 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.5.1 Tabulación. Los datos recolectados serán tabulados en una base de datos en el programa Microsoft Excel, versión 2016, diseñada para tal fin; la cual será direccionada por los investigadores. Los datos se irán ingresando en el archivo, a medida que se va recolectando la información. Una vez finalizado este proceso, se condensarán para ser exportados a un software compatible que permita un adecuado análisis de la información.

4.5.2 Análisis. Se realizará análisis según interés a tratar, teniendo en cuenta las variables de estudio y la interpretación establecida por las autoras del instrumento, empleados para tal fin. Para la descripción de las características individuales de los participantes y de las variables en general, se utilizarán medidas de tendencia central y de dispersión en variables cuantitativas. Se establecerá correlación entre dos variables a través del coeficiente de correlación de Pearson y prueba de significancia estadística previo cálculo del chi cuadrado. Las variables cualitativas serán descritas en proporciones. Los datos serán analizados utilizando el software SPSS versión 23.

5. CONSIDERACIONES ETICAS

Basados en la Ley 23 de 1981, donde se dictan las normas en materia de la ética médica, y la resolución 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el presente proyecto de investigación se clasifica como de riesgo mínimo ya que para el registro de los datos se utilizan procedimientos comunes, en este caso, una entrevista.

De la Resolución N° 8403 se tendrán en cuenta los siguientes aspectos del Título II, de la investigación en seres humanos:

- Capítulo I: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos: deberá prevalecer ante todo el criterio de respeto a su dignidad, confidencialidad, sus derechos y su bienestar ajustados a los principios científicos y éticos que rigen. Por lo cual, para la presente investigación, se respetará la dignidad de los sujetos de estudio, ya que se solicitará su autorización libre y voluntaria por medio de la firma del consentimiento informado donde se dará a conocer la finalidad del estudio, será estrictamente confidencial ya que se solicitará el número de identificación sin soporte de nombres ni apellidos.

- Capítulo II; investigación en comunidades artículo 17 donde se enuncia que las investigaciones referidas a la salud humana en salud deberán contener los principios de beneficencia y la ausencia de riesgos, el objetivo será beneficiar al personal ya que se identificarán los factores que influyen en la adherencia terapéutica y a los pacientes recibirán una atención integral en la cual se actúe y disminuyan estos factores. En torno a esto se nombran los principios que rigen la finalidad de estudio donde se resalta beneficencia y no maleficia para garantizar el bienestar de los participantes.

De igual manera la investigación se tendrán en cuenta los principios consignados en el código deontológico de Enfermería, ley 911 de 2003, tales como la No Maleficencia, donde “la persona debe ser tratada de tal forma que no solo se respete en sus decisiones sino evitando hacerle daño y haciendo un esfuerzo por asegurar su bienestar”; Autonomía, en el cual se debe respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones eminentes de sus valores y convicciones personales, con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones; Veracidad, como la armonía entre lo que se es, siente, piensa, dice y hace la persona, facilitando a los demás el acceso a lo que percibe honradamente como cierto y Fidelidad; obligación de cumplir con los compromisos.

También se hará entrega al paciente del consentimiento informado donde se explica objetivos, justificación, beneficios, procedimientos, riesgos y aclaraciones para que tenga información acerca de este y acepte o no participar en el estudio.

Los investigadores firmaran el acuerdo de confidencialidad para poder revisar y llevar privacidad en la información encontrada en las historias clínicas. Además, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

Riesgo: Proyecto de investigación no representa riesgo alguno para los pacientes.

Alcance: Con este trabajo de investigación se espera lograr obtener información de primera fuente, acerca de la problemática que desencadena la hospitalización de los pacientes y que afecta su adherencia al tratamiento.

Impacto: Se espera que este proyecto de investigación permita conocer la problemática de los pacientes con HTA y DM, para que en un futuro se planteen medidas de intervención que minimicen dichos factores.

Costo – Beneficio: La presente investigación genera costos económicos para los investigadores relacionados con desplazamiento y papelería, para los pacientes y la EPS Comfamiliar generará grandes beneficios, al obtener información relevante que puede direccionar las intervenciones y a largo plazo reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Para dar inicio a la investigación se solicitaron los permisos institucionales con el personal administrativo pertinente, y personal integrante de comité de ética y técnicos institucionales.

6. RESULTADOS

Para el desarrollo de este proyecto se solicitó a la EPS Comfamiliar la base de datos de los pacientes hipertensos y/o diabéticos que fueron hospitalizados por su enfermedad de base durante el periodo de 2016-1, 2016-2 y 2017-1. Después de obtener la base de datos enviada por Comfamiliar, se realizó una depuración de estos pacientes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión en la investigación. Posteriormente se efectuó un primer contacto con los usuarios por vía telefónica para informar a estos sobre el objetivo de la investigación, solicitar su participación y así mismo confirmar su dirección. A los pacientes que aceptaron se les hizo una visita domiciliaria en la cual se explicó nuevamente la investigación, se procedió a firmar del consentimiento informado, después de esto se aplicaron las encuestas de factores que influyeron en la hospitalización y consecutivamente la encuesta de factores que influyeron la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

La EPS envió dos bases de datos, la primera pertenecía a la cohorte 2016-1 en esta habían un total de 510 personas de las cuales 325 personas tenían número equivocado o celular apagado 28 habían fallecido y 7 no aceptaron participar en el estudio. Obteniendo al final 150 encuestados. La segunda base de datos pertenecía a la cohorte 2016-2 y 2017-1 en la cual tenían 835 personas de estas 204 personas tenían número equivocado o celular apagado, 30 habían fallecido y 4 no aceptaron participar en el estudio. Realizando así 159 encuestas. Esto para obtener al final un total de 309 participantes en el estudio, los cuales cumplían con todos los criterios de selección.

La presentación de los resultados se realiza teniendo en cuenta los objetivos de estudio, los cuales se cumplieron a cabalidad, como se evidencia en la presente información, de forma que se organizan en tres grupos, el primero correspondiente a las características socio demográficas y clínicas de los participantes en el estudio, el segundo a los factores que influyeron en la hospitalización y el tercero corresponde a los resultados del instrumento “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, versión 3”, el cual se encuentra agrupado en 4 dimensiones (factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo de salud, factores relacionados con la terapia, factores relacionados con el paciente). De esta forma a continuación se describen los principales resultados obtenidos:

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.

6.1.1 Características sociodemográficas

Tabla 2. Distribución y medidas de tendencia central en edad de los participantes

VARIABLE	N	MEDIA	IC 95%		MEDIANA	DE	MÍNIMO	MÁXIMO	RANGO	NORMALIDAD*
			LÍM. INF	LÍM. SUP						
Edad	309	62,2	60,7	63,8	64,0	13,9	18,0	92,0	74,0	0,001

Abreviaturas: N, Población participante, DE, Desviación estándar

*Variable distribuida de manera no normal según prueba de Shapiro - Wilk.

La edad mínima de la población (18 años) muestra que enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial no solamente se presentan en edades avanzadas, sino también en personas jóvenes, lo cual puede estar relacionado con los estilos de vida inadecuados que se están llevando desde temprana edad o aspectos genéticos, que también están relacionados con dichas patologías.

Tabla 3 Distribución porcentual de pacientes participantes, según características sociodemográficas.

Variable Sociodemográfica	n (%)
1. Sexo	
Hombre	110 (35.6)
Mujer	199 (64.4)
2. Ocupación	
Ama de casa	100 (32.4)
Desempleado	98 (31.7)
Empleado	26 (8.4)
Estudiante	1 (0.3)
Independiente	81 (26.2)
Pensionado	3 (1.0)
3. Estrato socioeconómico	
Estrato 1	220

	(71.2)
Estrato 2	89 (28.8)
4. Estado civil	
Casado	113 (36.6)
Separado	43 (13.9)
Soltero	25 (8.1)
Unión libre	71 (23.0)
Viudo	57 (18.4)
5. Escolaridad	
No tiene	30 (9.7)
Primaria completa	43 (13.9)
Primaria incompleta	114 (36.9)
Secundaria completa	35 (11.3)
Secundaria incompleta	86 (27.8)

Tecnólogos	1 (0.3)
6. Grupo vulnerable	
Desplazado	43 (13.9)
Discapacitado	4 (1.3)
Madre cabeza de hogar	1 (0.3)
Ninguno	261

	(84.5)
7. Dependencia economía	
Usted mismo	119 (38.5)
Familiar	208 (67.8)
Ayuda del estado	51 (16.5)

En la población encuestada predominan las mujeres notablemente. La ocupación se encuentra relacionada con el sexo de los pacientes, teniendo en cuenta que en su mayoría son amas de casa, pero a su vez se encuentra que hay una amplia inactividad laboral, ya que sólo 34.6% tiene un trabajo como empleado o independiente, además, si se tiene en cuenta que sólo un 1% es pensionado, puede verse que sólo el 9% tiene ingresos mensuales fijos (empleados y pensionados), lo que evidencia que la población estudiada puede tener grandes necesidades económicas o escasos recursos, por lo que es probable que no cuenten con los recursos económicos necesarios para garantizar cuidados en su salud.

La totalidad de participantes pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 y 2, que corresponden a estratos bajo bajo y bajo, según Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), lo que indica que probablemente tienen grandes necesidades económicas, los pacientes encuestados lo que puede llegar a afectar la disposición de los recursos de la salud.

Sobre el estado civil de los pacientes encuestados se evidencia que el 59.6% de la muestra tiene una pareja estable, lo cual puede ser determinante para la adherencia al tratamiento.

Respecto al nivel de escolaridad la mayoría de la población tiene un nivel educativo bajo, tan solo un 11,3% terminaron la secundaria lo cual es concordante con el estrato socioeconómico y ocupación de los pacientes, factores importantes para seguir recomendaciones médicas, adherirse al tratamiento y mantener un régimen terapéutico completo.

Aunque la gran mayoría de la población no pertenece a algún grupo especial, el 13.9% son desplazados, afectando esto su capacidad económica que a su vez puede afectar la adherencia al tratamiento.

Acerca de la dependencia económica la mayoría de los pacientes (84.3%) dependen de la familia, teniendo en cuenta que la capacidad laboral de estos se ve disminuida por la edad pero en un porcentaje un tanto menor dependen de ellos mismos afectando de esta manera la adherencia al tratamiento.

6.1.2 Características clínicas del paciente

Tabla 4. Distribución porcentual de los estadios del Índice de Masa Corporal (IMC) de los pacientes.

