



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 26 de febrero de 2019

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad, Neiva

El (Los) suscrito(s):

Douglas Steban Villalobos Guzman, con C.C. No. 1125273159,

Luis Miguel Castillo Rodríguez, con C.C. No. 1083900201,

María Alejandra Zuleta Bonilla, con C.C. No. 1075315142,

Mónica Liceth Torres Villegas, con C.C. No. 1075297587,

William Leonardo Medina Muñoz, con C.C. No. 1075299352,

autor(es) del trabajo de grado titulado Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico relacionado con el estado de salud cardiovascular, E.S.E. Carmen Emilia Ospina. presentado y aprobado en el año 2019 como requisito para optar al título de enfermero ;

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

Vigilada Mineducación



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.

- 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.

De conformidad 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:

Firma: Mónica Luceth Torres U.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: [Firma]

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: [Firma]

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Luis Miguel Castillo

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: William L Medina



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico relacionado con el estado de salud cardiovascular, E.S.E. Carmen Emilia Ospina.

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Villalobos Guzman Castillo Rodríguez Zuleta Bonilla Torres Villegas Medina Muñoz	Douglas Steban Luis Miguel María Alejandra Mónica Liceth William Leonardo

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Andrade Méndez	Brayant

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Andrade Méndez	Brayant

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Enfermero/a

FACULTAD: Facultad de salud

PROGRAMA O POSGRADO: Enfermería

CIUDAD: Neiva **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2019 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 106

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. Enfermedades cardiovasculares | Cardiovascular diseases |
| 2. Adherencia al tratamiento | Adherence to treatment |
| 3. Estado de salud | State of health |
| 4. Autoeficacia | Self-efficacy |
| 5. Enfermería | Nursing |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento con respecto al estado de salud cardiovascular de las personas pertenecientes al programa de riesgo cardiovascular de la ESE CEO de la ciudad de Neiva durante el segundo semestre del 2018.

Metodología: Estudio descriptivo, correlacional, transversal, en el cual participaron 350 pacientes pertenecientes a una IPS de primer nivel de la ciudad de Neiva, se contó con la aprobación del comité de ética de la USCO y el aval del comité técnico-científico de la ESE CEO. Se hizo uso de instrumentos que presentan validez y confiabilidad.

Resultados: El 71.14% de la población son mujeres, el 55.43% se encuentran entre los 30 a 65 años. Se encuentra deficiencia en las variables de sobrepeso (83,14%), sedentarismo (76,09%) y un alto consumo de grasas (59,14%), carbohidratos (77,43%) y sal (64,00%). El nivel de adherencia del 69.43% de la población es aceptable, del 14.86% en ventaja de adherencia y el 15.71% no son adherentes. Se observa que el estado de salud del 89.14% es aceptable, 6.57% óptimo y 4.29% es deficiente. No existe asociación entre el nivel de adherencia respecto al estado de salud cardiovascular, puesto que las variables cruzadas, arrojaron como resultado Pearson $\chi^2(4): 7.2735$ con $Pr: 0.122$ siendo esta mayor al nivel de significancia (0.05).

Conclusión: El tener un buen nivel de adherencia en el tratamiento de las metas terapéuticas no se relaciona con un adecuado estado de salud cardiovascular.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Objective: To determine the relationship between the level of adherence to treatment with respect to the cardiovascular health status of the people belonging to the cardiovascular



risk program of the ESE CEO of the city of Neiva during the second semester of 2018.
Methodology: Descriptive, correlational, cross-sectional study, in which 350 patients belonging to a first level IPS of the city of Neiva participated, had the approval of the USCO ethics committee and the endorsement of the technical-scientific committee of the ESE CEO. We made use of instruments that present validity and reliability.
Results: 71.14% of the population are women, 55.43% are between 30 and 65 years old. There is a deficiency in the variables of overweight (83.14%), sedentary lifestyle (76.09%) and a high consumption of fats (59.14%), carbohydrates (77.43%) and salt (64.00%) . The adherence level of 69.43% of the population is acceptable, of 14.86% in adherence advantage and 15.71% are non-adherent. It is observed that the state of health of 89.14% is acceptable, 6.57% optimal and 4.29% is deficient. There is no association between the level of adherence to the cardiovascular health status, since the crossed variables resulted in Pearson chi2 (4): 7.2735 with Pr: 0.122, this being greater than the level of significance (0.05).
Conclusion: Having a good level of adherence in the treatment of therapeutic goals is not related to an adequate state of cardiovascular health.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre:

Broxant Andrade O

Firma:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO
RELACIONADO CON EL ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR
ESE CARMEN EMILIA OSPINA NEIVA

DOUGLAS STEBAN VILLALOBOS GUZMAN
LUIS MIGUEL CASTILLO RODRIGUEZ
MARIA ALEJANDRA ZULETA BONILLA
MONICA LICETH TORRES VILLEGAS
WILLIAM LEONARDO MEDINA MUÑOZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA
2019

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO
RELACIONADO CON EL ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR
ESE CARMEN EMILIA OSPINA NEIVA

DOUGLAS STEBAN VILLALOBOS GUZMAN
LUIS MIGUEL CASTILLO RODRIGUEZ
MARIA ALEJANDRA ZULETA BONILLA
MONICA LICETH TORRES VILLEGAS
WILLIAM LEONARDO MEDINA MUÑOZ

Trabajo de investigación como requisito para optar el título de Enfermero(a)

Asesor:
BRAYANT ANDRADE MENDEZ
Enfermero, Esp.
Enfermería en cuidado crítico, m.sc.
Enfermería en salud cardiovascular

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA
2019

Nota de aceptación

Presidente Jurado: Francy H. Salas Contreras

Firma: Francy H. Salas C.

Nombre Jurado: Juan Camilo Calderón Farián

Firma: Juan Camilo Calderón Farián

Nombre Jurado: Jose Vladimir Ovendon R

Firma: Jose Vladimir Ovendon R

Neiva, 26 de FEBRERO de 2019

DEDICATORIA

A Dios a Nuestras familias por el apoyo incondicional en nuestras vidas, nuestros maestros que siempre ofrecieron su guía y nuestros amigos que acompañaron nuestros pasos.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a:

Brayant Andrade Méndez, Enfermero, ESP. Enfermería en Cuidado Crítico, M.SC. Enfermería en salud cardiovascular, docente USCO, Asesor del proyecto.

Al programa de enfermería de la Universidad Surcolombiana, por la guía en el camino a ser profesionales de enfermería.

A la E.S.E. Carmen Emilia Ospina por brindarnos su apoyo al momento de realizar la investigación.

A los usuarios pertenecientes al programa de Riesgo Cardiovascular de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina. Por la participación en el proyecto.

A todas y cada una de las personas que contribuyeron en la realización de la investigación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. JUSTIFICACIÓN	17
2. MARCO REFERENCIAL	19
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
2.3 ESTADO DEL ARTE	21
2.3.1 Adherencia	22
2.3.2 Estado de salud	23
2.3.3 Posibles relaciones entre la adherencia y el estado de salud	23
3. OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GENERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4. MARCO LEGAL	27
5. MARCO CONCEPTUAL	28
5.1 AUTOEFICACIA	28
5.2 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	27

		Pág.
5.3	Factores de riesgo Cardiovascular	29
5.3.1	Factores de Riesgo Cardiovascular Modificables	29
5.3.2	Factores de Riesgo Cardiovascular no Modificables	29
5.4	SÍNDROME METABÓLICO	29
5.5	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	30
5.6	TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	30
5.7	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	31
5.7.1	Barreras o factores que determinan la falta de adherencia terapéutica y sus consecuencias sobre la salud cardiovascular y los sistemas de salud	31
5.8	MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA	32
5.9	ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR	33
6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
6.1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES INSTRUMENTO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	34
6.2	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE INSTRUMENTO “CUESTIONARIO PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR”	36
6.3	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE INSTRUMENTO “LISTA DE CHEQUEO DEL ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR”	38
7.	DISEÑO METODOLÓGICO	40

		Pág.
7.1	TIPO DE ESTUDIO	40
7.2	POBLACIÓN	40
7.3	TAMAÑO MUESTRA	40
7.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	41
7.5	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	42
7.6	INSTRUMENTOS	42
7.6.1	instrumento de características sociodemográficas	42
7.6.2	Lista de chequeo del estado de salud cardiovascular	42
7.6.3	Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular	43
7.7	VARIABLES	44
7.8	MÉTODOS, TÉCNICAS Y RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	44
7.9	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN INFORMACIÓN	46
7.10	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	47
8.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
9.	RESULTADOS	51
9.1	IDENTIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA POBLACIÓN PERTENECIENTE AL PROGRAMA DE RCV DE LA ESE. CEO	51
9.2	DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LOS USUARIOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	57

	Pág.	
9.2.1	Primera dimensión: expectativas de resultado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico	59
9.2.2	Segunda dimensión: expectativas de autoeficacia en el tratamiento farmacológico y seguimiento	61
9.2.3	Tercera dimensión: expectativas de autoeficacia con el ejercicio físico y necesidad de apoyo	63
9.2.4	Cuarta dimensión: expectativas de autoeficacia con la alimentación y permanencia en el tratamiento	65
9.2.5	Quinta dimensión: percepción del riesgo	67
9.2.6	Sexta dimensión expectativas de autoeficacia para el manejo del estrés	68
9.3	CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR DE LA POBLACIÓN PERTENECIENTE AL PROGRAMA DE RCV DE LA ESE. CEO	70
9.4	RESULTADOS DE RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES DE RCV DE LA ESE. CEO	75
9.4.1	Relaciones significativas	75
10.	DISCUSIÓN	81
11.	CONCLUSIONES	83
12.	RECOMENDACIONES	84
	ANEXOS	85
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Grafica 1 Resultados por ítems de la lista de chequeo del estado de salud	71
Grafica 2. Clasificación del riesgo cardiovascular de los pacientes	74

LISTA DE TABLAS

	Pág.	
Tabla 1	Criterios diagnósticos de síndrome metabólico	30
Tabla 2	Muestreo estratificado por sedes	41
Tabla 3	Características sociodemográficas	52
Tabla 4	Asistencia a controles y apoyo	54
Tabla 5	Ayuda para seguir tratamiento y de quien la recibe	55
Tabla 6	Factores de riesgos cardiovasculares de la población	56
Tabla 7	Distribución porcentual de pacientes según resultado total del instrumento	58
Tabla 8	Distribución porcentual de pacientes de la primera dimensión	59
Tabla 9	Distribución porcentual de pacientes según resultado total	60
Tabla 10	Distribución porcentual de pacientes de la segunda dimensión expectativa de autoeficacia en el tratamiento. Farmacológico y seguimiento	61
Tabla 11	Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión expectativa de autoeficacia en el tratamiento	62
Tabla 12	Distribución porcentual de pacientes de la tercera dimensión	63
Tabla 13	Distribución porcentual de pacientes según resultado total	64
Tabla 14	Distribución porcentual de pacientes de la cuarta dimensión	65
Tabla 15	Distribución porcentual de pacientes según resultado total	66
Tabla 16	Distribución porcentual de pacientes de la quinta dimensión	67
Tabla 17	Distribución porcentual de pacientes según resultado total	67
Tabla 18	Distribución porcentual de pacientes de la sexta dimensión	68

	Pág.	
Tabla 19	Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión	69
Tabla 20	Clasificación del estado de salud cardiovascular	70
Tabla 21	Relación entre adherencia y estado de salud cardiovascular	75
Tabla 22	Relación entre adherencia y colesterol	76
Tabla 23	Relación adherencia y estado civil	76
Tabla 24	Relación entre adherencia y comuna	77
Tabla 25	Relación entre adherencia y estrato	77
Tabla 26	Relación entre adherencia y escolaridad	78
Tabla 27	Relación entre adherencia y la sede donde es atendido	78
Tabla 28	Relación entre adherencia y limitación de asistencia a controles	79
Tabla 29	Relación entre adherencia y tipo de apoyo	80

LISTA DE ANEXOS

	Pág.	
Anexo A	Aval comité de ética universidad Surcolombiana	86
Anexo B	Aval comité técnico científico ESE CEO	87
Anexo C	Consentimiento informado	88
Anexo D	Autorización para el uso del instrumento	92
Anexo E	Validación lista de chequeo del estado de salud cardiovascular	93
Anexo F	Instrumento de características sociodemográficas	98
Anexo G	Lista de chequeo estado de salud cardiovascular	99
Anexo H	Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular	100
Anexo I	Cronograma	102

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento con respecto al estado de salud cardiovascular de las personas pertenecientes al programa de riesgo cardiovascular de la ESE CEO de la ciudad de Neiva durante el segundo semestre del 2018.

Metodología: Estudio descriptivo, correlacional, transversal, en el cual participaron 350 pacientes pertenecientes a una IPS de primer nivel de la ciudad de Neiva, se contó con la aprobación del comité de ética de la USCO y el aval del comité técnico-científico de la ESE CEO. Se hizo uso de instrumentos que presentan validez y confiabilidad.

Resultados: El 71.14% de la población son mujeres, el 55.43% se encuentran entre los 30 a 65 años. Se encuentra deficiencia en las variables de sobrepeso (83,14%), sedentarismo (76,09%) y un alto consumo de grasas (59,14%), carbohidratos (77,43%) y sal (64,00%). El nivel de adherencia del 69.43% de la población es aceptable, del 14.86% en ventaja de adherencia y el 15.71% no son adherentes. Se observa que el estado de salud del 89.14% es aceptable, 6.57% óptimo y 4.29% es deficiente. No existe asociación entre el nivel de adherencia respecto al estado de salud cardiovascular, puesto que las variables cruzadas, arrojaron como resultado Pearson $\chi^2(4): 7.2735$ con Pr: 0.122 siendo esta mayor al nivel de significancia (0.05).

Conclusión: El tener un buen nivel de adherencia en el tratamiento de las metas terapéuticas no se relaciona con un adecuado estado de salud cardiovascular.

Palabras claves (DeCS). Enfermedades cardiovasculares, adherencia al tratamiento, estado de salud, autoeficacia, enfermería.

ABSTRAC

Objective: To determine the relationship between the level of adherence to treatment with respect to the cardiovascular health status of the people belonging to the cardiovascular risk program of the ESE CEO of the city of Neiva during the second semester of 2018.

Methodology: Descriptive, correlational, transversal. 350 patients over 18 years of age, from the cardiovascular risk program. Instruments: checklist of cardiovascular health status, questionnaire to measure the adherence to treatment of patients with cardiovascular disease and the instrument of sociodemographic variables. It was approved by the USCO ethics committee and the endorsement of the technical-scientific committee of the ESE CEO.