ESTADIO DE IMC	n	%
Bajo peso	22	(7.1)
Peso Normal	122	(39.5)
Sobrepeso	118	(38.5)
Obesidad I	36	(11.7)
Obesidad II	9	(2.9)
Obesidad III	2	(0.6)

El 38.5% de la población sufre de sobrepeso y el 15.2% tiene algún grado de obesidad, lo que indica que más de la mitad de la población, tiene hábitos de vida inadecuados, siendo esto un factor agravante de sus enfermedades.

Tabla 4. Distribución porcentual de pacientes con patologías antes y después de la hospitalización.

PATOLOGÍA	ANTES DE LA HOSPITALIZACIÓN		DESPUÉS DE LA HOSPITALIZACIÓN	
	n	%	n	%
DIABETES MIELLITUS	121	(39.4)	134	(43.4)
HTA	166	(53.7)	191	(61.8)
TUBERCULOSIS	1	(0.3)	1	(0.3)
ERC	14	(4.5)	22	(7.1)
ACV	4	(1.3)	6	(1.9)
HP	2	(0.6)	2	(0.6)
AMPUTACIÓN	0	(0)	16	(5.2)

Abreviaturas: HTA, Hiertensión arterial, ERC, Enfermedad renal crónica, ACV, Accidente cerebro vascular, HP, Hiperplasia prostática.

Es evidente un aumento en el número de pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, ERC y ACV, lo que representa gran preocupación debido al aumento de la morbilidad de los pacientes, de sus complicaciones como es el caso de patologías como ACV y ERC, las cuales se presentaron derivadas de las patologías de base HTA y DM. Además, genera aún más preocupación el aumento de amputaciones presentada en 16 pacientes (5.2%) lo que puede sugerir que no es completamente adecuada la adherencia al

tratamiento. Estas complicaciones patológicas también revelan una disminución en la calidad de vida de los pacientes.

6.2 FACTORES QUE INFLUYERON EN LA HOSPITALIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON HTA Y/O DM 2

6.2.1 Conocimientos y percepción del paciente. Sobre la percepción que tienen los pacientes acerca de su estado de salud, se encontró que un 61.5% perciben que su salud está entre regular y mal, mientras que solo un 38.5% consideran que está bien, esto refleja que la población estudiada no se encuentra muy optimista sobre su propia condición y además, muestra que los pacientes no están conformes con su estado, siendo notable que los aspectos que conlleva el padecimiento de su patología le producen incomodidad o déficit de confort, de igual manera los pacientes que perciben su estado de salud de una forma buena también presentan disconfort, aunque para ellos esas incomodidades son mínimas en comparación con otras que han presentado anteriormente y creen que por su edad avanzada es normal que se presenten.

Tabla 5. Distribución de frecuencia y porcentaje de las situaciones que han alterado el estado de salud de los pacientes.

SITUACIÓN	n (%)
Desconocimiento	114 (36,9)
Incapacidad	49 (15,9)
Olvido	95 (30,7)
Falta de recursos económicos	148 (48,1)
Falta de motivación	49 (15,9)
Falta de cuidador/Necesidad de ayuda	42 (13,6)
No conciencia de la enfermedad	43 (13,9)

La población estudiada consideran que la falta de recursos económicos es una de las principales causas de sus complicaciones, factor corroborado en aspectos como el estrato socioeconómico, la ocupación y grado de escolaridad, lo que permite encontrar que la situación de pobreza de la población, ha afectado su situación de salud y que por lo tanto, deben considerarse este tipo de factores a la hora de enmarcar políticas en salud, donde se indican lineamientos para el equipo de salud, pero se pasan por alto las realidades sociales que viven las personas y que pueden influir de manera negativa para su adherencia al tratamiento y prevención de complicaciones, es decir que el estado completo de bienestar físico, mental y social no solo es responsabilidad del sector salud, si no que es

intersectorial, ya que los determinantes sociales influyen en la salud de nuestra población. Sin embargo, la segunda posible causa de alteración del estado de salud, fue el desconocimiento y olvido por parte de los pacientes de su régimen terapéutico farmacológico y no farmacológico, esto relacionado con la edades tan avanzadas de los pacientes, pues se evidencia que entre más edad se tenga la capacidad de recordar se ve disminuida, esto son factores que desde Enfermería pueden intervenir para evitar complicaciones.

Tabla 6. Distribución de frecuencia y porcentaje de las actitudes de los pacientes ante su enfermedad

ACTITUD	n (%)
ACEPTACIÓN	242 (78,3)
INDIFERENCIA	16 (5,2)
NEGACION	6 (1,9)
RECHAZO	28 (9,1)
RESIGNACIÓN	16 (5,2)
TRISTEZA	1 (0,3)

Aunque en la población predomina la actitud de aceptación ante la enfermedad, hay un 21% de los pacientes que tienen sentimientos negativos, lo cual podría afectar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, debido al bajo auto cuidado que estos sentimientos pueden generar en ellos.

Tabla 7. Distribución de frecuencia y porcentaje de las conductas no saludables practicadas por los pacientes con HTA y DM, participantes en el estudio

ALCOHOL		CIGARRILLO	
Consume esporádicamente	36 (11,7)	Fumador activo	9 (2,9)
Consume fines de semana	7 (2,3)	Ex fumador	63 (20,4)
Cerveza	23 (7,4)	Fuma 3 cigarrillos/día	1 (0,3)
Aguardiente	10 (3,2)	Fuma 5 cigarrillos/día	4 (1,3)
Whiskey	3 (1,0)	Fuma 10cigarrillos/día	4 (1,3)

En relación con los conocimientos que tienen los pacientes sobre los cuidados que deben seguir con sus patologías, el 70% refiere saber que conductas seguir, esto se podría ver reflejado con el bajo consumo de alcohol y de cigarrillo que son factores de riesgo modificables, pues tan solo el 3% son fumadores activos y un bajo porcentaje consume esporádicamente bebidas alcohólicas en su gran

mayoría la cerveza, ya que esta es la más barata en el mercado, aunque lo ideal en esta población sería que ningún paciente consumiera bebidas alcohólicas o fumara.

6.2.2 Conducta nutricional, hábitos no saludables y manejo del estrés

Tabla 8. Distribución de frecuencia y porcentaje del tipo de dieta seguida por los pacientes

Actividad para control de estrés		n (%)		
Realiza alguna actividad para manejar las situaciones de estrés		221 (71,5)		
Busca apoyo en su familia		75 (24,3)		
Busca apoyo en su religión		85 (27,5)		
Busca apoyo en sus amigos		26 (8,4)		
Dormir		10 (3,2)		
Caminar		74 (23,9)		
Escuchar música		5 (1,6)		
TIPO DE DIETA	n (%)	Tipo de alimento	Cantidad día	n (%)
Baja en azúcar	180 (59,0)	Verduras	0	208 (67,3)
Baja en sal	170 (55,2)		1	64 (20,7)
Adelgazamiento/hipocalórica	2 (0,6)	Proteínas	0-1	115 (37,2)
Baja en grasa	94 (30,4)		2-3	194 (62,8)
Ningún tipo de dieta	96 (31,1)	Frutas	0-1	283 (91,6)

Se encontró como factores protectores en las personas entrevistadas el bajo consumo de bebidas alcohólicas y de cigarrillo, también un alto porcentaje expresaron que consumían una dieta baja en azúcar, sal y grasa, además el 57% de la población percibe que sus hábitos alimentarios son adecuados. Sin embargo, solo el 12% de los participantes consume entre 2 y 3 verduras, debido a que la mayoría son de estratos muy bajos por consiguiente sus ingresos son mínimos y no les alcanza para comprar frutas o verduras, por lo cual ellos deciden comprar arroz, frijoles, lentejas, papa, yuca que son los alimentos para ellos que mas rinden y alcanzan para toda la familia, es decir que los pacientes tienen los conocimientos sobre el cuidado que deben seguir pero su situación económica los

limita a tener hábitos alimentarios adecuados, ocasionando una no adherencia al tratamiento no farmacológico.

Tabla 9. Distribución de frecuencia y porcentaje de actividades que realiza los pacientes para el manejo del estrés.

El 62% de la población entrevistada refirió haber tenido una situación estresante la cual altero su estado de salud en el último año, de estas la gran mayoría realizo actividades para manejar el estrés como buscar apoyo en su religión, caminar y buscar apoyo en su familia, lo anterior está relacionado con los bajos ingresos que tienen los pacientes, puesto que la mayoría expresa sentirse preocupado por no tener dinero para poder atender sus necesidades básicas, como la alimentación, la vivienda y el vestir.

Tabla 10. Distribución porcentual del entorno familiar y de los antecedentes familiares de los participantes

Entorno Familiar		n (%)
Tipo de familia	Nuclear	182 (58,9)
	Extensa	103 (33,33)
	Solo	24 (7,44)
	geriátrico	1 (0,32)
Cuenta con apoyo para el cuidado de su salud		264 (85,4)
Considera que su enfermedad influye en su trabajo	De manera negativa	149 (48,2)
	De manera positiva	17 (5,5)
	No influye	44 (14,2)
Antecedentes familiares	DM 2	148(48,2)
	HTA	181 (59,2)
	IAM	82 (26,9)
	ACV	26 (8,5)
	Ninguno	43(14)

Abreviaturas: IAM, infarto agudo al miocardio, ACV, Accidente Cerebro Vascular.

La población intervenida refirió tener acompañamiento familiar (93% aprox.), en su mayoría manifestaron vivir con hijos, hermanos, padres. Del total de la población el 85% refirió contar con apoyo familiar para el cuidado de su salud. Esta población en su mayoría considera que su enfermedad influye de manera negativa en su enfermedad, esto según lo manifestado por ellos, el estado actual de su enfermedad no les permite laborar, además aquellos que laboran presentan dificultades para asistir a sus controles y poder alimentarse de manera adecuada. Es de resaltar que el 86% de la población refirió tener antecedentes de enfermedades cardiovasculares, dentro de lo cual, se observó que algunos de ellos tenían que cuidar tanto de su salud como la de sus padres. Del 14% que no presentaron antecedentes, algunos manifestaron que no sabían nada de sus

familiares ya que algunos se habían alejado de ellos por problemas o porque ya habían fallecido.

Tabla 11. Distribución porcentual de la Percepción que tienen los pacientes en cuanto a los aspectos relacionados con el proveedor.

Percepción de los pacientes ante los servicios prestados por el proveedor de salud		n (%)
Considera que recibe oportunamente sus medicamentos		173 (56)
Asignación de cita en fecha requerida		102 (33)
Tiempo de espera para siguiente consulta	Más de 2 meses	48 (15,5)
	Más de 2 semanas	62 (20,1)
	Más de 4 semanas	62 (20,1)
	Más de una semana	27 (8,7)
	Menos de una semana	70 (22,7)
Calificación de la entrega de medicamentos	Bueno	149 (48,2)
	Regular	106 (34,3)
	Malo	54 (17,5)
Calificación de la asignación de citas	Bueno	136 (44)
	Regular	104 (33,7)
	Malo	69 (22,3)

Se evidencio que solo el 56% de la población recibe oportunamente los medicamentos, es decir que el otro 44% no están recibiendo sus medicamentos a tiempo, esto, y los tiempos prolongados que deben esperar para asistir nuevamente a sus citas de control, hace que durante estos periodos de tiempo deban suspender sus terapias farmacológicas.

Del total de la población la mayoría presento inconformidad hacia el proceso de asignación de las citas y entrega de medicamentos, calificando los procesos de entrega como regular o malo (aprox. 55%), esta se asocia con lo anterior ya que según lo expresado por ellos, tienen que asistir en repetidas ocasiones a los servicios para ver si sus medicamentos ya están disponibles, o realizar procesos demorados para poder solicitar autorizaciones.

Tabla 12. Distribución porcentual de las posibles causas de hospitalización según percepción de los pacientes.

		n %
Proveedor	Demora entrega medicamentos	25 (9,6)
	No entrega de glucómetro	3 (1,2)
	Demora asignación de citas	10 (3,8)

Terapia	Demora en las autorizaciones	7 (2,7)
	Descuido	12 (4,6)
	Medicamento no sirvió	2 (0,8)
	Trabajo	2 (0,8)
	Sobre-medicación	3 (1,2)
	Abandono de la terapia	19 (7,3)
	Olvido	18 (6,9)
	Faltar a algunas citas	3 (1,2)
	Mala alimentación	17 (6,5)
	Medicamento incorrecto	1 (0,4)
	Uso de otra terapia	3 (1,2)
Propios	Estrés	36 (13,8)
	Hipoglicemia	4 (1,5)
	Pie diabético	3 (1,2)
	Infección	3 (1,2)
	Daño renal	2 (0,8)
	Dolor torácico	3 (1,2)
	desconocimiento	9 (3,5)
	Edad	10 (3,8)
	Hiperglicemia	3 (1,2)
	Estadio de la enfermedad	5 (1,9)
	Hipertensión	4 (1,5)
	Derrame cerebral	2 (0,8)
	Absceso	1 (0,4)
	Falta de recursos económicos	2 (0,8)
	Circulación	2 (0,8)
	No sabe	39 (15)
	Falta de cuidador	2 (0,8)
	Embarazo	2 (0,8)
	Intoxicación	1 (0,4)

Según lo que los pacientes consideraron había sido su causa de hospitalización se realizaron 3 dimensiones (relacionadas con el proveedor, con la terapia, propios del paciente), dentro del primero estuvo relacionado con la demora en la entrega de medicamentos y glucómetro lo cual generó complicaciones en los pacientes ya que según lo manifestado por un paciente; sufrió una hipoglicemia mientras se administró la insulina, esto a causa de que no tenía glucómetro para poder realizarse el control de su glicemia.

Dentro de los relacionados con la terapia se encontró que los más frecuentes fue el olvido y abandono de su terapia; esto según lo expresado por ellos se debió en parte a las demoras en la entrega de medicamentos y asignación de citas, aunque en otros pacientes la causa estuvo relacionada con su trabajo, ya que sus

jornadas laborales son muy pesadas y por ello no dedican tiempo a sus terapias, otros también manifestaron que la causa estuvo relacionada con su alimentación y la falta de actividad física, debido a que sus recursos económicos no son suficientes para cumplir con las dietas prescritas.

Los pacientes que manifestaron que su hospitalización estuvo relacionada con factores propios del paciente, el factor de mayor prevalencia fue las situaciones estresantes, estas situaciones se presentaron por problemas familiares, discusiones, pérdida de algunos familiares y la misma situación económica. Otro factor identificado fue la edad ya que según lo dicho por ellos la edad que tienen hace que sean más susceptibles a enfermarse, a olvidar la toma de sus medicamentos y a realizar las actividades necesarias para su cuidado.

6.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

La siguiente información fue recolectada por medio de una encuesta dirigida utilizando el instrumento denominado: “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico” en su tercera versión (22), el cual contiene 53 preguntas, agrupadas por cuatro dimensiones: relacionada con nivel socioeconómico, con la terapia, con el proveedor (sistema y equipos de salud), con la terapia y los factores propios del paciente. El instrumento fue aplicado a 217 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial y 92 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.

Tabla 13. Distribución porcentual de pacientes según opciones de respuesta, para valoración del factor socioeconómico (Preguntas de la 1 a la 14 del Instrumento de Bonilla y Gutiérrez).

VARIABLE DIMENSION SOCIOECONOMICA	NUNCA	%	A VECES	%	SIEMPRE	%
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación)	51	16.5	186	60.2	72	23.3
2. Puede costearse los medicamentos	106	34.3	135	43.7	68	22.0
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta	43	13.9	146	47.2	120	38.8

4. Cuenta con permisos laborales para asistir a sus citas	30	9.7	44	14.2	235	76.1
5. Reconoce que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo	28	9.1	74	23.9	207	67.0
6. Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados	146	47.2	127	41.1	36	11.7
7. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad	43	13.9	73	23.6	193	62.5
8. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento	61	19.7	81	26.2	167	54.0
9. Las relaciones entre los miembros de la familia que viven con usted lo desaniman para seguir los tratamientos	80	25.9	64	20.7	165	53.4
10. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento	62	20.1	121	39.2	126	40.8
11. El contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven de ejemplo	30	9.7	53	17.2	226	73.1
12. Los que le ayudan saben qué tan grave es la enfermedad y su tratamiento	40	12.9	66	21.4	203	65.7
13. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas	80	25.9	146	47.2	83	26.9
14. Comparte con otras personas sus preocupaciones y estos lo animan a seguir su tratamiento	65	21.0	91	29.4	153	49.5

Tabla 14. Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión socioeconómica que afecta la adherencia.

ANALISIS DIMENSION SOCIOECONOMICA	n	%
COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA	93	30.1
RIESGO DE NO ADHERENCIA	201	65.0
VENTAJAS DE ADHERENCIA	15	4.9

La dimensión socioeconómica incluye los factores económicos, sociales y culturales que influyen en la adherencia de los pacientes con hipertensión y diabetes, es la dimensión que presento más riesgo y comportamiento de no adherencia, y solo el 4,9% estuvo en ventaja de adherencia, esto está relacionado a que la población pertenecen a estrato económico 1 y 2 y que la mayoría (76.7%) no tienen disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, esto influye a que los pacientes dejen de asistir a los controles debido a que cuentan con pocos recursos para trasladarse al lugar de la cita, para realizarse los exámenes médicos, realizar los trámites administrativos, y reclamar los medicamentos además de que no cumplan con la alimentación recomendada por el personal de salud, esto evidenciado por que el 88,3% manifiestan que los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.

Tabla 15. Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud (Preguntas de la 15 a la 35 del Instrumento de Bonilla y Gutiérrez).

VARIABLE DIMENSION RELACIONADO CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD	NUNCA	%	A VECES	%	SIEMPRE	%
16. El personal de enfermería le enseña y da recomendaciones escritas sobre sus tratamientos	66	21.4	80	25.9	163	52.8
17. La información verbal de parte del médico es detallada y precisa	31	10.0	102	33.0	176	57.0
18. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas	68	22.0	86	27.8	155	50.2
19. La institución a la que consulta muestra	103	33.3	100	32.4	106	34.3

desorganización en la atención que le brinda						
20. Las personas que lo atienden se ven demasiado ocupadas para escucharlo por mucho tiempo	118	38.2	75	24.3	116	37.5
21. Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento	31	10.0	62	20.1	216	69.9
22. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace	43	13.9	70	22.7	196	63.4
23. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico	43	13.9	62	20.1	204	66.0
24. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias	51	16.5	106	34.3	152	49.2
25. En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos	82	26.5	126	40.8	101	32.7
26. Conoce por medio escrito que señala fecha, horario y lugar del próximo control	27	8.7	64	20.7	218	70.6
27. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familiar o usted entienden	24	7.8	70	22.7	215	69.6
28. Cuando le cambian el médico que lo atiende, esto lo confunde	82	26.5	89	28.8	138	44.7
29. El cambio frecuente de medicamentos lo confunde	113	36.6	60	19.4	136	44.0
30. Siente que no recibe atención de salud con la	77	24.9	85	27.5	147	47.6

misma calidad de los demás						
31. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que le está dando	37	12.0	63	20.4	209	67.6
32. El trato que recibe del personal médico y los demás es el que usted espera	32	10.4	93	30.1	184	59.5
33. La institución de salud le da oportunidades de aprenderá reconocer los riesgos que tiene y como modificarlos	72	23.3	104	33.7	133	43.0
34. Conoce los riesgos que llevan a una persona a sufrir enfermedad cardio-vascular	100	32.4	83	26.9	126	40.8
35. Puede conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afiliación a la que pertenece	27	8.7	86	27.8	196	63.4

Tabla 16. Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con el proveedor que afecta la adherencia

ANALISIS DIMENSION RELACIONADO CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD	n	%
COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA	102	33.0
RIESGO DE NO ADHERENCIA	128	41.4
VENTAJAS DE ADHERENCIA	79	25.6

En esta dimensión, están los factores que evalúan el grado de entendimiento, comprensión, claridad y amabilidad en que el personal de salud desarrolla la atención durante los controles. Esto permite generar estrategias para mejorar las habilidades comunicativas del personal, y a que se realicen intervenciones educativas basadas en las necesidades propias de la población, según lo evidenciado, el 74,4% de la población objeto de estudio tiene riesgo y comportamiento de no adherencia esto es evidencia de la importancia de reforzar las intervenciones realizadas por los profesionales sanitarios en el cumplimiento

del tratamiento farmacológico y no farmacológico, el 67,3 % de los pacientes manifestaron “a veces y “nunca” cuando se indago si en el caso que fallaran en el tratamiento, el médico y la enfermera entenderían sus motivos, lo cual es importante intervenir ya que esto podría implementar estrategias para fortalecer la relación enfermero(a) y/o médico y paciente.