Results: 71.14% of the population are women, 55.43% are between 30 to 65 years of age. There is a deficiency in the variables of overweight (83.14%), sedentary lifestyle (76.09%) and a high consumption of fats (59.14%), carbohydrates (77.43%) and salt (64.00%). The adherence level of 69.43% of the population is acceptable, of 14.86% in adherence advantage and 15.71% are non-adherent. It is observed that the state of health of 89.14% is acceptable, 6.57% optimal and 4.29% is deficient. There is no association between the level of adherence to the cardiovascular health status, since the crossed variables resulted in Pearson χ^2 (4): 7.2735, Pr: 0.122 being higher than the level of significance (0.05).

Conclusion: Having a good level of adherence in compliance with therapeutic goals is not related to an adequate cardiovascular health status.

Keywords (DeCS): Cardiovascular diseases, adherence to treatment, state of health, self-efficacy, nursing.

INTRODUCCIÓN

Enfermedades cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes, representaron en países con medianos y bajos ingresos como Colombia en el 2015, alrededor de 15 millones de muertes (1) afectando no solo a población de edad avanzada como podría asumirse, sino que tiene una alta incidencia en personas con edades de 30 a 60 años lo que implica altos costos económicos tanto para el paciente, su familia y la sociedad, además de la posibilidad latente de secuelas físicas y mentales que reducen así la calidad y expectativa de vida.

Las enfermedades cardiovasculares al ser crónicas requieren un control y un tratamiento el cual es de larga duración, estos deben ser mantenidos durante toda la vida y exigen un comportamiento persistente y responsable(1);el cual se conoce como adherencia, siendo definido por la OMS como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria(2), la cual también está relacionada con la teoría de la autoeficacia que es entendida como los juicios que hace una persona y su capacidad de organizar y ejecutar sus acciones (6)

La presente investigación se realizó con el interés de conocer la relación existente entre el nivel de adherencia al tratamiento con respecto al estado de salud cardiovascular de las personas pertenecientes al programa de Riesgo Cardiovascular de la ESE Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva, obteniendo los resultados que usted verá a continuación mediante la aplicación de el «Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular». Creado y validado por el B. Andrade Méndez a y V. Céspedes Cuevas en 2017 Colombia y la lista de chequeo del estado de salud cardiovascular diseñada por los autores de la investigación la cual fue validada por cuatro expertos y en donde también se obtendrán datos de las características sociodemográficas de la población estudiada.

Se tuvo en cuenta los principios éticos para la investigación en salud, expuestos en la Resolución 8430 de 1993 y la declaración de Helsinki, por el cual se dio a conocer un consentimiento informado a los participantes en donde obtienen la libertad de participación del estudio.

1. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, estas patologías son reconocidas como un problema importante de salud pública a nivel mundial, con incremento de las tasas de morbimortalidad y la prevalencia de factores de riesgo(1). Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo, y afectan no solo a países industrializados, sino sobre todo a países de ingresos medios-bajos, donde han superado a las enfermedades infecciosas como primera causa de muerte y su impacto amenaza al desarrollo social y económico de estas regiones (4).

Por estos motivos en Colombia se llevan a cabo dentro de los programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, los Programas de Control de Riesgo Cardiovascular; donde se le brinda a la población colombiana acceso a una atención integral en estas patologías. Factores socioeconómicos y psicosociales han sido frecuentemente mencionados como una barrera en el logro del control de la PA y la adherencia a terapia farmacológica antihipertensiva, de particular relevancia en países en desarrollo y/o en estratos sociales con limitado acceso a la atención de salud (20). Como resultado de una baja adherencia, no se obtiene el máximo beneficio de los tratamientos médicos, con pobres resultados en salud y una disminución de la calidad de vida (21).

Por tanto, es pertinente medir el nivel de adherencia que tienen los pacientes que pertenecen a los programas de control de riesgo cardiovascular, tomando en cuenta que se brinda tratamiento farmacológico y no farmacológico, además de la existencia de variados factores biopsicosociales que influyen en la adherencia de la población a los tratamientos y que se puede contrastar los resultados con las variables físicas y fisiológicas que presenta la población perteneciente a este tipo de programas.

Es novedosa esta investigación, ya que en la ciudad de Neiva y en el departamento del Huila, no se han reportado investigaciones sobre la adherencia de los pacientes a los Programas de Control Riesgo Cardiovascular ni se ha comparado dichos resultados con el estado de salud que presentaron los pacientes en las consultas y los exámenes de laboratorio; además se encuentran estudios recientes que han evaluado la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular midiendo con diversos test el nivel de adherencia de dichos pacientes(20), por tanto si se puede realizar estos tipos de estudios para hacer investigación en Colombia.

Este estudio es viable, ya que la E.S.E Carmen Emilia es una institución que presta servicios de salud de baja complejidad a la población de todo el Municipio de Neiva (Huila) pertenecientes al régimen subsidiado, el cual cuenta con un programa de riesgo cardiovascular, además donde existe un convenio docente asistencial con la Universidad Surcolombiana siendo un establecimiento disponible para la realización de prácticas educativas. Así mismo, se dispone de investigaciones relacionadas, guía de docentes altamente calificados y el tiempo disponible dentro del curso que permite cumplir con los objetivos de la investigación.

Este estudio trae consigo beneficios tanto a la población a estudiar y sus familias como a todo el Huila por ser un problema actual y creciente. Así mismo, para el personal de salud es una base para evaluar e implementar métodos que faciliten la observación en cuanto a la adherencia al tratamiento y evitar complicaciones en la salud del paciente y altos costos económicos en el sistema de salud.

Enfermería, por ser quien lidera todos los procesos de promoción de la salud y detección temprana de la enfermedad, se verá beneficiada con los resultados del presente estudio, al igual que los estudiantes de quinto semestre del programa de enfermería en la asignatura “Cuidados de la salud del adulto en situaciones crónicas”, quienes desarrollan componentes prácticos relacionados en la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Enfermedades no transmisibles (ENT) son un conjunto de patologías estrechamente relacionadas con factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (3) que se caracterizan por ser de larga duración (cronicidad), incapacitantes, de alto costo para el sector salud y para quien las padecen; cada año en el mundo según datos de la OMS representan la muerte para 40 millones de personas lo que equivale al 70% de las muertes que se producen en el mundo. Dentro de estas ENT cobran gran importancia por su alta tasa de mortalidad las enfermedades cardiovasculares (ECV), las cuales se encuentran según clasificación de la OMS en primer lugar seguidas por el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes (3).

Las ECV se presentan en todos los países del mundo en diferentes tipos de población, estratos socioeconómicos y niveles educativos; contrario a lo que se podría pensar, son patologías que generalmente no solo afectan a población de edad avanzada sino que también presentan un alto grado de afectación a población joven incluso entre 30 a 60 años de edad en los cuales en el 2015 junto con las otras tres patologías mencionadas anteriormente representaron 15 millones de muertes, el 80% de estas en países con medianos y bajos ingresos (3) como Colombia.

En Colombia las ECV para el año 2014 según la OMS, representaron 40.157 muertes entre los diferentes grupos de edad, lo que correspondió al 28% de la totalidad de las muertes (4) que se presentaron ese año, incluso se presentaron más defunciones solo por esta causa que incluso por cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias agrupadas; Colombia al ser un país con una gran diversidad étnica, cultural y religiosa en el cual los factores de riesgo cardiovascular como la alimentación con exceso de grasa, azúcar y carbohidratos junto al consumo de alcohol y de tabaco tienen diversos significados arraigados a la idiosincrasia de los habitantes de las diferentes regiones en la mayoría de sus manifestaciones culturales razón por la cual acompañado de otros factores de riesgo contribuyen a que la probabilidad de morir por ECV sea del 12% en nuestro país (4).

Otro factor importante es el Síndrome Metabólico (SM) ya que cada vez tiene una mayor importancia como factor de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular, este es definido por la asociación latinoamericana de diabetes

como una aparición en forma simultánea o secuencial de diversas alteraciones metabólicas e inflamatorias a nivel molecular, celular o hemodinámico asociadas a la presencia de resistencia a la insulina y de adiposidad de predominio visceral(5).

Las enfermedades cardiovasculares al ser crónicas requieren un control y un tratamiento el cual es de larga duración, estos deben ser mantenidos durante toda la vida y exigen un comportamiento persistente y responsable (1). Este comportamiento es el que conocemos como adherencia, la cual es definida por la OMS como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (2). La adherencia también está relacionada con la teoría de la autoeficacia, ya que esta se entiende como los juicios que hacen una persona y su capacidad de organizar y ejecutar sus acciones (6).

La falta de adherencia tiene consecuencias clínicas, económicas y sociales importantes. Es un hecho que el incumplimiento afecta a la efectividad de los tratamientos, disminuyendo la probabilidad de éxito terapéutico. Cuando se observe que el tratamiento terapéutico fracase, se debe indagar a cerca de la adherencia del paciente.(42)

Para la medición de la adherencia se utilizan unos instrumentos como lo es el test de Morisky Grenn, este es uno de los instrumentos más utilizados y validados a nivel mundial, pero presenta problemas de validez al sobrestimar la no adherencia. Achury diseñó el «Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular» el cual ya medía el tratamiento farmacológico y no farmacológico (1).

Un estudio realizado en Montería, Colombia, arrojó una lista de chequeo con la cual clasificaban el estado de salud cardiovascular de las personas, esta se elaboró a partir de guías universales de prevención. Los parámetros que se incluyen allí se dividen en 2, unos relacionados con paraclínicos y exámenes diagnósticos y el segundo con indicadores de pronóstico de morbi-mortalidad cardiovascular (7). Esta lista de chequeo sirve para relacionar el instrumento de medición de la adherencia con el estado de salud de la persona.

Según el boletín del observatorio nacional de salud, el Huila es uno de los departamentos que tienen una de las tasas más altas de mortalidad para ECV(8), también el ASIS que se realizó en el municipio de Neiva en el año 2016, arrojó que durante los años del 2005 al 2014 las enfermedades del sistema circulatorio

representaron la causa más frecuente de mortalidad y que los mayores de 45 años son los que presenta la mayor incidencia de casos de muerte por enfermedades del sistema circulatorio(9).

En el municipio, el diagnóstico, tratamiento inicial y manejo generalmente se da en instituciones de primer nivel las cuales juegan un papel de vital importancia en la disminución del daño e impacto en la salud de la persona. Teniendo como base lo mencionado con anterioridad se tomó la E.S.E. Carmen Emilia Ospina (C.E.O.) de la ciudad de Neiva como lugar para abordar la población perteneciente al programa de riesgo cardiovascular, ya que aquí se asiste al mayor número de la población del régimen subsidiado de la ciudad, esta población por sus diferentes características socioeconómicas son las más propensas a presentar mayores complicaciones a causa el manejo indebido de su patología.

Por tanto, las ECV están muy presentes en nuestro entorno y tienen un alto nivel de mortalidad, las guías internacionales dan recomendaciones que implican la educación del paciente en modificación de estilos de vida y adherencia (7). Entonces, ¿cuál será el motivo de que se presenten estas altas cifras de mortalidad en Neiva? Podría ser que hay un bajo nivel de adherencia al tratamiento, por ello nos surgió la siguiente pregunta de investigación.

2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento con respecto a estado de salud cardiovascular de las personas pertenecientes al programa de Riesgo Cardiovascular de la ESE Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva?

2.3 ESTADO DEL ARTE

Aquí se presentará la evidencia empírica encontrada más relevante de la temática, iniciando por investigaciones que evaluaron el comportamiento de la ECV y la adherencia al tratamiento desde una visión mundial hasta resultados nacionales. Comportamiento de la enfermedad cardiovascular:

2.3.1 Adherencia. Arleth Herrera Lian en 2008 Cartagena realizó una investigación de tipo descriptivo-metodológico de los factores de RCV de los paciente de la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena, identificando los factores socioeconómicos, los factores relacionados con el proveedor de la salud, los factores relacionados con la terapia, los factores relacionados con los paciente, y las condiciones de salud de los pacientes con factores de RCV los cuales en esta población influyeron de manera positiva en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.(17)

Zambrano R, Duitama JF, Posada JI, Flórez JF en 2012 Antioquia Realizaron un estudio con el objetivo de identificar la percepción que tienen los pacientes con RCV sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento. El estudio mostró que, en muestra de 265 pacientes, los factores socioeconómicos arrojaron una media de 2.0465, los factores relacionados con el proveedor tienen una media de 2.8118, factores relacionados con la terapia una media de 2,6043 y los factores relacionados con el paciente una media de 2.9728. (18)

Claudia Patricia Bonilla Ibáñez y Edilma Gutiérrez de Reales en 2014 en Tolima Colombia realizaron la validación de un 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. El instrumento posee 53 ítems con una confiabilidad Alfa de Crombach de 0.82 y el instrumento de 24 ítems con una confiabilidad Alfa de Crombach de 0.84 (19)

B. Andrade Méndez a y V. Céspedes Cuevas en 2017 Colombia determinaron la validez de constructo y confiabilidad del «Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular». Estudio de tipo psicométrico. La muestra seleccionada fue de 250 pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular asistentes a una institución hospitalaria de tercer nivel de atención en la ciudad de Neiva. Se desarrollaron cronológicamente diferentes fases investigativas: análisis del concepto, exploración y confirmación del constructo. A través del análisis del concepto se estableció como teoría de soporte la «autoeficacia» con sus tres componentes teóricos, seis dimensiones temáticas transversales y los atributos esenciales de la adherencia al tratamiento, los cuales se evidenciaron en la reformulación de los 38 ítems de la versión final del instrumento. El alfa de Cronbach obtenido fue de 0.92 para la escala total y dimensional por encima de 0.80. (1)

Germán E. Silva, Esmeralda Galeano y Jaime O. Correas en el 2005 Colombia realizó una revisión sistemática de la literatura científica publicada en inglés y español durante el periodo comprendido entre 1990 y 2005 en relación con la “no-

adherencia” al tratamiento y las consecuencias derivadas de su incumplimiento. Encontrando que han pasado más de 35 años y la no-adherencia se mantiene en cifras preocupantes (59%), al igual que la proporción de hospitalizaciones derivadas del incumplimiento con el tratamiento (33 al 69%), y la mortalidad registra cifras que se mantienen en la misma proporción desde hace más de 15 años. Se identificó que la causa más común de falla terapéutica es una pobre o inadecuada adherencia a la terapia y que factores como la edad, poseer más de una enfermedad crónica y la prescripción de un alto número de medicamentos se correlacionan directamente con la no-adherencia a la terapia. La naturaleza compleja de la adherencia a la terapia sugiere una solución multifactorial, definida en el tiempo y con la participación activa de todos los miembros del equipo de atención en salud. (16)

2.3.2 Estado de salud. Según el estudio de Rodríguez et al titulado Prevalencia del infarto agudo de miocardio, donde plantea que “se realizó un estudio retrospectivo a 19 pacientes con infarto agudo de miocardio en el Policlínico Principal de Urgencias del Hospital de Minas, municipio de Camagüey en el período comprendido de enero a diciembre del año 2001 “con el objetivo de valorar la prevalencia del infarto agudo de miocardio; En el cual los resultados concluyeron que la edad más frecuente fue la comprendida entre 60-70 años con un 57,86 % y del sexo masculino con el 47,36 %. Las complicaciones y las enfermedades asociadas fueron la insuficiencia cardiaca (36.84 %), así como enfermedades diversas con un 31.57 %. Donde concluyo que El factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial con un 63,15” (10)

2.3.3 Posibles relaciones entre la adherencia y el estado de salud. El estudio titulado: Influencia de factores de riesgo cardiovascular en el control clínico de la hipertensión arterial “La investigación abarcó el período comprendido entre noviembre de 2000 hasta enero de 2002. La población objeto de estudio estuvo integrada por 120 oficiales diagnosticados de hipertensión arterial esencial y dispensarizados en su puesto médico de salud. Se conformaron 2 grupos de estudio: uno expuesto (n=60) con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y un grupo no expuesto (n=60) de pacientes hipertensos, pero sin otros riesgos concomitantes. Los resultados obtenidos reportan que los factores de riesgo cardiovascular asociados con la hipertensión fueron el sedentarismo, la obesidad, el estrés, el tabaquismo, la hiperlipidemia y la diabetes mellitus”.(11)

Otro de los estudios revisados fue Factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en pacientes hipertensos en el cual narra que: “Se realizó un estudio transversal en familias de doce consultorios médicos de la Ciudad de La Habana, con los objetivos de describir el comportamiento de los factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis y determinar

la relación entre la hipertensión y los factores de riesgo, y las enfermedades consecuentes de la aterosclerosis. Se encontró predominio de pacientes hipertensos en fumadores pasivos, obesos y/o sobrepeso, sedentarios, y circunferencia de la cintura aumentada. La enfermedad más frecuente fue la cardiovascular. La circunferencia de la cintura alterada, la *Diabetes Mellitus*, la enfermedad del corazón, el AVE y la EAP presentaron un alto riesgo asociado” (12)

Una caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores Fundamento: “la hipertensión arterial es la enfermedad crónica no transmisible que más afecta la salud de los adultos mayores, constituye también un factor de riesgo para las patologías cardiovasculares, cerebrovasculares y la insuficiencia renal. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga de Pinar del Río, durante el año 2016. El universo estuvo conformado por 5 186 pacientes pertenecientes a dicha área de salud, y la muestra tomada al azar quedó compuesta por 2 592 hipertensos, estadísticamente significativo. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, factores de riesgo, enfermedades crónicas no transmisibles asociadas y tipo de tratamiento... Los resultados presentaron que el sexo predominante fue el femenino con 59,6 % y el grupo de 65 y más años con el 71,5 %. Prevalció el tabaquismo como factor de riesgo, así como la cardiopatía isquémica con 48,8 % y 20,9 % respectivamente. El tratamiento no farmacológico predominó en el 100 % de los pacientes. Las Conclusiones presentan que la hipertensión arterial constituye un problema de salud para los ancianos mayores del estudio. En el que predominaron los hombres con 65 años y más, así como el tabaquismo y la cardiopatía isquémica asociadas a la hipertensión arterial”. (13)

Según el estudio titulado Posibles factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial en tres barrios de Esmeraldas, Ecuador. “Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, desde febrero hasta agosto de 2016. La muestra estuvo constituida por 36 pacientes hipertensos de los 85 casos documentados existentes en los tres barrios, y a los que se les aplicó una encuesta con 15 preguntas cerradas. Los resultados fueron en el grupo etario de mayor incidencia fue el de 41 a 60 años, el sexo femenino fue el más afectado por la hipertensión, los factores de riesgo cardiovasculares más frecuentes encontrados fueron el sedentarismo, el estrés, seguido por las dietas ricas en sodio Otro de los hallazgos encontrados fue el desconocimiento sobre la enfermedad. Conclusiones: son múltiples los factores de riesgo cardiovasculares que acompañan a la población de hipertensos observados; algunos de esos factores, como el sedentarismo o la obesidad, son determinantes directos de la respuesta al desconocimiento sobre la enfermedad y éstos, asociados a otras condicionantes, podrían incidir de forma importante en su pronóstico cardiovascular” (14)

Diana Yelipza Hernández Galvis el 2014 en Montería Colombia realizó un estudio correlacional descriptivo transversal, con abordaje cuantitativo con el objetivo de describir el estado de salud de personas con enfermedad coronaria que asisten a un programa de rehabilitación cardiaca en una institución especializada de Bogotá y su relación con el grado de riesgo de no adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos; Como resultados obtuvo que al ser clasificados, los sujetos del estudio obtuvieron 88 sujetos clasificados en el grupo Óptimo, 89 en el Aceptable y 83 en el Insuficiente. (7)

Según el estudio titulado factores de Riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de una institución prestadora de servicios de salud, Colombia. Se realizó un estudio observacional descriptivo, encuestando a 96 trabajadores para obtener información sobre características sociodemográficas, consumo de tabaco y alcohol, actividad física, hábitos alimentarios, y antecedentes personales y familiares para ECV. Además, a cada trabajador se le realizó medición estandarizada de glicemia, lípidos séricos, tensión arterial e índice de masa corporal. Como resultados se encontró factores de riesgo de tipo comportamental y factores de riesgo de tipo biológico. Adicionalmente, se encontró que el riesgo de HTA fue significativamente mayor en hombres, en individuos >40 años, en personas con un IMC >25, y en fumadores. En cuanto a la dislipidemia, el riesgo fue mayor en hombres y en individuos >40 años. Por su parte, el riesgo de sobrepeso y obesidad se asoció significativamente con el tabaquismo y el consumo de alcohol. (15)

Donald E. Morisky, Lawrence W. Green and David M. Leviene en 1986 Estados Unidos realizaron la validación de una estructura de cuatro ítems para medir adherencia, donde las mayores categorías que influyen en la adherencia fueron factores de la enfermedad, características de los pacientes, régimen terapéutico y adherencia.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento con respecto al estado de salud cardiovascular de las personas pertenecientes al programa de RCV de la ESE CEO de la ciudad de Neiva durante el segundo semestre del 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los factores de riesgo cardiovascular de la población perteneciente al programa de RCV de la ESE CEO

Determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes del programa de RCV de la ESE CEO

Clasificar el estado de salud cardiovascular de la población perteneciente al programa de RCV de la ESE CEO

Contrastar el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de RCV de la ESE CEO con el estado de salud cardiovascular.

4. MARCO LEGAL

La Constitución Política de 1991 dicta en su artículo 13 que: “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos deberes y derechos, libertades y oportunidades, sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosofía. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea leal y efectiva, y adoptará medidas a favor de los grupos discriminados o marginados.”(22)

Ley 100 de 1993, en el art. 152 “La presente ley establece el sistema general de seguridad social en salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación”.(23)

Resolución 4003 de 2008 en su anexo técnico entrega a los profesionales de la salud la guía para el trabajo con la población que “enfoca en la educación para la modificación de estilos de vida y en la información continua para favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico que se instaure”.(24)

5. MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo se pretende mostrar los conceptos básicos que se tratarán en este documento, tales como enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo, síndrome metabólico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, adherencia al tratamiento y medición de la adherencia, esto es para ofrecer una conceptualización adecuada de los términos que se utilizan en esta investigación.

5.1 AUTOEFICACIA

Son los juicios que hace la persona de sus capacidades para organizar y ejecutar sus acciones. A su vez, se conceptualiza como la relación recíproca entre la persona, ambiente y comportamiento; demostrando que, a través del pensamiento reflexivo, uso del conocimiento, destrezas y otras herramientas de auto influencia, la persona decide cómo comportarse.(25)

Existe una relación importante entre la autoeficacia y la adherencia terapéutica y se evidencia en el artículo de González- Cantero “Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2” realizado en el 201, arrojando $r=400$ y $p < 0.01$. (43) y en el artículo de Benavides “Adherencia al tratamiento y autoeficacia en hombres con VIH/SIDA de la ciudad de Cali” del 2017, donde se encontró una correlación significativa entre la autoeficacia y la adherencia farmacológica (0,4704, $p=0,0187$) y una correlación altamente significativa de 0,7856 ($p=0,0001$) entre la adherencia no farmacológica y la autoeficacia.(44)

5.2 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Según la OMS, las enfermedades cardiovasculares son el conjunto de desórdenes en el corazón y los vasos sanguíneos, como lo es la cardiopatía coronaria, infarto, insuficiencia cardíaca, arteriopatía y enfermedades cerebrovasculares.

Una de las causas de estas patologías son las hemorragias y las obstrucciones por depósitos de grasa o coágulos de sangre que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o al cerebro que pueden ser ocasionados por la combinación de diferentes factores de riesgo como el tabaquismo, las malnutriciones, sedentarismo, alcoholismo y otras enfermedades concomitantes(26).

El ministerio de salud del país define las enfermedades cardiovasculares como las enfermedades del corazón y del sistema de vasos sanguíneos de todo el organismo, que con el tiempo se obstruyen por placas de grasa, células o colesterol evitando la circulación de oxígeno y nutrientes a todas las partes del cuerpo especialmente al cerebro y al corazón ocasionando derrames cerebrales y/o ataques cardíacos respectivamente. (27)

5.3 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

5.3.1 Factores De Riesgo Cardiovascular Modificables. Hoy en día, y gracias a estudios observacionales epidemiológicos realizados en la segunda mitad del siglo XX, sabemos que parte de la morbimortalidad por ECV es evitable, pues se asocia a factores de riesgo vascular (FRV) que podemos identificar y por tanto controlar. En 1948 investigadores constataron que las personas fumadoras, con elevación de la presión arterial, obesas, sedentarias, diabéticas o con niveles altos de colesterol tenían mayor probabilidad de sufrir o morir por ECV. Se habían identificado los seis principales FRV que siguen vigentes hasta nuestros días.(28)

5.3.2 Factores de Riesgo Cardiovascular no Modificables. Los factores no modificables se definen como aquellos inherentes que por sus propias características establecen una condición propicia para la aparición o no de la enfermedad, tales como edad, sexo y nivel socioeconómico.(29)

5.4 SÍNDROME METABÓLICO

El Síndrome Metabólico (SM), cada vez tiene una mayor importancia como factor de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular (ECV), El SM se caracteriza por la aparición en forma simultánea o secuencial de diversas alteraciones metabólicas, e inflamatorias a nivel molecular, celular o hemodinámico asociadas a la presencia de resistencia a la insulina y de adiposidad de predominio visceral.

Actualmente las definiciones más utilizadas para el diagnóstico del SM son las de la IDF y del ATP III en su versión modificada. Ambas reconocen la necesidad de ajustar los parámetros para el diagnóstico de obesidad abdominal a las características étnicas y regionales, por lo que presentamos además la definición que corresponde para las poblaciones latinas. Los criterios diagnósticos se resumen en la tabla 1(5).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de síndrome metabólico

Parámetro	IDF	ATP III-AHA-NHLBI	ALAD
Obesidad abdominal	Perímetro de cintura ≥ 90 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres (para Asia y Latinoamérica)	Perímetro de cintura >102 cm en hombres (para hispanos >94 cm) y > 88 cm en mujeres	Perímetro de cintura ≥ 94cm en hombres y ≥ 88cm en mujeres
Triglicéridos altos	> 150 mg/dl (o en tratamiento hipolipemiente específico)	≥ 150 mg/dl (o en tratamiento hipolipemiente específico)	> 150 mg/dl (o en tratamiento hipolipemiente específico)
cHDL bajo	< 40mg/dl en hombres ó < 50 mg/dl en mujeres (ó en tratamiento con efecto sobre cHDL)		
PA elevada	PAS ≥ 130 S.S. Hg y/o PAD ≥ 85 mm Hg o en tratamiento antihipertensivo	$\geq 130/85$ mm/Hg	PAS ≥ 130 mm Hg y/o PAD ≥ 85 mm Hg o en tratamiento antihipertensivo
Alteración en la regulación de la glucosa	Glucemia ayunas ≥ 100 mg/dL o DM2 diagnosticada previamente	Glucemia ayunas ≥ 100 mg/dL o en tratamiento para glucemia elevada	Glucemia Anormal Ayunas, Intolerancia a la glucosa o Diabetes
Diagnóstico	Obesidad abdominal + 2 de los 4 restantes	3 de los 5	Obesidad abdominal + 2 de los 4 restantes

Fuente: Consenso Latinoamericano de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD)

5.5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico de las diferentes patologías se apoya en el conocimiento científico tanto del fármaco a utilizar, como de la enfermedad, estadio de esta, estado físico, fisiológico del paciente entre otras variables, su uso es en pro de la prevención y/o tratamiento y/o curación de las alteraciones de la salud. Según la real academia de medicina el tratamiento farmacológico se define como:

“El término tratamiento hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. (17)

5.6 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Según (Hernández Ruiz et al., 2008). Citado en Mapa de Terapias No Farmacológicas: “El concepto de terapias no farmacológicas (TNF) se viene utilizando desde hace varias décadas para referirse a intervenciones que, a través

de agentes primarios no químicos, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas.” (15) También “los tratamientos farmacológicos y las TNF han de estar basados en el método científico, es decir, deben ofrecer intervenciones con resultados positivos predecibles. Los tratamientos farmacológicos y las TNF, por tanto, enriquecen y aportan racionalidad a los cuidados de la persona o paciente individual”. Entre los principales tratamientos no farmacológicos para las enfermedades cardiovasculares por parte de quien padece la patología tenemos:

- Reducción del peso.
- Restricción del consumo de sal.
- Moderación en el consumo de alcohol.
- Adopción de la dieta.
- Ejercicio físico.
- Abandono del tabaco. (16)

Acompañando también con apoyo psicológico si lo requiere, apoyo fisioterapéutico u otras medidas de ser necesarias.

5.7 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Una de las definiciones es la propuesta por Haynes citado por López y colaboradores, quien la define como “el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”(30). En éste mismo estudio “Adherencia al tratamiento: concepto y medición” mencionan la definición de adherencia de Gil, “El grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida”(30). La OMS también aporta su definición para Adherencia terapéutica y la menciona como la capacidad de una persona de seguir las instrucciones dadas por el personal de salud para cumplir un tratamiento.(31)

5.7.1 Barreras o factores que determinan la falta de adherencia terapéutica y sus consecuencias sobre la salud cardiovascular y los sistemas de salud. Desde la perspectiva de la OMS(2), existen múltiples factores que influyen sobre la adherencia terapéutica. Estas comprenden 5 dimensiones: socioeconómicas, relacionadas con el equipo de salud, con la enfermedad, el tratamiento y el paciente.