Tabla 17. Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con la terapia que afectan la adherencia (Preguntas de la 36 a la 45 del Instrumento de Bonilla y Gutiérrez).

VARIABLE DIMENSION RELACIONADO CON LA TERAPIA	NUNCA	%	A VECES	%	SIEMPRE	%
37. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento	71	23.0	107	34.6	131	42.4
38. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento	108	35.0	138	44.7	63	20.4
39. Piensa que algunos de los medicamentos, le crean dependencia por eso no lo toma	90	29.1	75	24.3	144	46.6
40. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo	31	10.0	68	22.0	210	68.0
41. Cree al igual que su familia que todo este tratamiento y cambios en sus costumbres son contrarios a su fe y sus valores	78	25.2	69	22.3	162	52.4
42. Reconoce que vale la pena cumplir el tratamiento y las recomendaciones para mejorar su salud	28	9.1	70	22.7	211	68.3
43. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios	122	39.5	151	48.9	36	11.7
44. Cree conveniente para su salud controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio	16	5.2	83	26.9	210	68.0
45. Los medicamentos que toma actualmente le alivian los síntomas	33	10.7	55	17.8	221	71.5

Tabla 18. Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con la terapia.

ANALISIS DIMENSION RELACIONADO CON LA TERAPIA	n	%
COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA	117	37.9
RIESGO DE NO ADHERENCIA	77	24.9
VENTAJA DE ADHERENCIA	115	37.2

Estos factores demuestran la importancia de que se implemente un régimen terapéutico que se adecue a las necesidades de cada paciente, además que este se defina de manera clara y comprensible, utilizando estrategias que fortalezcan la adherencia y la motivación del paciente en la participación de la misma. Según los resultados obtenidos, el 62% de la población tienen riesgo y presenta comportamientos de no adherencia, cabe resaltar que el 79,7 % manifestó que anteriormente había presentado dificultades para cumplir su tratamiento lo que refleja la reincidencia del incumplimiento el cumplimiento del régimen terapéutico establecido, y la importancia de indagar las causas de este incumplimiento para la elaboración e implementación de estrategias que minimicen los riesgos, además el 88,4% de los pacientes creen que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar esto rectifica el gran valor que tiene adecuar la terapia a cada paciente teniendo en cuenta las características personales, sociales y culturales de cada uno.

Tabla 19. Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con la condición del paciente (Preguntas de la 46 a la 53 del Instrumento de Bonillay Gutiérrez).

VARIABLE DIMENSION RELACIONADO CON EL PACIENTE	NUNCA	%	A VECES	%	SIEMPRE	%
46. Su enfermedad limita sus oportunidades de estar con otras personas	107	34.6	80	25.9	122	39.5
47. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos	25	8.1	73	23.6	211	68.3

48. Siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce	122	39.5	81	26.2	106	34.3
49. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse	18	5.8	82	26.5	209	67.6
50. Se angustia y siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad	85	27.5	122	39.5	102	33.0
51. Se siente discriminado o alejado de su familia o grupo a causa de los tratamientos y recomendaciones que tiene que seguir	105	34.0	65	21.0	139	45.0
52. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud	31	10.0	59	19.1	219	70.9
53. Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud	12	3.9	76	24.6	221	71.5

Tabla 20. Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con el paciente

ANALISIS DIMENSION RELACIONADO CON EL PACIENTE	n	%
COMPORTAMIENTOS DE NO ADHERENCIA	145	46.9
RIESGO DE NO ADHERENCIA	66	21.4
VENTAJA DE ADHERENCIA	98	31.7

Esta dimensión evidencia el grado de participación que tienen los pacientes en el cumplimiento y seguimiento de su régimen terapéutico, evaluando el grado de compromiso, motivación, y empoderamiento que tienen en mantener una adecuada adherencia, según los datos obtenidos, más de la mitad (68,3 %) están en riesgo y presentan comportamientos de no adherencia, esto es bastante preocupante ya que el paciente es quien debe estar realmente comprometido en su autocuidado, el 65,7% de los participantes del estudio manifestó que siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce esto hace evidente la necesidad del manejo interdisciplinar del paciente, esto con el fin de que se atienda de manera integral las necesidades de cada individuo.

Tabla 21. Significancia estadística entre situaciones estresantes y la pregunta ¿ El estrés ha alterado el estado de salud?

Actividad para control de estrés	Significancia estadística (p)	Situaciones estresantes	El estrés ha alterado el estado de salud
Busca apoyo en su familia	Prueba exacta de Fisher p	,000	,000
Busca apoyo en su religión	Prueba exacta de Fisher p	,000	,000
Busca apoyo en sus amigos	Prueba exacta de Fisher p	,000	,000
Dormir	Prueba exacta de Fisher p	,000	,008
Caminar	Prueba exacta de Fisher p	,000	,000

Teniendo en cuenta la estadística descriptiva y los instrumentos aplicados en el estudio como lo son el de adherencia al tratamiento y el de los factores que influyeron en la hospitalización, aplicamos diferentes pruebas de significancia estadística como lo son Chi-cuadrado, Prueba exacta de Fisher p y el coeficiente de correlación de Pearson.

Relacionando las variables que incluyen al “estrés” en nuestra investigación, como las actividades para control de estrés, situaciones estresantes y si el estrés ha alterado el estado de salud tenemos el resultado de la prueba exacta de Fisher es 0.00 lo que nos indica que la asociación entre las variables es estadísticamente perfecta.

Tabla 22. Significancia estadística en el grado de adherencia al tratamiento y el apoyo que tiene para el cuidado de la salud.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HOSPITALIZACIÓN	GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO			TOTAL	SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
	COMPORTAMIENTO DE NO ADHERENCIA	RIESGO DE NO ADHERENCIA	VENTAJAS DE ADHERENCIA		

		N	%	N	%	N	%			Chi-cuadrado	P
Cuenta con apoyo para el cuidado de su salud	NO	22	48,9%	16	35,6%	7	15,6%	45	100%	31,809	,000
	SI	65	24,6%	39	14,8%	160	60,6%	264	100%		

Analizando el cruce entre las variables de si Cuenta con apoyo para el cuidado de su salud y el gran total del resultado del instrumento, veremos que hay una asociación exacta según la prueba exacta de Fisher, donde se observa que hay un mayor comportamiento de no adherencia donde los pacientes de estudio no contaban con ninguna persona que le sirviera de soporte en su salud, evidenciando la importancia de contar con una red de apoyo a la hora de adherirse al tratamiento.

Tabla 23. Significancia estadística y de correlación entre los factores que influyen en la hospitalización y la dimensión relacionada con la terapia.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HOSPITALIZACIÓN	ANÁLISIS DIMENSIÓN RELACIONADO CON LA TERAPIA						SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA	
	COMPORTAMIENTO DE NO ADHERENCIA		RIESGO DE NO ADHERENCIA		VENTAJAS DE ADHERENCIA		Chi-cuadrado	P
	N	%	N	%	N	%		
Desconocimiento	71	62,3%	14	12,3%	29	25,4%	16,090	,000
Incapacidad	35	71,4%	4	8,2%	10	20,4%		
Falta de recursos económicos	63	66,3%	15	15,8%	17	17,9%		

Falta de motivación	de	66	44,6%	24	16,2 %	58	39,2 %		
Falta cuidador	de	24	49,0%	12	24,5 %	13	26,5 %		
No conciencia de la enfermedad		22	52,4%	5	11,9 %	15	35,7 %		

Analizando estas variables que tiene una significancia estadística perfecta, como lo son la dimensión relacionada con la terapia junto con los factores que según la percepción del paciente influyeron en la hospitalización, tenemos que factores como el desconocimiento de cuidados en la enfermedad, la falta de recursos económicos y la motivación nos están generando comportamientos de no adherencia, ya que por estos motivos, dejaban de asistir a citas, no iban a la entrega de medicamentos, o no estaban siguiendo esos cuidados para su enfermedad

Tabla 24: Significación estadística y de correlación entre los resultados del instrumento de adherencia y la entrega oportuna de medicamentos y cita para la fecha requerida.

RESULTADOS INSTRUMENTO ADHERENCIA		N°	ENTREGA OPORTUNA DE MEDICAMENTOS	CITA PARA FECHA REQUERIDA	COEF.CORR.PEARSON		
RESULTADO TOTAL DEL GRADO DE ADHERENCIA	RIESGO	116	136	207	1		
	NO ADHERENCIA	124					
RELACIONADO CON EL SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD	RIESGO	128					-1
	NO ADHERENCIA	102					

La tabla muestra una correlación perfecta directa entre el grado total de adherencia y la entrega oportuna de medicamentos y la cita para la fecha requerida, mientras que si compramos estos últimos dos con la dimensión relacionada con el sistema y el equipo de salud encontramos una correlación perfecta pero negativa o inversa.

Tabla 25. Significancia estadística y de correlación entre factores que influyen en la hospitalización y análisis dimensión relacionado con el paciente.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HOSPITALIZACIÓN		ANÁLISIS DIMENSIÓN RELACIONADO CON EL PACIENTE						SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA	
		COMPORTAMIENTO DE ADHERENCIA		RIESGO DE NO ADHERENCIA		VENTAJAS DE ADHERENCIA			
		N	%	N	%	N	%		
SITUACIONES ESTRESANTES	No	83	70,9%	15	12,8%	19	16,2%	22,063 ^a	,000
	Si	84	43,8%	40	20,8%	68	35,4%		
EL ESTRÉS HA ALTERADO SU ESTADO DE SALUD	No	83	70,9%	14	12,0%	20	17,1%	21,727 ^a	,000
	Si	84	43,8%	41	21,4%	67	34,9%		
ACTITUD ANTE SU ENFERMEDAD	ACEPTACION	129	53,3%	40	16,5%	73	30,2%	24,204 ^a	,007
	INDIFERENCIA	11	68,8%	4	25,0%	1	6,3%		
	NEGACION	5	83,3%	0	0,0%	1	16,7%		
	RECHAZO	19	67,9%	6	21,4%	3	10,7%		
	RESIGNACION	3	18,8%	4	25,0%	9	56,3%		
	TRISTEZA	0	0,0%	1	100%	0	0,0%		

La tabla nos muestra que existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión relacionada con el paciente y los factores que tenían que ver con el estrés

se evidencia que en los dos ítems de estrés se obtienen datos similares, donde aquellas personas que si tiene situaciones estresantes y a las que el estrés les altera el estado tienen un riesgo de no adherencia mayor frente a las que NO.