Factores Socioeconómicos: condiciones de bajo nivel socioeconómico, tales como, analfabetismo, bajo nivel educacional, escasas redes de apoyo entre otras. Dentro de las sociodemográficas destaca el factor edad.

Factores relacionados con el equipo y sistema de salud: una buena relación médico-paciente es fundamental para educar a la persona sobre su enfermedad y tratamiento. Otra condición muy relevante es el sistema de seguro de salud, que puede favorecer o dificultar la adherencia.

Factores relacionados con la enfermedad: existen patologías que por ser muy sintomáticas motivan al paciente a tomar la terapia farmacológica prescrita. Es así, como el paciente con dolor crónico, presenta mejor adherencia farmacológica en comparación con aquel portador de patología asintomática, como es el caso de la HTA.

Factores relacionados con el tratamiento: la complejidad del esquema terapéutico, el número de fármacos, polifarmacia, la dosificación, y efectos colaterales, inciden en el cumplimiento farmacológico. Al respecto, está demostrado que, a mayor número de píldoras, se observa peor adherencia a la terapia.

Factores relacionados con el paciente: son los más difíciles de modular. Los conocimientos, creencias, percepciones y expectativas del paciente son relevantes, y traducen el comportamiento del paciente hacia su terapia farmacológica. El estado cognitivo y psicológico, al igual que la motivación y responsabilidad del paciente hacia su condición médica, son fundamentales. A su vez, el olvido, es una de las situaciones más referida por los pacientes ante su baja adherencia.

5.8 MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA

La adherencia al tratamiento presenta múltiples métodos de medición formulados por diferentes disciplinas relacionadas con la salud de las personas. Entre ellos están los métodos electrónicos (MEMS), informes de farmacia, pruebas específicas de laboratorio e instrumentos de auto reporte, estos los definen como costo-efectivos y costo-eficientes, para tener acceso a la información y asumir si el paciente realmente es adherente al tratamiento(1).

Dentro de los instrumentos de autoinforme más referenciados y validados por diferentes estudios a nivel mundial, se encuentra el test de Morisky Grenn, el cual presenta problemas de validez (1). Se han desarrollado investigaciones tendentes a la validación de instrumentos que evalúan la adherencia al tratamiento, como el instrumento desarrollado por Bonilla y Gutiérrez(19), el instrumento para la

adherencia de pacientes con falla cardiaca(32), el instrumento Martín Bayarré Grau en pacientes hipertensos(33).

Ante la necesidad de tener una medición válida del fenómeno de la adherencia al tratamiento y que no se centrara solo en el cumplimiento, Achuri diseñó el «Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular», el cual consta de 29 ítems que valoran la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (1).

5.9 ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR

Salud cardiovascular se define como el cumplimiento de una serie de condiciones de salud como; No fumar, índice de masa corporal $< 25 \text{ kg/m}^2$, perímetro de cintura abdominal inferior a 89 para mujeres y 102 cm para hombres, Practicar actividad física regular (30-60 minutos durante 5-7 días/semana), dieta saludable, colesterol total $< 190 \text{ mg/dL}$, triglicéridos $< 200 \text{ mg/ dL}$, presión arterial $< 120/80 \text{ mmHg}$ sin medicación y glucosa sanguínea menor de 100 mg/dL o 110 mg/dL .(45)

El estado de Salud Se refiere a las condiciones médicas (salud física y mental), las experiencias en cuanto a historia clínica, información genética, elegibilidad e incapacidad (34).

En relación con la enfermedad cardiovascular podemos decir que el estado de salud cardiovascular se refiere a parámetros relacionados con los paraclínicos y los exámenes diagnósticos, así como las medidas antropométricas (7)

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES INSTRUMENTO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Objetivo general	VARIABLES	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Ítem
Determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento con respecto al estado de salud cardiovascular de las personas pertenecientes al programa de rcv de la ese ceo de la ciudad de neiva durante el segundo semestre del 2018.	Identificar los factores de riesgo cardiovasculares de la población perteneciente al programa de rcv de la ese ceo	Cambios o perturbaciones en las funciones de los seres vivos o en cada una de las partes de su cuerpo.	Física - Fisiológica.	Cc	Nominal
				Dx médico *	Nominal
				Ips asiste	Nominal
				Comuna	Nominal
				Escolaridad	Nominal
				Estado civil	Nominal
				Medicamentos *	Nominal
				Apoyo:	Nominal
				Psicológico	Nominal
				Social	Nominal
				Económico	Nominal
				Para seguir Tratamiento Farmacológico recibe apoyo	Nominal
				Familiar	Nominal
				Religioso	Nominal
				Otro	Nominal
				Factores de riesgo modificables:	Nominal
				Sobrepeso *	Nominal
				Tabaquismo	Nominal
				Sedentarismo	Nominal
				Consumo grasas	Nominal
Consumo carbohidratos	Nominal				
Consumo sal > 1 gr.	Nominal				
Consumo alcohol	Nominal				
Situaciones estresantes	Nominal				
Hta	Nominal				
Dm	Nominal				
Dislipidemia *	Nominal				

				Edad	Nominal
				Sexo	Nominal
				Personas a cargo	Nominal
				Estrato	Nominal
				Ocupación	Nominal
				Eapb	Nominal
				Asiste a los controles del programa	Nominal
				Limitaciones para asistir a los controles	Nominal
				Ecv previa	Nominal
				Antecedentes ecv	Nominal
				Menopausia	Nominal
				>65 años	Nominal
				Raza	Nominal

		predisposición genética.	Cognitivo.	Expectativas de autoeficacia para el manejo del Estrés.
--	--	--------------------------	------------	---

6.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE INSTRUMENTO

“LISTA DE CHEQUEO DEL ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR”

Objetivo general	VARIABLES	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Ítem
Determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento con respecto al estado de salud cardiovascular de las personas pertenecientes al programa de rcv de la ciudad de Neiva durante el segundo semestre del 2018.	Clasificar el estado de salud cardiovascular de la población perteneciente al programa de rcv de la ciudad de Neiva	Cambios o perturbaciones en las funciones de los seres vivos o en cada una de las partes de su cuerpo.	Física - Fisiológica.	Glicemia basal Mg/dl	Óptimo Aceptable Deficiente.
				Colesterol total mg/dl	Óptimo Aceptable Deficiente.
				Ldl Mg/dl	Óptimo Aceptable Deficiente.
				Hdl Mg/dl	Óptimo Aceptable Deficiente.
				Triglicéridos Mg/dl	Óptimo Aceptable Deficiente.
				Presión arterial mmhg	Óptimo Aceptable Deficiente.
				Imc Kg/m ²	Óptimo Aceptable Deficiente.
				Cintura cm Hombres Mujeres	Óptimo Aceptable Deficiente.
				Albuminuria Mg/g	Óptimo Aceptable Deficiente.
				Hemoglobina G/l	Óptimo Aceptable Deficiente.
Creatinina Mg/dl Hombres Mujeres	Óptimo Aceptable Deficiente.				

				Clasificación de rcv Tasa de filtración glomerular ml/min/1,73m ²	Óptimo Aceptable Deficiente.
--	--	--	--	--	------------------------------------

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es descriptivo correlacional transversal, por esto cuenta con las siguientes características tanto de los estudios descriptivos que no se enfoca en una relación causa-efecto; así como en los estudios correlacionales que establece si dos variables están relacionadas entre sí (35) y también porque el presente estudio buscará la relación entre la adherencia en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes del programa cardiovascular de la ESE Carmen Emilia y su estado de salud cardiovascular, en el 2018 por lo cual clasifica como estudio transversal.

7.2 POBLACIÓN

Se tomaron los usuarios con diagnóstico médico de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus, inscritos al Programa Riesgo Cardiovascular de la ESE CEO del área urbana, que la fecha de la última consulta con médico general fuera en el último trimestre (agosto, septiembre, octubre). Según el reporte estadístico de la coordinadora del programa de 3.881 pacientes.

7.3 TAMAÑO MUESTRA

La ESE Carmen Emilia Ospina cuenta con el programa de RCV al cual pertenecen 3.881 pacientes, información que está con punto de cohorte a octubre de 2018, Se tomaron los usuarios con diagnóstico médico de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus, solamente del área urbana de la ESE CEO Pertenecientes al Programa Riesgo Cardiovascular, afiliados a Medimás, Comparta y Comfamiliar, que la fecha de la última consulta con médico general fuera en el último trimestre (agosto, septiembre, octubre). Se depuro los pacientes fallecidos, desafiliados, inasistentes, pertenecientes al área rural y EPS con el cual no se tiene contrato vigente; los datos mencionados fueron brindados por la coordinadora del programa de RCV de la ESE Carmen Emilia Ospina. Consecuente a esto obtenemos el tamaño de la muestra mediante la calculadora on line "SurveyMonkey" (37), la cual arroja un total de 350 pacientes con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Se tienen interés en que la muestra sea lo más representativa posible, referente a las sedes de la ESE Carmen Emilia Ospina desarrollando por esta razón un muestreo estratificado. Obteniendo así los siguientes resultados:

$$K=350/3881=0.09018$$

Tabla 2. Muestreo estratificado por sedes

Centro de salud	Ni	N	N	ni
Canaima	792	3881	350	71
Eduardo Santos	513	3881	350	46
Granja	884	3881	350	80
IPC	754	3881	350	68
Palmas	790	3881	350	71
Siete de Agosto	148	3881	350	15

Fuente: Muestreo estratificado por sedes, elaboración propia.

7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión son las características que deben tener los posibles participantes para considerar su participación en un estudio.

Los criterios de inclusión son una parte importante del protocolo de un estudio. Si se definen correctamente, los criterios de inclusión aumentan la probabilidad de que el ensayo genere resultados fiables. (36)

Pacientes (hombres y mujeres) mayores de 18 años.

Personas que deseen participar en la investigación

Pacientes inscritos y que se encuentren activos al programa de riesgo cardiovascular de la ESE Carmen Emilia Ospina.

Diagnóstico confirmado de enfermedad cardiovascular (HTA, enfermedad coronaria, falla cardiaca).

Capacidad de leer y escribir de manera que permita el diligenciamiento del instrumento.

7.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personas que posean una limitación cognitiva

No deseo de ser partícipe del estudio

No contar tiempo disponible para poder realizar el estudio

7.6 INSTRUMENTOS

7.6.1 Instrumento de características sociodemográficas. Para conocer las características sociodemográficas de los participantes de la investigación se elaboró un instrumento con el cual se busca conocer las características sociodemográficas como lo son la edad, el género, donde residen, el nivel de estudio que tienen... También se añadieron los factores de riesgo cardiovascular y todo lo relacionado con los apoyos que recibe el paciente.

7.6.2 Lista de chequeo del estado de salud cardiovascular. Para evaluar el estado de salud cardiovascular se elaboró una lista de chequeo del estado de salud cardiovascular, los parámetros de esta fueron tomados de las guías de práctica clínica de diabetes, hipertensión, obesidad... entre otras las cuales están elaboradas por el ministerio de salud colombiano. También se utilizaron guías de la asociación latinoamericana de diabetes y la resolución 4003 de 2008.

La lista de chequeo se validó mediante la aprobación de 4 expertos, profesionales en ciencias de la salud con especialización y maestría, con experiencia en el área clínica y comunitaria afín al tema del presente trabajo de investigación, quienes realizaron revisiones y sugerencias que fueron tenidas en cuenta para la conformación final de la encuesta; la cual se diligenció con los datos contenidos en la historia clínica de cada uno de los participantes del estudio por medio de revisión en el sistema Dinamica.net que maneja la ESE. CEO.

La interpretación de los estados de salud en los pacientes será de la siguiente manera:

Estado de salud óptimo: pacientes que obtuvieron una puntuación total entre 39-31 (100%-80%)

Estado de salud aceptable: pacientes que obtuvieron una puntuación total entre 30-23 (79%-60%)

Estado de salud deficiente: pacientes que obtuvieron una puntuación total <23 (<60%)

7.6.3 Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular. Con el fin de obtener información, se utilizará el “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” diseñado por Andrade, el cual consta de 38 ítems, dirigidos a determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Diseñado bajo el modelo de autoeficacia, cuenta con validez de constructo y confiabilidad. Dicho cuestionario se divide en 6 dimensiones:

La Primera dimensión se titula: Expectativas de resultado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

La segunda dimensión: Expectativas de autoeficacia en el tratamiento farmacológico y seguimiento.

La tercera dimensión: Expectativas de autoeficacia con el ejercicio físico y necesidad de apoyo.

La cuarta dimensión: Expectativas de autoeficacia con la alimentación y permanencia en el tratamiento.

La quinta dimensión: Percepción del riesgo.

La sexta dimensión: Expectativas de autoeficacia para el manejo del estrés.

Las opciones de respuesta son totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo, entregando una puntuación de 1, 2, 3 y 4 según el ítem. Los ítems permiten identificar la percepción de los pacientes con respecto a los resultados. Se tienen ítems que se responden con nunca o con siempre, entregando una puntuación de 1 o 4 según corresponda.

Por medio del instrumento cada usuario obtendrá un puntaje el cual lo clasificará de la siguiente manera:

152-137; el paciente se encuentra en ventaja de adherencia al tratamiento o presenta comportamientos que indican que su adherencia es buena o realiza un número importante de acciones que indican que reconoce la importancia de la ejecución de las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas. (90-100%)
136-106; el paciente se encuentra en una adherencia aceptable al tratamiento o de no realizar o desarrollar acciones para seguir su tratamiento tanto en lo farmacológico como en lo No farmacológico. (89-70%)

105 o menos; el paciente tiene comportamientos de No Adherencia al tratamiento, presenta un índice bajo de comportamientos que indican que no sigue las instrucciones farmacológicas y no farmacológicas. (Menor de 69 %)Al final se podrá identificar el estado de salud que presentan los inscritos al programa de RCV de la E.S.E. C.E.O con respecto a la percepción de adherencia que tienen dichos pacientes. Lo anterior se realizará utilizando la lista de chequeo validada por 3 expertos y relacionándola con los resultados del instrumento.

Al final se identificará el estado de salud que presentan los inscritos al programa de RCV de la E.S.E. C.E.O con respecto a la percepción de adherencia que tienen dichos pacientes. Lo anterior se realizará utilizando la lista de chequeo validada por 3 expertos y relacionándola con los resultados del instrumento.

7.7 VARIABLES

Una variable, es una característica que se encuentra sujeta a cambios, existen dos tipos de variables, la variable independiente, cuyo valor influye en las otras variables. La variable dependiente que se encuentra sujeta a los valores de otras variables. En este caso, la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico es considerada la variable independiente y el estado de salud la dependiente ya que sus resultados se encuentran sujetos a los niveles de adherencia de cada persona.

7.8 MÉTODOS, TÉCNICAS Y RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para recolectar la información correspondiente para el cumplimiento de los objetivos del presente estudio se llevarán a cabo los pasos descritos a continuación:

Solicitud al autor del “cuestionario para medir adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” para ser utilizado en pacientes pertenecientes al programa de riesgo cardiovascular de la ESE Carmen Emilia Ospina.

Construcción de una lista de chequeo que evalúe el estado de salud cardiovascular se realizó utilizando la resolución 4003 de 2008, un estudio sobre la relación entre el estado de salud y un artículo sobre Relación entre estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardíaca (7).

Presentación del proyecto al comité técnico - científico de la ESE Carmen Emilia Ospina, donde se llevará a cabo la investigación.

Presentación del proyecto aprobado por el comité técnico científico a médicos y enfermeros que laboran en la ESE CEO.

Adquisición de la base de datos de los pacientes que asisten al control de riesgo cardiovascular en la ESE Carmen Emilia Ospina.

Obtener la muestra calculada mediante la aleatorización de los datos por medio del programa Stata: Software for Statistics and Data Science.

Construcción de un consentimiento informado, con el cual los usuarios autorizan su participación en el desarrollo del estudio.

Contactar a los usuarios, con el fin de fijar fecha y hora para realizar visita domiciliaria para el diligenciamiento del consentimiento informado, el cuestionario para medir adherencia, lista de chequeo de estado de salud cardiovascular y lista de chequeo de variables sociodemográficas.

Realizar prueba piloto con el 10% de la muestra obtenida, elegido por medio de muestreo estratificado, de manera aleatoria y equitativa en las seis sedes del área urbana de la ESE Carmen Emilia Ospina.

Analizar y evaluar la prueba piloto realizada.

Realizar los debidos ajustes a los métodos y/o técnicas planeados, si es necesario.

Aplicar cuestionario para medir adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular y las listas de chequeo ya mencionadas.

Evaluar los datos recogidos, de acuerdo con los criterios dados por Andrade, autor del cuestionario aplicado.

Evaluar la lista de chequeo que evalúa el estado de salud cardiovascular de los pacientes y la lista de variables sociodemográficas.

Relacionar los niveles de adherencia con el estado de salud de los pacientes.

7.9 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN INFORMACIÓN

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación se realizó la solicitud formal a la ESE Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva de la base de datos del 2018 de los usuarios pertenecientes al programa de riesgo cardiovascular que esta institución desarrolla; a la cual se le aplica los criterios de inclusión y exclusión tomando de esta manera solo los usuarios del área urbana, activos en el programa de riesgo cardiovascular, que llevaran como mínimo seis meses en programa, sin alteraciones cognitivo sensoriales, con diagnóstico médico de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus, con historia clínica en Dinámica.net, afiliados a Medimás, Comparta y Comfamiliar, que la fecha de la última consulta con médico general fuera en el último trimestre (Enero, febrero, marzo del 2018) y que de manera voluntaria desearan participar en el estudio. Así como también se depuro los pacientes fallecidos, desafiliados, duplicados, inasistentes, historias clínicas manuales, y afiliados a EPS sin contrato vigente en el año 2018 con la ESE. Carmen Emilia Ospina.

La ESE. CEO envió vía correo electrónico y magnético la base de datos en el programa Excel con un total de 3881 usuarios inscritos pertenecientes al programa de riesgo cardiovascular en sus seis sedes que cumplían los requerimientos del estudio; Al hacer la revisión de la base de datos, aplicar los filtros y depurar teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión; de estos usuarios se seleccionaron de manera aleatoria y representativa por cada sede de la ESE CEO por medio del programa Stata 4.0 los 350 usuarios que conformaron la muestra del estudio lo cual se presenta en la siguiente tabla. Después de efectuado este proceso se inició la fase de contacto con los usuarios por vía telefónica y en los casos que no era posible por esta vía se realizaron visitas domiciliarias para realizar contacto e informar sobre la finalidad de la investigación. Se acordó realizar una visita domiciliaria con los usuarios que estuvieron de acuerdo en participar de la investigación, donde se les explicó en qué consistía cada instrumento y lista de chequeo que se les pediría que diligenciaran y se informó sobre la necesidad de la firma del consentimiento informado, posterior a esto se procedió a la aplicación del instrumento y la lista de chequeo, iniciando en primer lugar por la lista de chequeo de variables sociodemográficas, en segundo lugar el

instrumento titulado cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular de Andrade Méndez B y Céspedes Cuevas, y en tercer lugar el grupo de investigadores diligencio la lista de chequeo de estado de salud cardiovascular con base en la historia clínica del usuario en el programa Dinámica.net, que maneja la ESE CEO.

Luego de tener la aprobación del comité técnico de la E.S.E. C.E.O, Se realizó una prueba piloto con el 10% equivalente al total de la muestra con el objetivo de determinar cuánto tiempo tardaría aplicar cada instrumento a los usuarios y otras posibles situaciones posterior a la aplicación y análisis de la prueba piloto se inició la búsqueda de los usuarios elegidos aleatoriamente de la muestra total del presente estudio; se utilizaron varias estrategias dependiendo de las diferentes situaciones y necesidades encontradas durante la recolección de la información, por seguridad, eficacia o por la desactualización continua de los datos de la E.S.E C.E.O. ya que muchos de los usuarios a visitar tuvieron que ser cambiados pues no se pudo encontrar por ningún medio a muchos de ellos. Se distribuyó equitativamente la responsabilidad de la recolección de la información, donde cada uno según sus medios y disposición de tiempo la recolectó; y para evitar inconvenientes ya sea de seguridad o difícil acceso el grupo de investigadores se reunió antes de ingresar al lugar a visitar. En muchas ocasiones se llamó y confirmó la visita con los usuarios y en otros momentos se buscó a los usuarios con las direcciones de las viviendas la cual fue facilitada por la E.S.E CEO.

7.10 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Antes de dar inicio a la recolección de la información, se creó una base de datos en el programa hojas de Excel en Google Drive, donde se fue almacenando los datos obtenidos a través de los instrumentos y listas de chequeo a diario de cada participante. Al momento de finalizar la recolección, se obtuvo un documento en Excel en el cual se encontraban en hojas diferentes cada lista de chequeo e instrumento con los resultados de cada uno de ellos. Posterior a esto por sugerencia de la unidad de bioestadística de la facultad de salud de la universidad Surcolombiana se realizaron modificaciones estructurales a la base de datos que no alteraron los datos en ella con el objetivo de al programar en el programa Stata no arrojará casillas vacías o con títulos que no eran necesarios, la modificación que se le realizó a la base de datos fue crear un archivo único en una sola hoja de Excel en el cual fuera posible organizar en filas cada uno de los instrumentos y listas de chequeo y que sobre las filas quedara cada participante, además, se le asignó a cada pregunta del Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular de Andrade Méndez B y Céspedes Cuevas” una letra y un número quedando las preguntas de este instrumento identificadas con la letra A mayúscula y el número 1 si era la primera del

instrumento y A2 si era la segunda y así consecutivamente hasta la pregunta 38 con el objetivo de poder programar de una manera menos dispendiosa los datos en Stata. Las demás listas de chequeo no fue necesario hacer este procedimiento de asignar códigos a los ítems. Posterior a esto se introdujo la información en el programa Stata el cual en algunos caso arrojó error a causa de que los investigadores usaban términos como ninguna o ninguno entonces se procedió a modificarlos a ninguna en todos los casos que fuera necesario con el objetivo de tener unificados los datos los investigadores aclaramos que se usó el término ninguna o ninguno en casos como apoyo familiar y de ninguna forma esta modificación afectó los resultados, también se corrigió dobles espacios, uso de mayúsculas o minúsculas unificando a todos los datos en mayúscula y sin espacio, posterior a esto el programa Stata en su versión número 14, arrojó los resultados los cuales se analizaron con detenimiento para evitar posibles errores de programación en compañía del asesor de la unidad de bioestadística y cuando se comprobó que no había error en los resultados arrojados se procedió a exportar la información por medio de block de notas y programa Excel para su posterior interpretación y análisis de los resultados teniendo presentes los objetivos de la investigación.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio toma como base para fundamentar las consideraciones éticas de su desarrollo la resolución 8430 de 1993 del ministerio de Salud, por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en el territorio colombiano. Este estudio según la resolución mencionada con anterioridad se clasifica de riesgo mínimo debido a que es un estudio descriptivo correlacional transversal en el cual se diligenciará Lista de chequeo del estado de salud cardiovascular y cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular.

El resultado obtenido de los instrumentos mencionados con anterioridad traducidos a información será manipulado exclusivamente por los investigadores, estando siempre dispuestos a brindar la información requerida a los participantes del estudio cuando lo soliciten por escrito, en tal caso que la información recolectada evidencie algún parámetro que represente una amenaza para la salud del participante este será informado oportunamente y se remitirá o informará al servicio de salud.

De igual manera en la presente investigación se tendrán en cuenta la declaración de Helsinki como lo son el consentimiento informado, pues la persona investigada tiene todo el derecho a conocer el objetivo de la presente investigación y tiene la autonomía de decidir si está de acuerdo con los lineamientos de la investigación; también se procurará mantener la integridad de la persona investigada, puesto que se estará seguro que el objetivo del estudio es mayor a algún riesgo existente; por otro lado, las personas investigadas no tendrán que incurrir en algún tipo aporte económico, puesto que el presupuesto estará evaluado y considerado para una investigación provechosa.

En la presente investigación se tendrán en cuenta los principios consignados en la ley 911 de 2013, el código deontológico de Enfermería y la ley 266 del 1996, de los principios específicos de la profesión de enfermería, como lo son, el principio de beneficencia, no Maleficencia, autonomía, integralidad, individualidad, dialogicidad y continuidad. El aporte de esta investigación a la Universidad Surcolombiana está dirigido a favorecer los procesos de aprendizaje acerca de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico relacionado con los parámetros fisiológicos contribuyendo en el aumento de las investigaciones para alcanzar la acreditación del programa de enfermería e institucional; asimismo, incentivará a los estudiantes a realizar investigaciones relacionadas con el ámbito alteraciones en salud de origen cardiovascular , pues es un fenómeno de estudio de alta incidencia y prevalencia, favoreciendo la capacidad argumentativa en estos

temas y convirtiendo a los enfermeros en formación en potenciales ponentes y referentes para la publicaciones de artículos de talla nacional e internacional. Gracias a esta investigación, la ESE Carmen Emilia Ospina , podrá reforzar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el programa de riesgo cardiovascular; Los enfermeros en formación se beneficiarán con esta investigación, pues es requisito obligatorio para graduarse; además, afinarán sus capacidades en la búsqueda bibliográfica, redacción científica, estadística y metodología investigativa, fortaleciendo del conocimiento en el área de patologías cardiovasculares como eventos de interés en salud y brindado los servicios y apoyo necesario para mitigar el impacto de estos.

En esta investigación primará la integridad tanto física como psicológica de las personas que participaran, En el caso de que se vulnere la susceptibilidad física o psicológica de las personas participantes la investigación será suspendida, tal como se dicta en la guía de buenas prácticas clínicas.

9. RESULTADOS

Los resultados se presentan a continuación según el orden de los objetivos específicos, los cuales fueron cumplidos a cabalidad y se organizan en cuatro grupos de análisis, el primer grupo de resultados corresponde a la Identificación de los factores de riesgo cardiovascular de la población los cuales se obtuvieron por medio del “ Instrumento de características sociodemográficas” el segundo grupo de resultados corresponde a la Determinación del nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico por medio de “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular de Andrade Méndez B y Céspedes Cuevas” el cual se divide en 6 dimensiones (La Primera dimensión se titula : Expectativas de resultado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico. La segunda dimensión: Expectativas de autoeficacia en el tratamiento farmacológico y seguimiento. La tercera dimensión: Expectativas de autoeficacia con el ejercicio físico y necesidad de apoyo. La cuarta dimensión: Expectativas de autoeficacia con la alimentación y permanencia en el tratamiento. La quinta dimensión: Percepción del riesgo y La sexta dimensión: Expectativas de autoeficacia para el manejo del estrés.). El tercer grupo de análisis corresponde a los datos obtenidos de la Clasificación del estado de salud cardiovascular por medio de la “Lista de chequeo del estado de salud cardiovascular.

Y el cuarto grupo de análisis corresponde a la correlación entre el nivel de adherencia al tratamiento con el estado de salud cardiovascular. Con base en lo expuesto con anterioridad se iniciará la descripción de los resultados que se obtuvieron.

9.1 IDENTIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA POBLACIÓN PERTENECIENTE AL PROGRAMA DE RCV DE LA ESE. CEO.

La investigación se realizó con los pacientes que se encuentran en el programa de riesgo cardiovascular de la ESE Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva, la cual cuenta con seis sedes, de las cuales los pacientes se distribuyeron de la siguiente manera; el 4,28% sede Siete de agosto, Canaima 20%, 14,57% Eduardo Santos, 28% Granjas, 15,42% IPC y de Las Palmas el 17,71%. Para un total de 350 pacientes, de los cuales el 88,28% padecen de HTA y un 20% de DM.

Tabla 3. Características sociodemográficas

ITEM		CANT	%
SEXO	FEMENINO	249	71,14%
	MASCULINO	101	28,86%
EDAD	18 - 29	2	0,57%
	30 - 65	194	55,43%
	≥ 66	154	44,00%
ESTADO CIVIL	CASADO	116	33,14%
	SEPARADO	29	8,29%
	VIUDO	65	18,57%
	SOLTERO	67	19,14%
	UNIÓN LIBRE	73	20,86%
COMUNA	1	4	1,14%
	2	19	5,43%
	3	18	5,14%
	4	29	8,29%
	5	48	13,71%
	6	71	20,29%
	7	29	8,29%
	8	34	9,71%
	9	46	13,14%
	10	52	14,86%
ESTRATO	1	219	62,57%
	2	130	37,14%
	3	1	0,29%
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	258	73,71%
	SECUNDARIA	60	17,14%
	TÉCNICO	7	2,00%
	UNIVERSIDAD	2	0,57%
	SIN ESCOLARIDAD	23	6,57%
OCUPACIÓN	EMPLEADO	2	0,57%
	INDEPENDIENTE	112	32,00%
	PENSIONADO	1	0,29%
	HOGAR	187	53,43%
	NINGUNA	48	13,71%
# PERSONAS A CARGO	0	203	58,00%
	1	88	25,14%
	2	45	12,86%
	> 2	14	4,00%
EAPB	COMFAMILIAR	179	51,14%
	COMPARTA	59	16,86%
	MEDIMAS	112	32,00%

Fuente:Elaboración propia.