7. DISCUSIÓN

En la presente discusión se analizan los antecedentes, el marco teórico el cual está basado en la teoría del déficit del autocuidado de la enfermera Dorotea Orem frente a los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento denominado: "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" elaborado y validado por Bonilla y Gutiérrez y el formato de recolección de la información para evaluar las variables sociodemográficas, clínicas y la percepción de los pacientes sobre los factores que favorecieron su hospitalización.

Se logró el objetivo general planteado el cual fue : Determinar los factores que favorecieron la hospitalización y que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en los pacientes con diagnóstico de HTA y DM de la EPS Comfamiliar – Huila del régimen subsidiado, que estuvieron hospitalizados en el año 2016 y 2017 que residen en la ciudad de Neiva, evidenciando que la principal causa de hospitalización según la percepción del paciente está relacionada con los factores propios del paciente seguido por los relacionados con la terapia y por último los relacionados por el proveedor, en cuando a la adherencia terapéutica, el 82,8 % de los pacientes tenían riesgo o presentaban comportamientos de no adherencia siendo la dimensión socioeconómica la más afectada.

Acerca de las características sociodemográficas de los pacientes objeto de estudio se encontró que las mujeres fueron más frecuentes con un 64.4%, sin embargo se evidenció que el sexo con el mayor riesgo de no adherencia al tratamiento fueron los hombres con un 81,4% frente a un 61,8% de las mujeres; hallazgo que difiere con lo expuesto por Bertoldo y colaboradores en 2013, donde demostró que las mujeres tienen mayor riesgo de no adherencia al tener mayor índice de incumplimiento terapéutico en comparación con los hombres(26).

Respecto a la edad tenemos que los pacientes de estudio tenían un rango de edad muy variado entre los 18 y los 92 años, y de esta población solo el 17.2% tiene ventaja de adherencia, pero este valor está distribuido equitativamente en el rango de edad antes mencionado, demostrando así, que la edad, no es un factor de riesgo determinante para la adherencia al tratamiento, contrario a lo investigado por Ramos y colaboradores en 2015, donde encuentran que a mayor edad, mayor aplicación de conductas de autocuidado por parte del paciente(32).

En cuanto a la escolaridad se tiene que el 88.7% de la población no es bachiller o incluso, no llegó a estudiar en secundaria. Esto se ve directamente reflejado en la ocupación de la población, ya que esta mostró relevancia sobre el riesgo y la no

adherencia al tratamiento en aquellos pacientes que se dedican al hogar, o que estaban desempleados, correspondiente al 61.3% de la esta población. En concordancia con Karin Noack en el año 2013, donde observó que los pacientes con menor escolaridad, constituyeron el grupo con mayor porcentaje de descompensación en sus niveles de presión arterial, en comparación con el número de pacientes con educación media completa o superior que accedieron a empleos estables(38).

Igualmente, el grado de escolaridad y ocupación de los pacientes podría considerarse que está relacionado debido a que el 69.1% se encuentran dentro del estrato 1 y el 30.9% restante se encuentra en el estrato 2. Zambrano en su artículo en 2012 dice que a medida que aumenta la escolaridad, existe mejor adherencia al tratamiento, asociada a los elementos socioeconómicos y concluyeron que un nivel de estudios bajos, se relaciona con menos oportunidades laborales y bajos ingresos económicos, lo cual está enlazado con el acceso a las necesidades básicas (por las dificultades económicas) y la presencia de riesgos a la salud(24).

Se evidenció que sobre el estado civil de la población, la mayoría tienen pareja ya sean casados o en unión libre, lo cual es considerado por algunos autores como Noack, como una red de apoyo que favorece la adherencia al tratamiento, ya que en su estudio en 2013, si la población contaba con una red de apoyo adecuada como familiares o vecinos que estaban pendientes de la administración de los medicamento tenían sus niveles de presión arterial compensados, sin embargo, en el presente estudio se encontró que sólo un 2.9% de los pacientes que tienen una pareja se encuentra en ventaja de adherencia(38).

Además de esto, dentro de las características clínicas de los pacientes, fue constante un índice de masa elevado, dándonos así que más de la mitad de ellos, superan rangos normales estando en sobrepeso y obesidad. Lo cual concuerda con lo mencionado por la OMS quien establece que un alto índice de masa corporal es originario de los malos hábitos de vida, además es un factor de riesgo determinante en complicaciones clínicas causadas por enfermedades crónicas prevenibles(35).

La mayoría de la población presenta una aptitud de aceptación ante su enfermedad lo cual influye de manera positiva en la adherencia al tratamiento como lo demuestra el estudio de Arrocha y Romero del año 2011, con su estudio titulado la adherencia al tratamiento antihipertensivo: "tan o más importante que la misma terapéutica".

Respecto a las situaciones que han alterado el estado de salud de los participantes del estudio, se encontró que la mayoría han pasado por alta la frecuencia, regularidad y constancia de la toma del medicamento, lo que es coincidente con el estudio de Karin Noack del 2012 llamado adherencia al

tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital comunicatorio de Yungay, ya que también la falta de recursos económicos fue una de las principales causas de no adherencia al tratamiento(23), lo cual se asemeja con el estudio de Renato Zambrano et al(24). En igual sentido en el estudio de Sandoval et al. del año 2014 confluyen los aspectos ya mencionados(19). En otros estudios se llegaron a las mismas conclusiones, como por ejemplo: José Moral de la Rubia y María Teresa Alejandra Cerdab(42).

De lo anterior se puede concluir que de los grupos evaluados su estatus socioeconómico influye de manera directa en su adherencia, pues el aspecto económico y herramientas que le permiten tener acceso a los medicamentos y efectuar el debido desplazamiento a lugar donde recibe su consulta igual que el suministro del respectivo medicamento, implica emplear un recurso económico que en múltiples se carece de este, como lo menciona Ortega y Vargas en su estudio grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular del año 2014(29).

Por otro lado, más de la mitad de la población bajo estudio, han estado inmersas en situaciones generadoras de estrés en el último año, lo cual ha alterado su estado de salud causando así la baja adherencia a su tratamiento, evidenciando que este es otro factor que influye; esto se encuentra entrelazado con el estudio de Sandoval et al. del año 2014 titulado influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico hipertensivo(19).

En otro aparte, se encontró que los pacientes presentaban un alto conocimiento sobre los cuidados que debían seguir para su hipertensión y diabetes mellitus, lo cual coincidían con el bajo consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillo encontrados en la población, al igual que el tipo de dieta que llevaban, la cual era baja en azúcar y sal; pero su alimentación era muy baja en frutas y verduras, pues tan solo el 1.6% consumían 3 verduras diarias y el 1.9% consumían 3 frutas diarias, esto se asemeja a estudios en donde el 9.4% de la población seguían las recomendaciones sobre la alimentación.

Llama la atención que el consumo de alcohol y de cigarrillo en los participantes fue baja en comparación a la población general, lo que se refleja en otros estudios como el de Verónica Márquez et al. del año 2014(43).

Por otra parte se identificó que la mayoría de los participantes cuentan con el apoyo de su familia y se encontró una relación directa con la adherencia terapéutica de los pacientes, estos datos confirman lo dicho en el estudio de Zurera, donde se afirma que contar con el apoyo de un cuidador en la salud llega a ser un pilar fundamental para el paciente, a la hora de cambiar los hábitos no saludables, como en el manejo de situaciones estresantes, de acuerdo con lo manifestado en los participantes de ese estudio(27).

Las estresantes, el olvido, y las situaciones relacionadas con el proveedor (entrega de medicamentos y asignación de citas) fueron las primeras causas que los participantes consideraron que fue un desencadenante de su hospitalización y también de una baja adherencia, datos que concuerdan con los manifestados por Chacon et al, donde La no adherencia se asoció con el sexo masculino, bajo ingreso familiar, bajo nivel de educación, inadecuada relación médico paciente y alto nivel de estrés emocional y depresión en ambos modelos(19).

Además se encontró que hay pacientes que preferían realizar terapias alternativas para el manejo de la enfermedad, lo cual tuvo una asociación significativa con lo dicho por Bustos et al. De que existen pacientes que aun prefieren utilizar terapias ancestrales, esto asociado nivel socioeconómico y educativo bajo, lo cual pasa a ser un factor determinante en el control de su enfermedad y su hospitalización(44).

Es de resaltar que otro factor que los pacientes manifestaron como causante estuvo relacionado con el proveedor de salud dentro de estas, la demora en el proceso de asignación de citas y en la entrega de medicamentos, entre otras, donde los pacientes calificaron el proceso de entrega de medicamentos como malo o regular en su gran mayoría, esto sin contar que más del 60% de la población debe esperar más de dos meses para volver a ver a su médico nuevamente. Lo cual presento una relación estadísticamente significativa con el grado de adherencia, y por lo tanto un factor influyente para su hospitalización. Según lo escrito en diferentes estudios se identifica que una buena relación entre el proveedor y el paciente favorece la adherencia del paciente(27)(24)(19)(45).

Además los pacientes también presentaron la edad como una causa de hospitalización, estudios como el de Gonzales et al(46) Entre otros, demuestran que a mayor edad de los pacientes, mayor es el riesgo de sufrir de complicaciones en el estado de su salud(44).

Se identificó que la mayoría de la población presento antecedentes familiares de HTA y DBT. Lo cual se asocia a lo expuesto por Noa et al, donde se describe que personas con familiares de primer y segundo grado de consanguinidad con DBT o HTA, tienen mayor riesgo de presentar estas patologías en comparación con la población en general(47)

Esta población se caracterizó por una baja actividad física lo cual se presenta como un factor de riesgo para el control DBT e HTA, además según lo descrito por chacon et al(45). Tener un estilo de vida sedentario se presenta como un factor de riesgo para presentar una tensión arterial no controlada.

El Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular está dividido en cuatro dimensiones (los factores relacionados con los factores socioeconómicos, los relacionados al proveedor, los relacionados con la terapia y con el paciente)

La primera dimensión es la relacionada con los factores socioeconómicos en la que se evalúan los factores sociales, económicos, de educación, aspectos sociales de apoyo, aspectos ambientales y culturales que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial y diabetes mellitus.