Respecto a la ubicación y distribución geográfica de los usuarios participantes de la investigación el mayor número reside en la comuna 6 de la ciudad de Neiva, representando el 20,29% de la muestra seguida por la comuna 10 con el 14.86 % la comuna 5 y 9 con 13% cada una y el restante número de usuarios distribuidos en menor porcentaje en las otras seis comunas que conforman el área urbana de la ciudad de Neiva.

Teniendo en cuenta el nivel de adherencia según las comunas, se observó mejor adherencia en los habitantes de la comuna 8 con un 88,24% y los menos adheridos los usuarios de la comuna 4 con el 51,72%. Se observa también que el 99.71% de los usuarios participantes del estudio pertenecen a estratos socioeconómicos 1 y 2 del Sisbén predominando el estrato 1 con el 62.57% y solo el 0.29% pertenece a estratos 3. los niveles de escolaridad que se encontraron en la población fueron de entre primaria completa e inconclusa 73.71% secundaria 17.14% estudios técnicos y universitarios solo el 2.57% y sin escolaridad el 6.57%. Las edades que predominaron en el estudio fueron de 30 a 65 años con el 55.43% seguidas de las edades mayores a 65 años con el 44% y por último el grupo de edad menor de 35 años con el 0.57%.

En lo referente al género se encontró que el género femenino representa el 71.14% de los

individuos de la muestra y el masculino el 28.86% encontrándose que de las participantes de género femenino el 48% se encontraban en su proceso de menopausia, y el 52% restante ya la había presentado o aun no la había presentado. Es de resaltar que del total de mujeres sólo el 14,86% no era adherente al tratamiento, las demás se encontraron en ventaja de adherencia o adheridas. Comparado con el género masculino que fueron el 28,86%, se observa mayor número de adherencia (71,29%), pero pocos en ventaja de adherencia (10,89%) y no adheridos el 17,82% dato mayor que las mujeres.

Se encontró también 33,14% de la población era casada, estado civil que predominó en los participantes del estudio, seguido del 19.14% que correspondió a las personas solteras, por consiguiente, el restante 47.72% correspondió a personas viudas, en unión libre y separado. observando de estos últimos que presentaron mejores niveles de adherencia, pues no hubo alguno no adherido y observando que el grupo que vive en unión libre presentan menor adherencia con el 28,77%. Se encontró que el 58% no tienen personas a cargo, y el 42% restante tienen a cargo a una o más personas por las que responden económicamente y se encargan de su cuidado.

Se observa que la empresa administradora de planes de beneficios (EAPB) Comfamiliar cubre al 51,14% de la población encuestada, Comparta el 16,85% y el 32% Medimás. De las cuales la que afilia a las personas más adheridas es Comparta, seguida de Comfamiliar y Medimás.

Tabla 4. Asistencia a controles y apoyo

ITEM		CANT	%
ASISTE A CONTROLES	MENSUAL	36	10,29%
	BIMESTRAL	2	0,57%
	TRIMESTRAL	303	86,57%
	SEMESTRAL	9	2,57%
LIMITACIÓN ASISTENCIA A CONTROLES	ACOMPAÑANTE	2	0,57%
	DINERO	22	6,29%
	DINERO, DISTANCIA	4	1,14%
	DINERO, DISTANCIA, TIEMPO	12	3,43%
	DINERO, TIEMPO	31	8,86%
	DISCAPACIDAD	1	0,29%
	DISTANCIA	7	2,00%
	DISTANCIA, TIEMPO	2	0,57%
	DOLOR	1	0,29%
	ENFERMEDADES	4	1,14%
	OLVIDO	1	0,29%
	PEREZA	1	0,29%
	TIEMPO	25	7,14%
	TIEMPO, ENFERMEDADES	1	0,29%
	TRABAJO	2	0,57%
	NINGUNA	234	66,86%
	APOYO	ECONÓMICO	24
FAMILIAR		91	26,00%
FAMILIAR.ECONÓMICO		25	7,14%
FAMILIAR, PSICOLÓGICO		1	0,29%
FAMILIAR, SOCIAL, ECONÓMICO		1	0,29%
RELIGIOSO		11	3,14%
SOCIAL		11	3,14%
SOCIAL, ECONÓMICO		2	0,57%
NINGUNO		184	52,57%

Fuente: Elaboración propia

Gran parte de la población del programa (86,57%), manifestaron que asisten a sus controles cada tres meses, las personas que manifestaron asistir mensualmente corresponden al 10,29% de los pacientes, cada seis meses 2.57% y tan sólo el 0.57% asisten de manera bimestral. A dichos controles, el 33,14% manifiestan no asisten ya sea por falta de acompañante, dinero, discapacidad, distancia, enfermedad, olvido, pereza, tiempo y/o trabajo. El otro 66,85% no tiene limitación para asistir a ellos.

Se Indago acerca del recibimiento de algún tipo de apoyo, 6,85% manifestó que reciben apoyo económico, la mayoría de parte del estado o de algún familiar. Al 26% de la población manifestó recibir apoyo de un familiar, el 3,14% manifestó que se apoyan de la religión a la que pertenecen y el mismo número de personas manifestó recibir algún tipo de apoyo social, el 8,28% manifestaron recibir más de un apoyo y el 52,57% manifestó que no reciben ninguno apoyo.

Tabla 5. Ayuda para seguir tratamiento y de quien la recibe

ITEM		CANT	%	
AYUDA SEGUIR TTO	SI	HERMANOS	3	2,61%
		HIJOS	57	49,57%
		NIETOS	1	0,87%
		PAREJA	43	37,39%
		PAREJA E HIJOS	9	7,83%
		VECINOS	2	1,74%
	NO	235	67,14%	

Fuente: Elaboración propia.

Para seguir el tratamiento, el 32,85% de los pacientes necesitan que alguna persona les colabore, ya sea tratamiento farmacológico o no. De este número de personas, el 31,14% reciben apoyo de la familia, 1,14% de la familia externa y el 0,57% de un vecino. Sin embargo, se observa que las personas que no necesitan de algún apoyo son más adheridas a los tratamientos.

Tabla 6. Factores de riesgos cardiovasculares de la población

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES							
MODIFICABLES				NO MODIFICABLES			
	SI	NO	SD		SI	NO	NO APLICA
SOBREPESO	291	59	0	ECV PREVIA	70	280	0
	83,14%	16,86%	0		20,00%	80,00%	0
TABAQUISMO	9	341	0	ANTECEDENTES ECV	188	162	0
	2,57%	97,43%	0		53,71%	46,29%	0
SEDENTARISMO	261	82	0	MENOPAUSIA	169	80	101
	76,09%	23,91%	0		48,29%	22,86%	28,86%
CONSUMO GRASAS	207	143	0	>65 AÑOS	164	186	0
	59,14%	40,86%	0		46,86%	53,14%	0
CONSUMO CARBOHIDRATOS	271	79	0	RAZA NEGRA	21	329	0
	77,43%	22,57%	0		6,00%	94,00%	0
CONSUMO SAL > 1 GR.	224	126	0				
	64,00%	36,00%	0				
CONSUMO ALCOHOL	26	324	0				
	7,43%	92,57%	0				
SITUACIONES ESTRESANTES	266	84	0				
	76,00%	24,00%	0				
HTA	309	41	0				
	88,29%	11,71%	0				
DM	70	280	0				
	20,00%	80,00%	0				
DISLIPIDEMIA	151	198	1				
	43,14%	56,57%	0,29%				

Fuente: Elaboración propia.

En lo referente a los factores de riesgo cardiovascular, se determinó entre los participantes del estudio, que el 83,14% tenía sobrepeso y sólo el 16,85% se encontraba con su IMC dentro de los rangos normales. El 76,57% no realizan ningún tipo de actividad física y el 23,43% afirman hacerlo. Apenas un 2,57% fuman y un 7,43% beben alcohol. A pesar de estos resultados, las personas que

no son sedentarias fuman y consumen alcohol son más adherentes que las que no lo hacen. Un gran número de personas exceden en el consumo de grasas y carbohidratos, y más de dos gramos de sal al día, 59,14%, 77,43% y el 64% respectivamente.

Las personas que manejan situaciones de estrés ocupan un 76% de la población total encuestada de los que el 14% no son adherentes al tratamiento. El otro 24% de la población total, no maneja situaciones estresantes. de éstos únicamente el 7,14% no son adherentes.

43,14% de los pacientes se encontraron con niveles elevados de lípidos. El 20% ha sufrido de alguna enfermedad del sistema cardiovascular y 53,71% han tenido o tienen algún familiar con enfermedad del sistema cardiovascular.

De las personas encuestadas el 46,85% eran mayores de 65 años, los que son más adherentes a su tratamiento que los menores. Sólo el 6% tienen como factor de riesgo la raza (afrodescendiente y/o asiática) quienes, en su totalidad, mantienen buenos niveles de adherencia.

9.2 DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LOS USUARIOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

El instrumento “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” diseñado por Andrade, fue aplicado a 350 usuarios de la ESE Carmen Emilia Ospina perteneciente al programa de control de riesgo cardiovascular, encontrando lo siguiente:

Tabla 7. Distribución porcentual de pacientes según resultado total del instrumento

RESULTADO GENERAL	Fr.	%
Ventaja de adherencia.	52	14.86
Adherencia aceptable.	243	69.43
No adherente.	55	15.71

Fuente: Elaboración propia.

Se determinó que el 84% de los usuarios se encuentran adheridos al tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo cual es un dato importante debido a que más del 67% de los usuarios manifestaron no tener apoyo para seguir su tratamiento, además que el 73% solo estudió hasta primaria, el 99% pertenece a estratos 1 y 2 del SISBEN lo cual indica que son usuarios con condiciones de vida muy limitadas en lo referente a recursos económicos para llevar una alimentación adecuada y disponer del tiempo necesario para descanso y actividad física es por eso que este porcentaje es alentador. Aunque no deja de ser preocupante el 15.7% de usuarios que no son adherentes al tratamiento lo cual podría representar un incremento en el riesgo de morbimortalidad para ellos, pero lo realmente preocupante es que al extrapolar este porcentaje a la población general de la cual se sacó la muestra aplicándose los criterios de inclusión y exclusión podría representar que no son adherentes solo en este grupo 582 usuarios que junto con los factores de riesgo como escasos recursos económicos, nivel educativo bajo, no tener apoyo para seguir el tratamiento podrían presentar mayores complicaciones de salud.

9.2.1 Primera dimensión: expectativas de resultado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico

Tabla 8. Distribución porcentual de pacientes de la primera dimensión

Expectativas de resultado en el Tratamiento farmacológico y no farmacológico	Totalmente en Desacuerdo.	%	En desacuerdo	%	De acuerdo	%	Totalmente de acuerdo	%
1. Pienso que si tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica me sentiré mejor.	0	0	17	4.86	209	59.71	124	35.43
2. Creo que las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación son importantes para el control de mi enfermedad.	0	0	10	2.86	225	64.29	115	32.86
3. Pienso que el ejercicio físico indicado por el personal de salud es necesario para controlar mi enfermedad.	1	0.29	15	4.29	235	67.14	99	28.29
4. Si yo tomo los medicamentos indicados, voy a disminuir mis probabilidades de tener un ataque cardíaco.	0	0	13	3.71	228	65.14	109	31.14
5. Si yo realizo ejercicio físico controlare mi peso.	0	0	15	4.29	235	67.14	100	28.57
6. Si yo manejo apropiadamente las situaciones estresantes, controlare la tensión arterial.	0	0	21	6	233	66.57	96	27.43
7. Si consumo alimentos bajos en sal y grasa, disminuirá la probabilidad de alteraciones cardiovasculares.	0	0	6	1.71	248	70.86	96	27.43
8. Si realizo ejercicio físico me sentiré más activo.	0	0	18	5.14	237	67.71	95	27.14
Fuente: Fuente: Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” diseñado por Andrade y Cuevas y datos propios de la investigación.								

Tabla 9. Distribución porcentual de pacientes según resultado total

ANÁLISIS DIMENSIÓN EXPECTATIVAS DE RESULTADO EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO.	n.	%
Ventaja de adherencia.	104.23	29.78
Adherencia aceptable.	231.24	66.07
No adherente.	14.45	4.13

Fuente: Elaboración propia.

La primera dimensión titulada expectativas de resultado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico arrojó que el 95.8% de los usuarios participantes del estudio se encuentran entre adherencia aceptable y ventaja de adherencia, lo cual en esta dimensión es relevante debido a que tiene relación con la forma como piensan sobre el tratamiento que están recibiendo, sobre la prescripción del ejercicio y la alimentación, pero algo que más llama la atención es que más de la mitad de los participantes se encuentran con un grado de adherencia aceptable en esta dimensión, podría ser una de las causas que en la mayoría de los participantes existen algunas patologías crónicas que causan que prefiera no realizar ejercicio físico o en otros casos no disponen de tiempo debido a sus largas jornadas de trabajo que tienen para conseguir recursos económicos, porque hay que recordar que el 99% pertenece a estratos 1 y 2 junto a que su nivel de escolaridad es muy bajo, otra de las posibles razones para no llegar al nivel de ventaja de adherencia es que les parece que deben cumplir con muchas recomendaciones y los usuarios terminan por llevar a la práctica las que consideran las más importantes, como quedó anotado en los diarios de campo de las múltiples opiniones que mencionan los usuarios respecto a su tratamiento.

Por otro lado no se debe dejar de mencionar el 4.13% de usuarios que no son adherentes a su tratamiento porque en ellos confluyen posiblemente la mayoría de los limitantes para cumplir con el tratamiento ya sean limitantes de carácter económico, educativo, de creencias, de forma de pensar, de apoyo familiar u otros, razón por la cual este porcentaje es un indicador del porqué un tratamiento debe de ser holístico y la importancia de la aplicación de las teorías de enfermería en los diferentes niveles de atención.

9.2.2 Segunda dimensión: expectativas de autoeficacia en el tratamiento farmacológico y seguimiento.

Tabla 10. Distribución porcentual de pacientes de la segunda dimensión expectativa de autoeficacia en el tratamiento. Farmacológico y seguimiento

Expectativas de autoeficacia en el tratamiento farmacológico y seguimiento	n	%	Pocas Veces	%	Casi Siempre	%	Siempre	%
9. Puedo tomar mis medicamentos en el horario establecido.	3	0.86	31	8.86	170	48.57	146	41.71
10. Soy capaz de asistir a los controles programados por el personal de salud	1	0.29	38	10.86	119	34	192	54.86
11. Soy capaz de realizarme los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican	2	0.57	21	6	113	32.29	214	61.14
12. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestra un empeoramiento en mi estado de salud, como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas.	5	1.43	35	10	178	50.86	132	37.71
13. Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud.	5	1.43	44	12.57	105	30	196	56
14. Durante el tratamiento, dejo de tomar algunos medicamentos si me siento bien.	6	1.71	44	12.57	88	25.14	212	60.57
15. Si en poco tiempo NO presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos.	5	1.43	42	12	76	21.71	227	64.86

Fuente: Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” diseñado por Andrade y Cuevas y datos propios de la investigación.

Tabla 11. Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión expectativa de autoeficacia en el tratamiento

ANÁLISIS DIMENSIÓN EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SEGUIMIENTO	n.	%
Ventaja de adherencia.	188.4	53.83
Adherencia aceptable.	121.2	34.65
No adherente.	40.2	11.5

Fuente: Elaboración propia.

Por medio de los datos que arrojó esta dimensión se hace más evidente como el 47% de los usuarios participantes del estudio no tienen un compromiso completo con el mejoramiento de su salud, esta dimensión mide la capacidad del usuario para tomar sus medicamentos según se le prescribe, de asistir a los controles, de estar atento a signos de alteración en su salud, de no suspender sus medicamentos, de ser constante con su tratamiento, claro está en los diarios de campo se encuentra consignada información relevante que influye en esta dimensión, como por ejemplo usuarios que fueron cambiados de una sede cercana a una más lejana, por lo cual tienen dificultades para llegar a sus controles de riesgo cardiovascular por falta de recursos para transporte o bien por que por alguna alteración de salud no pueden desplazarse, o porque los tiempos en los servicios de urgencias son muy prolongados y prefieren automedicarse o asistir a las farmacias a que les formulen como dicen ellos, pero esto no es en el 47% de los casos por lo tanto esta dimensión deja entrever que aún queda bastante trabajo por hacer más que con unos usuarios que con otros en pro de concientizar de que para tener un mejor estado de salud el compromiso es con ellos mismos.

9.2.3 Tercera dimensión: expectativas de autoeficacia con el ejercicio físico y necesidad de apoyo.

Tabla 12. Distribución porcentual de pacientes de la tercera dimensión

EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA CON EL EJERCICIO FÍSICO Y NECESIDAD DE APOYO.	NUN CA	%	POC AS VEC ES	%	C A S I S I E M P R E	%	S I E M P R E	%
16. A pesar de mi trabajo y oficios dedicaré tiempo para realizar ejercicio físico.	19	5.43	155	44.29	147	42	29	8.29
17. Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.	3	0.86	83	23.71	100	28.57	164	46.86
18. Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud.	1	0.29	90	25.71	107	30.57	152	43.43
19. Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud.	1	0.29	110	31.43	93	26.57	146	41.71
20. Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud	10	2.86	118	33.71	123	35.14	99	28.29
21. Si en poco tiempo NO presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico.	4	1.14	99	28.29	115	32.86	132	37.71

Fuente: Fuente: Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” diseñado por Andrade y Cuevas y datos propios de la investigación.

Tabla 13. Distribución porcentual de pacientes según resultado total

ANÁLISIS DIMENSIÓN EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA CON EL EJERCICIO FÍSICO Y NECESIDAD DE APOYO.	n.	%
Ventaja de adherencia.	120.3	34.38
Adherencia aceptable.	114.16	32.61
No adherente.	115.49	33

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados que se presentan reflejan un conjunto de problemáticas que aquejan a la población Colombiana y a la latinoamericana por ejemplo al revisar lo referente a actividad física se encuentra que según datos de la OMS y el ministerio de salud de Colombia en el tiempo libre solo el 5.9% de adultos entre 18 y 64 años practican alguna actividad física, se debe de tener en cuenta que esto es un factor protector debido a que “la actividad física disminuye en un 30% las complicaciones cardiovasculares de la enfermedad coronaria, el 27% de los casos de diabetes tipo 2 y el 25% de los cánceres de seno y colon”, según datos del ministerio de salud por medio del boletín técnico número 5 actividad física en Colombia (37) . En lo referente al consumo de fármacos se ha encontrado que a mayor edad, menor nivel educativo, mayor número de fármacos a consumir los usuarios tienden a tener conductas de riesgo a la hora de consumir los medicamentos ya sea olvidándose, suspendiéndolos o tomándolos a deshoras(38) así como también lo referente a la alimentación adecuada sea uno de los grandes obstáculos para conseguir un estado de salud óptimo debido a que los países de América latina incluido el nuestro tienen la problemática que casi la mitad de su población tiene sobrepeso eso es un total de 350 millones de personas con sobrepeso y lidiando con las consecuencias que esto trae,(39) es por eso que los resultados obtenidos en esta dimensión son un reflejo de lo que está pasando en la población en general del país y de América latina y deja entrever que el trabajo que queda por hacer es arduo debido a que el 65 % de los usuarios de la muestra que a su vez es representativa de la población no están en un estado de ventaja de adherencia que es una de las metas a las que se le debería apuntar y de estos el 33% se encuentra en un estado no adherente lo cual significa que no realizan actividad física, que no se alimentan adecuadamente, que no consumen sus medicamentos según la formulación del personal de salud lo cual incrementa los riesgos de presentar serias complicación de salud y deterioro de la calidad de vida.

9.2.4 Cuarta dimensión: expectativas de autoeficacia con la alimentación y permanencia en el tratamiento.

Tabla 14. Distribución porcentual de pacientes de la cuarta dimensión

Expectativas de autoeficacia con la alimentación y permanencia en el tratamiento.	Nunca	%	Pocas Veces	%	Casi siempre	%	Siempre	%
22. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos)	0	0	53	15.14	219	62.57	78	22.29
23. Puedo evitar en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares.	2	0.57	74	21.14	223	63.71	51	14.57
24. Soy capaz de consumir alimentos bajos en sal	2	0.57	22	6.29	241	68.86	85	24.29
25. Soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud.	0	0	19	5.43	243	69.43	88	25.14
26. Cumplo con el tratamiento de mi enfermedad, aunque me parezca complicado.	1	0.29	20	5.71	242	69.14	87	24.86
27. Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo	0	0	21	6	228	65.14	101	28.86
28. Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud.	0	0	44	12.57	234	66.86	72	20.57
29. Por alguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud.	7	2	86	24.57	197	56.29	60	17.14

Fuente: Fuente: Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” diseñado por Andrade y Cuevas y datos propios de la investigación.

Tabla 15. Distribución porcentual de pacientes según resultado total

ANÁLISIS DIMENSIÓN EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA CON LA ALIMENTACIÓN Y PERMANENCIA EN EL TRATAMIENTO.	n.	%
Ventaja de adherencia.	77.75	22.21
Adherencia aceptable.	228.3	65.25
No adherente.	43.8	12.52

Fuente: Elaboración propia.

En los datos presentados en las dos tablas anteriores se puede observar que el 22% de los usuarios que participaron en el estudio se encuentran en ventaja de adherencia demostrando la voluntad y el compromiso con su estado de salud y cumpliendo por consiguiente con las recomendaciones dadas por el personal de salud con el objetivo de tener una mejor calidad de vida y evitar complicaciones por el mal manejo de su patología, es así como una de las estrategias que se podría llevar a cabo con base en estos resultados podría ser el desarrollo de conocimiento en el usuario haciendo más énfasis en que en el tratamiento de una patología crónica no solo es importante el tomar los medicamentos sino que sepa por qué se debe de tener una alimentación adecuada e incluir la actividad física a su diario vivir. Debido a que según estos datos el 12.52% no cumple con su tratamiento y recomendaciones de hábitos de vida saludable junto con el 65.25% que solo cumple con algunas de las recomendaciones dadas por el personal de salud aunque no se debe dejar de tener en cuenta el nivel socioeconómico de los usuarios participantes del estudio debido a que las condiciones socioeconómicas pueden causar impactos negativos en el cumplimiento de las recomendaciones dadas por el personal de salud al igual que el nivel educativo, la polifarmacia la edad entre otros factores. Pero también vale la pena resaltar que el 22% de los usuarios en ventaja de adherencia tiene las mismas condiciones, entonces otra de las estrategias para que todos los usuarios lleguen a este nivel de adherencia al tratamiento sería indagando e investigando porque estos usuarios en las mismas condiciones de vida si cumplen las recomendaciones del personal de salud referente a hábitos de vida saludable y control de la patología y el restante 88% no.

9.2.5 Quinta dimensión: percepción del riesgo.

Tabla 16. Distribución porcentual de pacientes de la quinta dimensión

Percepción del riesgo	Nunca	%	Pocas Veces	%	Ca si siempre	%	Si e m pre	%
30. Consumir bebidas alcohólicas aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud.	2	0.57	10	2.86	153	43.71	185	52.86
31. Es necesario suspender el uso del cigarrillo como parte fundamental de mi tratamiento.	0	0	19	5.43	125	35.71	206	58.86
32. Pienso que si NO consumo los medicamentos como me han indicado, tengo probabilidad de presentar una alteración en mi salud.	0	0	11	3.14	199	56.86	140	40
33. Pienso que tengo riesgo de obesidad o de tener un infarto en el corazón si consumo alimentos grasos, salados y embutidos	0	0	17	4.86	214	61.14	119	34
34. Creo que tengo mayor probabilidad de tener complicaciones cerebrales, renales con relación a otras personas que NO tienen enfermedad cardiovascular.	1	0.29	44	12.57	202	57.71	103	29.43
35. Creo que NO realizar ejercicio físico me llevara a tener mayor riesgo de complicaciones en mi salud.	0	0	26	7.43	214	61.14	110	31.43

Fuente: Fuente: Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” diseñado por Andrade y Cuevas y datos propios de la investigación.

Tabla 17. Distribución porcentual de pacientes según resultado total

ANÁLISIS DIMENSIÓN PERCEPCIÓN DEL RIESGO	n.	%
Ventaja de adherencia.	143.8	41.09
Adherencia aceptable.	184.5	52.71
No adherente.	21.66	6.18

Fuente: Elaboración propia.

Con base en los datos anteriores referentes a percepción del riesgo es de resaltar que el 41% de los usuarios conocen y entienden que existen sustancias psicoactivos que pueden empeorar el estado de salud así como que tienen mayor predisposición para presentar complicaciones de salud debido a su patología y la importancia de realizar ejercicio físico, por ende pueden tomar acciones y decisiones con base en su conocimiento para evitarlas e incluir ejercicio físico en su vida diaria, pero lo que es realmente preocupante es que el 52% de los usuarios conoce algunos de estos riesgo pero aun así continua con conductas no saludables y el 6% restante deja entrever que desconoce que están en mayor riesgo frente a la población en general sana o lo sabe pero aun así continúan con conductas lesivas para su salud esto puede ser debido al contexto socioeconómico, nivel educativo, apoyo familiar o conductas de los usuarios referentes a su salud, ausencia de información por parte del personal de salud en los controles, entre muchos más factores.

9.2.6 Sexta dimensión expectativas de autoeficacia para el manejo del estrés.

Tabla 18. Distribución porcentual de pacientes de la sexta dimensión

Expectativas de autoeficacia para el manejo del estrés	Nunca	%	Pocas Veces	%	Casi siempre	%	Siempre	%
36. Puedo realizar actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones tensionantes.	22	6.29	59	16.86	206	58.86	63	18
37. Cuando estoy angustiado, hago algo que me ayude a sentirme mejor.	8	2.29	95	27.14	187	53.43	60	17.14
38. Es difícil manejar las situaciones tensionantes o que me producen estrés.	9	2.57	101	28.86	162	46.29	78	22.29

Fuente: Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” diseñado por Andrade y Cuevas y datos propios de la investigación.

Tabla 19. Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión

ANÁLISIS DIMENSIÓN EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS	n.	%
Ventaja de adherencia.	67	19.14
Adherencia aceptable.	185	52.86
No adherente.	98	27.99

Fuente: Elaboración propia.

Los datos presentados en las dos tablas anteriores arrojan que el 81% de los usuarios participantes del estudio presentaron alguna o muchas dificultades para superar situaciones estresantes además que se puede concluir que solo el 19% tiene mecanismos de afrontamiento para superar estas situaciones, lo que no se sabe es si son los mecanismos de afrontamiento adecuados o son mecanismos que producen mayor riesgo de complicación de la patología, como por ejemplo fumar para disminuir el estrés o consumir alcohol u otro tipo de sustancias psicoactivas así como dejar de comer o comer en exceso o dejar de consumir los medicamentos. Es de resaltar que en los usuarios participantes del estudio el 44% se encuentra en edades superiores a los 65 años lo cual lleva consigo cambios en el ciclo de vida social, familiar y económico que los puede hacer más propensos a estar expuestos a situaciones de mayor grado de estrés que una persona de una edad más joven esto por consiguiente puede tener un efecto negativo en el control de su patología y su estado de salud general.

9.3 CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR DE LA POBLACIÓN PERTENECIENTE AL PROGRAMA DE RCV DE LA ESE. CEO.

Tabla 20. Clasificación del estado de salud cardiovascular

RESULTADO GENERAL LISTA DE CHEQUEO ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR			
ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR.	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACOMULADO.
Óptimo	23	6.57%	6.57%
Aceptable	312	89.14%	95.71%
Deficiente	15	4.29%	100
Total	350	100%	-----

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de la investigación sobre el estado de salud cardiovascular de la población perteneciente al programa de R.C.V. de la E.S.E. C.E.O. muestran que solo 23 personas poseen una salud cardiovascular óptima, representando el 6.57% de la muestra tomada; 312 usuarios se encontraron con un estado de salud aceptable, siendo la mayoría con un 89.14% de la muestra tomada; y solo 15 de los usuarios presentaron un estado de salud deficiente significando el 6.57% de la muestra tomada. La clasificación del estado de salud se determinó que sería la siguiente:

Estado de salud óptimo: pacientes que obtuvieron una puntuación total entre 39-31 (100%-80% de los ítems).

Estado de salud aceptable: pacientes que obtuvieron una puntuación total entre 30-23 (79%-60% de los ítems).