El 60% de los participantes respondieron que tenían disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, mientras que el 16,5% nunca podían hacerlo, el 34 % nunca podían costearse los medicamentos y el 47,2 % a veces contaban con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta y el 13,9% no tenían los recursos para hacerlo, estos datos son contrarrestados con la investigación denominada “Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular”(29) por Ortega y colaboradores entre el 66.9% y el 83.1% de los pacientes siempre tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos y asistir a la consulta, esta diferencia puede ser explicada por la diferencia estratos socioeconómico, ya que en la investigación de Stella y colaboradores el 82% pertenecía a estratos 2 y 3 mientras que en los participantes de esta investigación el 71,2% pertenecían al estrato socioeconómico 1 y el 28,8% al estrato socioeconómico 2.

Datos similares se obtuvieron con la investigación realizada por Muñoz y colaboradores denominada “factores que influyen en los pacientes hipertensos para no generar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico”(48) realizado en Cundinamarca- Colombia quienes hallaron que el 42% respondieron que a veces los cambios en la dieta se le dificultaron debido al alto costo de los alimentos recomendados mientras en esta investigación se evidenció que el porcentaje fue del 41,1% esta similitud puede explicarse q que en el estudio realizado en Cundinamarca el 86% de la población pertenecen a los estratos uno y dos datos similares a los de esta investigación anteriormente mencionados.

La segunda dimensión es la relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud, en la cuales evalúa el grado de empatía, entendimiento y comprensión que los pacientes tienen durante las consultas de control de su patología (hipertensión arterial y/o diabetes).

Según la OMS, Cuando no se sigue el tratamiento prescrito, se suele culpar de ello a los pacientes, a pesar de que hay pruebas de que los profesionales

sanitarios y los sistemas de salud pueden tener una gran influencia sobre el comportamiento de los pacientes al respecto(49).

En la investigación realizada por Ortega se evidencio que el 80% de participantes manifestaron que siempre "recibían información y explicaciones por parte del médico y de la enfermera con palabras entendibles sobre resultados mientras que en esta investigación el porcentaje fue del 69,6%. Por el contrario se nota la diferencia que hay en esta investigación solo el 32% manifestó siempre cuando se le pregunto: ¿en el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos?, esta diferencia puede corresponder al momento de aplicación del instrumento, debido a que Stella y colaboradores hicieron lo aplicaron el día de consulta de control con el personal de medicina o enfermería mientras que en esta investigación los participantes se encontraban en sus hogares o lugares de trabajo(29).

«Los profesionales sanitarios son testigo de la necesidad de que los pacientes cumplan mejor los tratamientos que se les prescriben. Dado que el sistema de atención de salud también es parcialmente responsable de la situación, hay que crear incentivos para reforzar los esfuerzos de todos los profesionales sanitarios a favor del cumplimiento del tratamiento»(49)

La tercera dimensión es la que evalúa los factores relacionados con la terapia Estos factores evalúan como los pacientes perciben la terapia farmacológica y no farmacológico .El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente(50)

Según el estudio realizado por Ortega la mitad de los encuestados afirmo que siempre "hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar" este porcentaje fue menor en nuestros encuestados quienes afirmaron siempre en el 36% y algunas veces 48.9%(29).

La última dimensión son los factores relacionados con el paciente, la cual está relacionada con el grado de compromiso que tienen estos tienen en cumplir el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Según la investigación de Muñoz y colaboradores(48) el 81,8% siempre cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud mientras que "a veces" el 8,2% y "nunca" el 10,0%, mientras que en en la presente investigación se encontró que los pacientes contestaron "siempre" en un 71,5% "a veces" 24,6% y "nunca"

3,9%. En el estudio de Pabón(51) el 43% de los pacientes está en la categoría de no tener riesgo de no adherirse a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, solo un 14% estaría en riesgo de no adherirse mientras que en nuestro estudio el 28,2% tienen ventaja de adherencia y el 17,8 en riesgo de no adherencia y el 54% tienen comportamientos de no adherencia.

8. CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes presentan antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus en su familia; esto indica un fuerte componente familiar en el estilo de vida saludable, por lo cual en un futuro sus hijos pueden presentar estas patologías crónicas sino se realiza una intervención no sólo enfocada en el paciente, sino también en la familia.

Los pacientes perciben el estrés, la falta de recursos económicos y aspectos propios del paciente como olvido y la falta de conocimientos, como los factores que más favorecieron su hospitalización. Esto muestra la necesidad de abordar los pacientes de manera holística, como lo propone Dorothea Orem en su teoría del Autocuidado.

Los hábitos de vida no saludables como el consumo de bebidas alcohólicas y de alimentos siguen siendo constantes en los pacientes con enfermedades crónicas a pesar de las múltiples intervenciones educativas por parte del personal de salud, esto se corrobora en la dimensión relacionada con el paciente.

La dimensión socioeconómica es el principal factor que influye a generar comportamientos de riesgo y no adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, esto confirma que se requiere apoyo intersectorial y no solo el sector salud, para el abordaje integral de los pacientes.

En todas las dimensiones evaluadas se evidenció el bajo porcentaje de ventaja de adherencia por lo que se infiere que la falta de adherencia es multifactorial y no La falta de una entrega oportuna de los medicamentos y de asignación de la cita de control, son aspectos identificados por los pacientes como de gran influencia en su hospitalización, y demostraron estar correlacionados con el riesgo y comportamiento de no adherencia al tratamiento.

El comportamiento de no adherencia, el estrés y el nivel socioeconómico fueron los factores más frecuentes en los pacientes del estudio, lo que puede llevar a pensar que son los más influyentes en la hospitalización. Por lo tanto, promover una adecuada adherencia y controlar los factores estresantes puede ayudar a reducir los índices de hospitalización.

El rango de edad de la población de estudio es amplio por lo que se evidencia que enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial no solamente se presentan en edades avanzadas, sino también en personas jóvenes, lo cual lleva a pensar que se están llevando estilos de vida inadecuados desde temprana edad

o posiblemente existen aspectos genéticos relacionados con el padecimiento de dichas patologías.

El riesgo y el comportamiento de no adherencia fueron ampliamente constantes en los pacientes con HTA y DM que estuvieron hospitalizados, lo que evidencia que se requiere fortalecer la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con patologías crónicas, para evitar complicaciones y progreso de su enfermedad.

La totalidad de la población objeto del estudio pertenece a los estratos más bajos, evidenciando la problemática socioeconómica que afectan de manera negativa la adherencia al tratamiento imponiendo barreras en elementos esenciales como el transporte y alimentación, que en general afectan la salud y calidad de vida de los pacientes.

9. RECOMENDACIONES

Investigación

Realizar estudios de investigación con una metodología analítica sobre adherencia que permitan la identificación de asociaciones directas entre las diversas variables que la afectan, al igual que las intervenciones que el personal de salud debe realizar.

Académica:

Implementar estrategias que permitan brindar una atención holística, donde se aborden los diversos componentes que afectan los pacientes, como el estrés, las carencias económicas y la educación, al igual que se aborden un estilo de vida saludable en toda la familia.

Institución:

Para empoderar al paciente en el programa de promoción y prevención es importante brindarle apoyo interdisciplinar conformado por personal de medicina, enfermería, nutricionista, psicología debido a que la no-adherencia es multifactorial.

Crear métodos que minimicen barreras y faciliten a los pacientes la entrega oportuna de sus medicamentos y asignación de citas, como la implementación de unidades móviles para control y seguimiento a los pacientes.

En necesario crear espacios para realizar intervenciones educativas sobre estrategias con el fin disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores que influyen en generar adherencia y disminuir ingresos hospitalarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lo TO. ADHERENCE TO LONG - TERM THERAPIES World Health Organization 2003. 2003;
2. Bonilla CP. ADHERENCIA y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular [Internet]. 2007. p. 28. Disponible en: http://www.uneditorial.net/uflip/Adherencia_y_factores_que_influyen/#/10/
3. OMS. Información general sobre la hipertension en el mundo. Oms [Internet]. 2013;1–39. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
4. Federation ID. Informe Mundial de la diabetes. Resum orientación [Internet]. 2016;4. Disponible en: <http://www.idf.org/node/26452?language=es>
5. Pacheco P B, Aránguiz G C. Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2011;49(1):69–78. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Patricia C, Ibáñez B. Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular Development and psychometric characteristics of the instrument to evaluate factors that influence adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in persons with a cardiovascular disease risk factor Desenvolvimento e características psicométricas do instrumento para avaliar os fatores que influem na aderência a tratamentos farmacológicos e não farmacológicos em pessoas com fatores de risco de doença cardiovascular. 2014;(1):53–62.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tuberculosis. Adherencia a los Trat a largo plazo pruebas para la acción [Internet]. 2004;127–32. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
9. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults. Jama [Internet]. 2014;311(5):507–20. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497%5Cnhttp://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2013.284427>

10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Día Mundial de la Salud: Uno en tres adultos en las Américas tiene hipertensión, el principal factor de riesgo para morir por una enfermedad cardiovascular [Internet]. Internet. 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8466&Itemid=1926&lang=es
11. ONS. Estimación de la carga de la enfermedad por Diabetes Mellitus en Colombia 2010-2014. Carga la Enferm por Enferm Cron no Transm y Discapac en Colomb. 2015;110–8.
12. SSM. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud municipio de Neiva - Huila 2014. 2014;169.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía .Análisis de la Situación de Salud (ASIS) COLOMBIA. Inst Nac Salud. 2015;175.
14. Edition S. Diabetes. International Diabetes Federation. 2015. 144 p.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
16. Sánchez R a, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2010;29(1):117–44. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>
17. Colombiana de Salud S.A. Guía De Atención Diabetes Mellitus Junio De 2014. 2014;
18. Figueroa M et al. Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. Gac Med Mex. 2014;150:29–34.
19. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. resultados de una cohorte del programa de salud cardiovascular de la región metropolitana, Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2014;142(10):1245–52. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014001000003&script=sci_arttext
20. Sicras Mainar A, Navarro Artieda R. Influencia de la sustitución de medicamentos de marca por genéricos en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial y la dislipidemia. Gac Sanit. 2010;24(6):473–82.
21. Soria Trujano R, Vega Valero Z, Nava Quiroz C, Saavedra Vázquez K. Interacción Médico-Paciente Y Su Relación Con El Control Del Padecimiento En Enfermos Crónicos. Liberabit. 2011;17(2):223–30.
22. De Lima A, Silva S. How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care. Investig y Educ en enfermería [Internet]. 2014;32(2):260–9. Disponible en:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25230037>
23. F KN De, Cornejo-contreras G, F KN De, L JAC. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay , 2012 . 2014;2(2013).
 24. Zambrano C, Renato; Duitama M, John F.; Posada V, Jorge I.; Flórez A. JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2012;30(2):163–74. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 25. De la Cruz-Maldonado M, Vargas-Morales J, Ledezma-Tristán E, Holguín-Carrillo M, Martínez-Castellanos A, Fragoso-Morales L. Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y factores asociados con la enfermedad. Rev Salud Pública [Internet]. 2013;15(3):478–85. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/27728>
 26. Bertoldo P, Ascar G, Campana LY, Tamara L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas Adherence to treatment by patients with chronic diseases. Rev Cuba Farm [Internet]. 2013;47(4):468–74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/%5Cnhttp://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75152013000400006&script=sci_arttext%5Cnhttp://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=477764bc-ab47-423b-be46-edc28a53b458@sessionmgr112&hid=115
 27. Delgado I, Villarraso MT, García M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. Enfermería Nefrológica [Internet]. 2014;17(4 OP-Enfermería Nefrológica. oct-dic2014, Vol. 17 Issue 4, p251-260. 10p.):251. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=lth&AN=100745727>
 28. Willy Ramos, Tania López, Luis Revilla, Luis More, María Huamaní MP. Resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus en hospitales notificantes del Perú, 2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):9–15.
 29. Ortega Oviedo, Stella Ignacia; Vargas Rosero E. Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular. Av en Enferm [Internet]. 2014;32(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/rae/321/r321025.php>
 30. Rodríguez-Lopez M, Varela A M, Rincon-Hoyos H, Velasco M, Caicedo D, Mendez F, et al. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2015;33(2). Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/20065>
 31. Shehab A, Elnour AA, Swaidi S Al, Bhagavathula AS, Hamad F, Shehab O, et al. Evaluation and implementation of behavioral and educational tools that

- improves the patients' intentional and unintentional non-adherence to cardiovascular medications in family medicine clinics. *Saudi Pharm J* [Internet]. 2016;24(2):182–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsps.2015.02.022>
32. Gonzales Torres WA. Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2, Hospital Militar Central, Lima, noviembre 2014 - enero 2015. 2015;73. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4034>
 33. Akhu-Zaheya LM, Shiyab WY. The effect of short message system (SMS) reminder on adherence to a healthy diet, medication, and cessation of smoking among adult patients with cardiovascular diseases. *Int J Med Inform.* 2016;98:65–75.
 34. Lynggaard V, Nielsen CV, Zwisler A-D, Taylor RS, May O. The patient education — Learning and Coping Strategies — improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB): A randomised controlled trial. *Int J Cardiol.* 2017;236:65–70.
 35. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
 36. Federation ID. Complicaciones de las diabetes [Internet]. Disponible en: <http://www.idf.org/node/26454?language=es>
 37. Pinilla A, Barrera MDP, Agudelo J. Guía de atención de la hipertensión arterial [Internet]. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. 2007. 151-218 p. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/GUIAS DE ATENCION -TOMO DOS.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/GUIAS_DE_ATENCION -TOMO DOS.pdf)
 38. ALAD. Guías ALAD sobre diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. *Rev la Asoc Latinoam Diabetes.* 2013;17–128.
 39. Chobanian A V, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Séptimo informe del comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. *Hypertension.* 2003;42(Tabla 1):1206–52.
 40. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412. Minist Salud [Internet]. 2000;2000(Febrero 25):1–6. Disponible en: <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion 412.pdf>
 41. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1998 [Internet]. 1998. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14530>
 42. Arthur C, Pinheiro T, Dias L, Souza DM, Vieira J, Franco E, et al. Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *BMC Public Health* [Internet]. 2016;33(1):223–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.06.004> <http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/fh/article/view/8127> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/a>

rticlerender.fcgi?artid=4049807&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%5Cn
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfvi>

43. Márquez-Hernández VV, Granados Gámez G, Roales-Nieto JG. Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. *Atención Primaria* [Internet]. 2015;47(2):83–9. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021265671400136X>
44. Annet L, Vaillant E, Hernández IRH, Lilian IID, Carnesoltas TI, Alcides IL, et al. Características clínico-epidemiológicas de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Policlínico Milanés . Municipio Matanzas Clinical-epidemiologic characteristics of Type 2 Diabetes Mellitus in the polyclinic Milanés . Municipality of Matanzas. :1084–93.
45. Sandoval D, Diego S, Board IR, Care SH, Diego S. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). Asociación con características clínicas , socioeconómicas y psicosociales . Assessment of blood pressure control and adherence in hypertensive patients followed in the Cardiovascular Health Program (CHP). Association with clinical , socioeconomic and psychosocial characteristics. 2015;34:18–27.
46. Original T. Características clínicas y factores asociados a morbilidad intrahospitalaria en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. 2013;26(4):159–65.
47. Carolino IDR, Molena-fernandes CA, Tasca RS, Marcon SS, Cuman RKN. FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 RISK FACTORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS. 2008;16(2).
48. Fernanda A, Reyes M. No Title. 2017;
49. Organización Mundial de la Salud (OMS). El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [Internet]. 1 julio de 2003. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
50. Svmkmrep V. %VXuGYPS SVMKMREP. 2017;24(3):116–20.
51. Legal N. EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO. 2015;(17).

ANEXOS

Anexo A: Acuerdo de confidencialidad

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Luz Omaira Gómez Tovar, identificada con cédula de ciudadanía, en su orden, N° 53061691, como investigadora principal del proyecto: "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HOSPITALIZACIÓN Y EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES MELLITUS", que se realizará con usuarios de la EPS Comfamiliar, nos comprometemos a:

1. Mantener total confidencialidad del contenido del instrumento y formato de recolección de la información y de todo tipo de información que sea revisada sobre los participantes en el estudio a realizar.
2. Velar porque los coinvestigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de las historias clínicas revisadas y de todo tipo de información.
3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de las historias clínicas u otros documentos revisados.
4. Obtener de las historias clínicas solamente los datos necesarios de acuerdo con las variables que se van analizar en el trabajo.
5. Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
6. Ser responsable y honesto en el manejo de la base de datos que entregue la EPS Comfamiliar, los formatos de recolección de la información y los instrumentos que se diligencien con los participantes.
7. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.
8. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los 21 días, del mes de Noviembre del año 2016.

Luz Omaira Gómez Tovar
NOMBRE INVESTIGADOR PRINCIPAL

FIRMA
C.C. 53061691
TELÉFONO. 3134747420
E- MAIL. omairagt@gmail.com

Anexo B: consentimiento informado para participar en un estudio de investigación en enfermería.

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION: "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HOSPITALIZACIÓN Y EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES MELLITUS."

SEDE DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO: Universidad Surcolombiana – Domicilio de cada paciente

A usted se le esta invitando a participar en el estudio de investigación de enfermería. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta formato de consentimiento, del cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO: El estudio "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HOSPITALIZACIÓN Y EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES MELLITUS", para enfermería es importante comprender los factores que le afectan para buscar medidas que permitan reducir sus hospitalizaciones. Mediante la investigación cuantitativa, se pretende abordar los factores que intervienen en el tratamiento entre los cuales se encuentran los relacionados con el tratamiento, la condición del paciente, del equipo de salud, con la enfermedad y los socioeconómicos, debido a que cada uno de ellos engloban una serie de actitudes y actividades, las cuales requieren la participación integral y conjunta de la familia y el equipo de salud, éstos contribuyen a la confrontación de las diferentes situaciones.
2. OBJETIVO DEL ESTUDIO: Describir los factores que influyen en la hospitalización y en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en los pacientes con diagnóstico de HTA y DM de la EPS Comfamiliar.
3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO: El beneficio está orientado a la consecución de los factores que más favorecen su hospitalización y que afectan su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, de forma que en una próxima fase del proyecto se espera buscar medidas reduzcan dichos factores; así los participantes del estudio se beneficiarán ya que recibirán una atención más personalizada. Se beneficiarán los pacientes, sus familiares, el personal de salud y la EPS Comfamiliar.
4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO: La investigación planteada se realizará siguiendo un tipo de estudio descriptivo, cuantitativo; por lo que en ningún momento será usted sometido(a) a intervención de ningún tipo. Donde se le realizará una encuesta dirigida durante el periodo de tiempo que usted desee, en el que se sienta cómodo y tranquilo para responder con naturalidad los interrogantes.

De acuerdo a todo lo anterior, me dirijo a usted para solicitar su participación libre y espontánea, que permita obtener información a partir de su experiencia y que contribuya a mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud a los que usted acude por su enfermedad.

Se solicitará la base de datos de los pacientes a la EPS Comfamiliar, con la siguiente información : nombres y apellidos, diagnóstico médico, número de teléfono y/o número de celular, dirección del domicilio, fecha de hospitalización, causa de hospitalización, posteriormente se llamarán vía telefónica para concertar una cita en su domicilio y allí se le aplicará la entrevista dirigida dirigencias los dos instrumentos de recolección de la información . Cada paciente tendrá la posibilidad de solicitar la suspensión de ésta o de eximirse de continuar la encuesta en

cualquier momento a voluntad de la persona encuestada. Participar en la investigación no genera ningún tipo de remuneración económica o contraprestación.

Se velará en todo momento por el respeto a sus derechos como paciente que sean entrevistadas en el marco de esta investigación. Se resguardará así mismo, la integridad, intimidad y confidencialidad de la información. En el procesamiento de los datos obtenidos a cada persona participante en la investigación se le asignará un código omitiendo su nombre de modo que se mantenga anónima su identidad.

Los resultados de la investigación se presentarán con integridad y exactitud. Una vez transcrita la información obtenida, se le entregará para que sea revisada por usted, esta podrá ser modificada, ampliada o eliminada de acuerdo a su aceptación o rechazo de la misma. Al finalizar la investigación, usted recibirá la información sobre los resultados de la misma. Al publicar los resultados de la investigación se mantendrá la confidencialidad en la identidad de quienes aportaron información.

Antes de iniciar la investigación se responderán todas las dudas, inquietudes y preguntas que tenga, una vez aclaradas las dudas, se procederá a firmar el consentimiento informado.

5. RIESGOS ASOCIADOS AL ESTUDIO: La presente investigación no tiene riesgo alguno, debido a que no se realizarán intervenciones solamente se realizará una entrevista abierta, se respetará la dignidad de los sujetos de estudio, ya que se solicitará su autorización libre y voluntaria; y podrán retirarse del estudio en el momento en que lo deseen.

6. ACLARACIONES

- La participación es voluntaria.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago por su participación.
- 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, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con los investigadores Luz Omaría Gómez Tovar al teléfono 3134747420, Laura Catherine Salgado al teléfono 3165363601, Alvaro Manios Ramos 3212650214 y Aranza Julieth Medina tel. 3156497981. Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, _____ c.c N° _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevistó. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto, deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombres y Apellidos del Participante

Firma del Participante.

C.C N°

Nombre del Testigo

Firma Del Testigo.

C.C N°

He explicado al Sr.(a) _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha

DESISTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía número _____ de la ciudad de _____ he participado voluntariamente en el estudio en mención hasta el día de hoy (día / mes / año), donde haciendo uso de mi derecho de retirarme voluntariamente en cualquier fase del desarrollo del estudio, sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo expuestos mis motivos de desistimiento a continuación:

Como constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación:

Firma de la persona que desiste de su participación en el estudio

Fecha: (día / mes / año)

CC. _____

Firma de testigo (si aplica)

Fecha: (día / mes / año)

CC. _____

Firma de uno de los investigadores

Fecha: (día / mes / año)

CC. _____

Anexo C: Instrumento “factores que influyen en la hospitalización y en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con hipertensión y diabetes mellitus”



UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HOSPITALIZACIÓN Y EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES MELLITUS
CUESTIONARIO

1. Sexo: Hombre ___ Mujer ___
2. ¿Cuál es su edad?
Años cumplidos _____
3. ¿Cuál es su estado civil?
 Soltero Viudo
 Casado Unión libre
 Separado
4. ¿Cuál es el estrato socioeconómico de su vivienda?
 1 2 3 4 5 6
5. ¿Cuál es el máximo nivel educativo que ha alcanzado?
Primaria completa incompleta
Secundaria completa incompleta
Técnicos Tecnólogos
Universitarios Post-Gradual
No tiene
6. ¿Con quién vive usted?

7. ¿Cuenta usted con una persona que le ayude en el cuidado de su salud?
Si ___ No ___
8. ¿Cuál es su situación laboral actual?
Empleado Independiente
Pensionado Ama de casa
Desempleado
9. ¿Pertenece a algún grupo vulnerable?
Si ___ No ___ ¿Cuál?
Desplazado Reinsertado
Discapacidad Afrodescendiente
Comunidad Indígena
Madre Cabeza de hogar
10. ¿Usted depende económicamente de?
 De usted mismo
 De un familiar
 Recibe ayuda del estado
 Otra, cual _____
11. Peso ___ Talla ___ IMC ___
12. Mencione sus enfermedades antes de la hospitalización

13. Mencione sus enfermedades después de la hospitalización

14. ¿Cómo describe su estado de salud?
Bueno Regular Malo
15. ¿Cree que alguna de las siguientes situaciones ha alterado su estado salud?
Desconocimiento Incapacidad
Olvido
Falta de recursos económicos
Falta de motivación
- Falta de Cuidador/necesidad de ayuda
- No conciencia de enfermedad
 Otra ¿Cuál? _____
16. ¿Consumo bebidas alcohólicas?
Si ___ No ___
¿Si su respuesta fue afirmativa, ¿Con que frecuencia?
 Consumo esporádico
 Diario
 Fines de semana
 Intoxicación en el último mes
 Antecedentes consumo de alcohol
Cuanto consume/día _____
Tipo de bebida _____
17. ¿usted fuma cigarrillo?
Si ___ No ___
Si su respuesta fue afirmativa, ¿con que frecuencia?
 Diariamente.
 Desea dejar de fumar.
 Ex fumador
Nº de cigarrillos/día _____
18. ¿Sigue algún tipo de dieta?
Si ___ No ___
Si su respuesta es afirmativa, ¿Qué tipo de dieta?
 Baja en azúcar
 Baja en sal
 Adelgazamiento/hipocalórica
 Baja en grasa
 Otras, cuál _____
19. Describa lo que come en un día:
Desayuno: _____
Media mañana: _____
Almuerzo: _____
Merienda: _____
Cena: _____
Antes de acostarse: _____
20. ¿Ha tenido situaciones de estrés en el último año? Si ___ No ___
Si su respuesta es afirmativa, ¿Considera que esta situación pudo haber afectado su estado de salud?
Si ___ No ___ (Crisis laboral, crisis familiar)
21. ¿Qué actividades realiza para el manejo de las situaciones estresantes?
 Realiza yoga
 Busca apoyo en su religión
 Busca apoyo en su familia
 Busca apoyo en sus amigos
 No realiza ninguna actividad para esta situación.
 Otras _____
22. ¿Cuál es el comportamiento que tiene usted ante a la enfermedad?
 Aceptación
 Rechazo
 Negación
 Indiferencia
 Otra, cual _____
23. ¿Cómo influye su trabajo en su estado de salud?
 Influye de manera negativa
 Influye de manera positiva
24. ¿Cuál considera usted que fue la causa de su hospitalización?

25. ¿considera que sus hábitos alimentarios son adecuados?
Si ___ No ___ |
26. ¿Usted tiene conocimiento sobre los cuidados que debe seguir?
Si ___ No ___
27. Antecedentes familiares
 Diabetes Mellitus
 Hipertensión Arterial
 Infarto agudo al miocardio
 Dislipidemias
 Accidente cerebro vascular
 Otro _____

OBSERVACIONES: _____

ENCUESTA REALIZADA POR: _____

FECHA: _____

Anexo D: Formato para validación de instrumento

FORMATO PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido dentro de los objetivos de la investigación denominada “Factores que influyen en la hospitalización en los pacientes con diagnóstico de HTA y DM de la EPS Comfamiliar - Huila, que estuvieron hospitalizados en los meses de enero y febrero de 2017” se dispone del presente formato para medir la validez del instrumento creado en la investigación anteriormente enunciada.

METODOLOGÍA: Solicitamos se revise cada ítem teniendo en cuenta su Pertinencia, claridad y redacción, por favor asigne un valor de 0.0 a 5.0 a cada criterio teniendo en cuenta que 0.0 hace referencia a un valor mínimo de ese criterio en el ítem y 5.0 el valor máximo como característica relevante en el ítem.

ÍTEM	PERTINENCIA	CLARIDAD	REDACCIÓN	OBSERVACIONES
1. SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____				
2. ¿Cuál es su edad? años cumplidos _____				
3. ¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado				
4. ¿Cuál es el estrato socioeconómico de su vivienda? <input type="checkbox"/> Estrato 1 <input type="checkbox"/> Estrato 2 <input type="checkbox"/> Estrato 3 <input type="checkbox"/> Estrato 4 <input type="checkbox"/> Estrato 5				
5. ¿Cuál es el máximo nivel educativo que ha alcanzado? <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Técnicos <input type="checkbox"/> Tecnólogos <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Post – Gradual <input type="checkbox"/> No tiene				
6. Usted vive con: _____				
7. ¿Cuenta con una cuidador principal? SI _____ NO _____				
8 ¿Cuál es su situación laboral? <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente				

<input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?				
9. ¿Pertenece a algún grupo vulnerable? SI _____ NO _____ <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Reinsertado <input type="checkbox"/> Madre Cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Comunidad Indígena <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?				
10. ¿Ustede depende económicamente de? <input type="checkbox"/> De usted mismo <input type="checkbox"/> De un familiar <input type="checkbox"/> Recibie ayuda del estado <input type="checkbox"/> Otra, cual _____				
11. Peso _____ Talla _____ IMC _____				
12. Mencione sus diagnósticos previos a la hospitalización				
13. Menciones sus diagnósticos posteriores a la hospitalización				
14. ¿Cómo describe su estado de salud? <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Desea manejar el tratamiento <input type="checkbox"/> Da importancia a su salud <input type="checkbox"/> Acepta su estado de salud <input type="checkbox"/> No participa en aspectos r/c su enfermedad				
15. Indique si alguno de los siguientes motivos puede ser la causa de su estado de salud <input type="checkbox"/> Desconocimiento <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Olvido <input type="checkbox"/> Falta de recursos económicos <input type="checkbox"/> Falta de motivación <input type="checkbox"/> Falta de Cuidador/necesidad de ayuda <input type="checkbox"/> No conciencia de enfermedad <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____				
16. ¿Consume bebidas alcohólicas? SI NO Si su respuesta fue afirmativa, ¿Con que frecuencia? <input type="checkbox"/> Consumo esporádico <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Excesivo en fines de semana <input type="checkbox"/> Intoxicación en el último mes <input type="checkbox"/> Cuanto consume/día _____				
17. ¿Fuma usted tabaco? SI _____ NO _____ Si su respuesta fue afirmativa, ¿con que frecuencia? <input type="checkbox"/> Diariamente.				

<input type="checkbox"/> Ex fumador. <input type="checkbox"/> Desea dejar de fumar. Nº de cigarrillos/día _____				
18. ¿Sigue algún tipo de dieta? <input type="checkbox"/> Baja en azúcar <input type="checkbox"/> Baja en sodio <input type="checkbox"/> Adelgazamiento/hipocalórica <input type="checkbox"/> Baja en grasa <input type="checkbox"/> Otras, cuál _____				
19. Describa lo que come en un día: Desayuno: _____ Media mañana: _____ Almuerzo: _____ Merienda: _____ Cena: _____ Antes de acostarse: _____				
20. ¿Ha tenido situaciones altamente estresantes en el último año? SI___ NO___ Si su respuesta es afirmativa, ¿Considera que esta situación pudo haber afectado su estado de salud? SI___ NO___				
21. ¿Qué actividades realiza para el manejo de las situaciones estresantes? <input type="checkbox"/> Realiza yoga <input type="checkbox"/> Busca apoyo en su religión <input type="checkbox"/> Busca apoyo en su familia <input type="checkbox"/> Busca apoyo en sus amigos <input type="checkbox"/> No realiza ninguna actividad para esta situación. <input type="checkbox"/> Otras _____				
22. Actitud ante su enfermedad: <input type="checkbox"/> Aceptación <input type="checkbox"/> Rechazo <input type="checkbox"/> Negación <input type="checkbox"/> Indiferencia <input type="checkbox"/> Otra, cual _____				
23. ¿Considera que su trabajo influye en su estado de salud? SI___ NO___ ¿Cómo considera que su trabajo influye en su estado de salud? <input type="checkbox"/> Influye de manera positiva <input type="checkbox"/> Influye de manera negativa				
24. ¿Cuál considera usted que fue la causa de su hospitalización? _____				