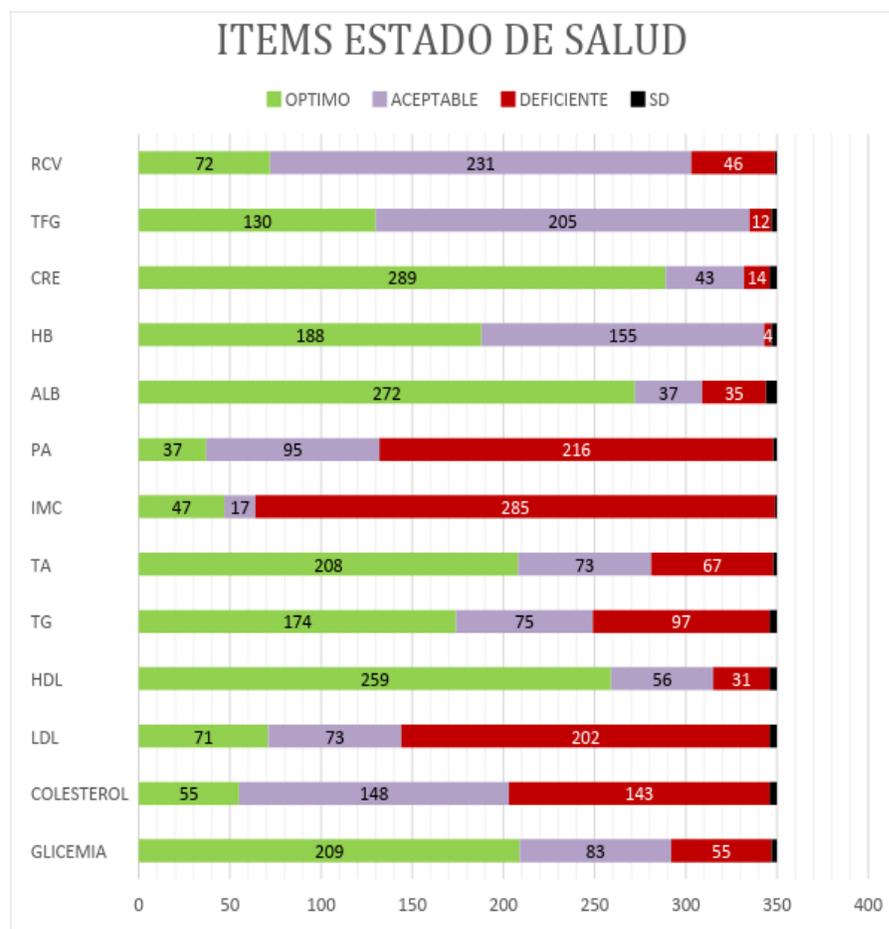
Estado de salud deficiente: pacientes que obtuvieron una puntuación total <23 (<60% de los ítems)

Lo anterior permitió identificar que la mayoría de los usuarios suscritos al programa de R.C.V. mantienen un estado de salud cardiovascular por encima de lo aceptable, mostrando que existe un pequeño porcentaje con el cual se debe trabajar desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, para buscar un mejor estado de salud para estos usuarios, sin dejar de lado a los pacientes con un estado de salud cardiovascular aceptable, los cuales para la mejor expectativa y calidad de vida deberían de presentar un estado de salud cardiovascular óptimo.

Los resultados de cada uno de los ítems que forman parte de la encuesta de estado de salud cardiovascular son los siguientes:

Resultados generales arrojados por la lista de chequeo estado de salud cardiovascular se presentan los resultados arrojados por cada uno de los ítems de la encuesta del estado de salud. Se evidencio que no todos los pacientes tienen sus datos clínicos completos, aunque, se presentó poca ausencia de datos siendo la albuminuria el ítem clínico que más faltaba al momento de diligenciar la lista de chequeo de estado de salud cardiovascular, esta falta de datos se dio porque el paciente no se había realizado el examen o el medico no lo había ordenado.

Grafica 1. Resultados por ítems de la lista de chequeo del estado de salud



Fuente:Elaboración propia.

Dentro de lo relacionado a la Glicemia de los usuarios, se encontró que la mayoría de los usuarios presentaron una Glicemia óptima, pero el 39.43% presentan un valor aceptable o deficiente, lo que representa una cantidad importantes de usuarios que podrían mejorar sus niveles de glucosa en sangre, tomando en cuenta que la mayoría de los usuarios no presentan DM II.

Dentro de lo relacionado con el Colesterol Total, podemos encontrar que sólo 55 personas poseen un puntaje óptimo, mostrando que el manejo de la alimentación y la necesidad de actividad física debe ser un punto importante a tener en cuenta por parte del programa de R.C.V. ya que el 83.14% poseen un nivel aceptable o deficiente.

Se encontró que los niveles de LDL la mayoría de los usuarios con un 57.71% tienen un nivel deficiente, el 20.86% presentaron un nivel aceptable de LDL en sangre y solo un 20.29% de la muestra presentaron un nivel óptimo, mostrando una posible mala alimentación y una baja o ausente actividad física por parte de los usuarios del programa.

Al revisar el HDL, siendo proteínas lipídicas que el cuerpo se regula de manera natural, nos encontramos con que el 90% de los pacientes poseen un nivel aceptable y óptimo de HDL en sangre. Contrastando los valores de LDL y HDL podemos inferir que la alimentación de los usuarios del programa es rica en grasas, pero no discriminan de manera adecuada entre los alimentos saludables y las comidas rápidas, de paquetes, embutidos, etc.

Al analizar los Triglicéridos (TGC), se pueden observar que casi la mitad de los usuarios del programa con un 49.71% tienen un nivel óptimo de TGC en sangre. Quedando un grupo del 49.14% el cual puede mejorar su estado de salud al aumentar una alimentación saludable ayudada de la actividad física.

Los resultados mostraron que la tensión arterial deficientes representa el 59.43% de la muestra tomada, representando uno de los parámetros que más afecta a la población del programa. El 20.86% de los usuarios tomados presentan una TA aceptable. Y solo 19.14% mantienen un nivel óptimo de TA, siendo los usuarios que padecen Diabetes Mellitus tipo II o que mantienen un control óptimo de sus estilos de vida.

El Índice de Masa Corporal (IMC) de la muestra tomada encontramos que el 81.43% de los usuarios presentaron un IMC deficiente, siendo importante que se

revise este tema pues se evidencia una falta de factores protectores con respecto a los hábitos de vida saludables. Solo el 13.43% de los usuarios presentaron IMC óptimo, no significando que manejen niveles adecuados de Colesterol, HDL, LDL y TGC.

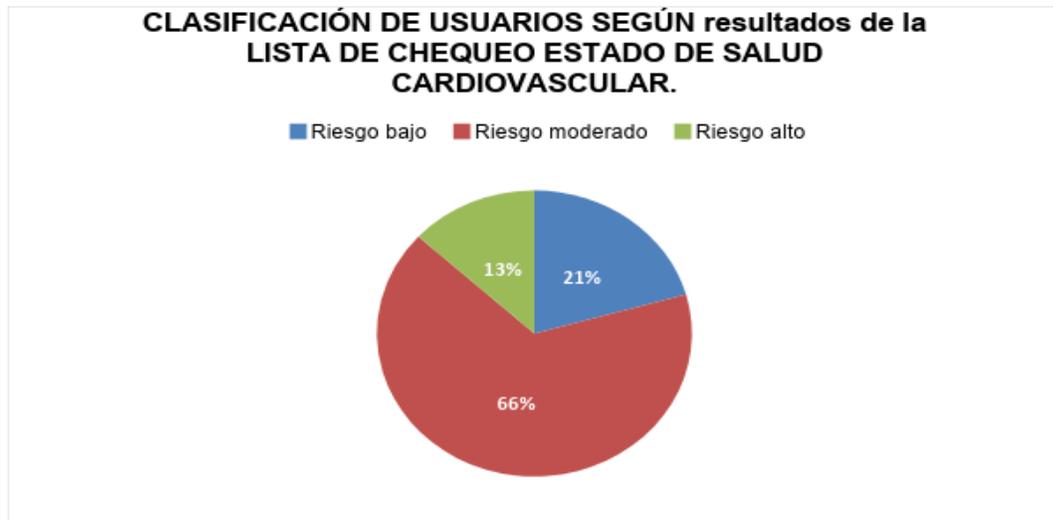
Dentro de lo encontrado en la Tasa de Filtración Glomerular, el 58.57% de los usuarios de la muestra tienen un valor aceptable, siendo importante evitar de que avancen a una lesión renal de mayor grado, siendo que solo el 3.43% presentaron una TFG deficiente. Solo el 37% presentaron un TFG un nivel óptimo.

El perímetro abdominal de los usuarios muestra que el 62% de los usuarios deben reducir su perímetro abdominal para reducir su riesgo de ECV; pues solo el 37% de los usuarios presentaron un perímetro abdominal óptimo.

La Albuminuria de los usuarios del programa nos muestra que el 77.71% presentan niveles óptimos y un 10.57% niveles aceptables, solo el 10% de los usuarios presentaron niveles deficientes, lo cual indica un posible daño renal en este porcentaje de la población del programa.

Al revisar los niveles de creatinina, que junto con la Albuminuria nos pueden indicar daño renal, seguimos observando que la gran mayoría no presentan un posible daño renal pues el 82.57% presentan niveles óptimos y un 12.29% niveles aceptables. Solo un 4% de la muestra presentó niveles deficientes de creatinina. La hemoglobina de los usuarios del programa nos mostró que sólo el 4% presentan niveles deficientes del transportador de oxígeno en el cuerpo, pudiendo relacionarse con una alimentación baja en vitaminas, baja actividad física, vejez o el transcurso de algún proceso patológico no relacionado con la Enfermedad Cardiovascular.

Grafica 2. Clasificación del riesgo cardiovascular de los pacientes



Fuente: Elaboración propia.

La Clasificación de R.C.V. nos muestra que hay un 20.57% de la muestra con riesgo bajo, un 66% con un riesgo moderado y un 13.14% con un riesgo alto o muy alto. Mostrando que la mayoría de la población del programa presenta un riesgo moderado y teniendo en cuenta los múltiples factores de salud y psicosociales que los rodean se puede decir que un gran porcentaje tiende a presentar en los próximos meses un mayor riesgo o riesgo alto viéndose reflejado en el deterioro de su salud y calidad de vida.

9.4 RESULTADOS DE RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES DE RCV DE LA ESE. CEO

Tabla 21. Relación entre adherencia y estado de salud cardiovascular

Valor cardio	Adherente	No adherente	Ventaja de adherencia	Total.
Aceptable	216	50	46	312
	69.23%	16.03	14.74	100
deficiente	11	4	0	15
	73.33	26.67	0.0	100
Óptimo	16	1	6	23
	69.57	4.35	26.09	100
Total	243	55	52	350
	69.43	15.71	14.86	100
Pearson chi2(4): 7.2735 Pr: 0.122				

Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que no existe asociación entre el nivel de adherencia al tratamiento con respecto al estado de salud cardiovascular de las personas pertenecientes al programa de Riesgo Cardiovascular de la ESE Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva debido a que las variables valoradas por medio del estudio no presentaron gran asociación estadísticamente significativa ($Pr=0.122$) a causa de esto a continuación se presentarán otras variables cruzadas con el estado de salud cardiovascular y la adherencia dando resultados relevantes para la investigación.

9.4.1 Relaciones significativas. Al relacionar las variables con la prueba de chi cuadrado de Pearson se observa que, de las variables cruzadas con el estado de salud cardiovascular, las que presentan relación de dependencia son las de la encuesta del estado de salud cardiovascular, confirmándonos que las 13 variables de lista de chequeo del estado de salud cardiovascular tienen una gran relación al arrojar un $Pr=0.00$, por tanto, se acertó al elegir estas variables para elaborar la lista. también presenta relación de dependencia con los factores de riesgo modificables del sobrepeso, el sedentarismo y la dislipidemia y con los no modificables con haber sufrido una ECV previamente.

A continuación, se muestran las variables que al ser cruzadas con la adherencia arrojaron un $Pr<0,05$, por lo que podemos concluir que estas dos son dependientes.

Tabla 22. Relación entre adherencia y colesterol

COLESTEROL TOTAL	VALOR ADHERENCIA			
	Adherente	No adherente	Ventaja	Total
1	106	19	18	143
	74,13%	13,29%	12,59%	100,00%
2	98	31	19	148
	66,22%	20,95%	12,84%	100,00%
3	36	4	15	55
	65,45%	7,27%	27,27%	100,00%
SIN DATO	3	1	0	4
	75,00%	25,00%	0,00%	100,00%
Total	243	55	52	350
	69,43%	15,71%	14,86%	100,00%
Pearson Chi2=13,8478 Pr=0,031				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 23. Relación adherencia y estado civil

ESTADO CIVIL	ADHERENTE ACEPTABLE	NO ADHERENTE	VENTAJA DE ADHERENCIA	TOTAL
CASADO	99	4	13	116
	85,34	3,45	11,21	100
SEPARADO	21	0	8	29
	72,41	0	27,59	100
SOLTERO	36	18	13	67
	53,73	26,87	19,4	100
U. LIBRE	41	21	11	73
	56,16	28,77	15,07	100
VIUDO	46	12	7	65
	70,77	18,46	10,77	100
TOTAL	243	55	52	350
TOTAL %	69,43	15,71	14,86	100
Pearson chi2(10) = 43.9275 Pr = 0.000				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 24. Relación entre adherencia y comuna

COMUNA	ADHERENTE ACEPTABLE	NO ADHERENTE	VENTAJA DE ADHERENCIA	TOTAL
1	2	1	1	4
	50	25	25	100
2	13	2	4	19
	68,42	10,53	21,05	100
3	12	2	4	18
	66,67	11,11	22,22	100
4	14	15	0	29
	48,28	51,72	0	100
5	28	15	5	48
	58,33	31,25	10,42	100
6	49	11	11	71
	69,02	15,49	15,49	100
7	25	2	2	29
	86,2	6,9	6,9	100
8	30	1	3	34
	88,24	2,94	8,82	100
9	32	1	13	46
	69,57	2,17	28,26	100
10	38	5	9	52
	73,07	9,62	17,31	100
TOTAL	243	55	52	350
TOTAL %	69,43	15,71	14,86	100
Pearson chi2(18) = 63.8574 Pr = 0.000				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 25. Relación entre adherencia y estrato

ESTRATO	ADHERENTE ACEPTABLE	NO ADHERENTE	VENTAJA DE ADHERENCIA	TOTAL
1	141	50	28	219
	64,38	22,83	12,79	100
2	101	5	24	130
	77,69	3,85	18,46	100
3	1	0	0	1
	100	0	0	100
TOTAL	243	55	52	350
	69,43	15,71	14,86	100
Pearson chi2(4) = 23.0022 Pr = 0.000				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 26. Relación entre adherencia y escolaridad

ESCOLARIDAD	ADHERENTE	NO ADHERENTE	VENTAJA DE ADHERENCIA	TOTAL
SIN ESCOLARIDAD	21	2	0	23
	91,3	8,7	0	100
PRIMARIA	182	42	34	258
	70,54	16,28	13,18	100
SECUNDARIA	35	10	15	60
	58,33	16,67	25	100
TÉCNICO	5	0	2	7
	71,43	0	28,57	100
UNIVERSIDAD	0	1	1	2
	0	50	50	100
TOTAL	243	55	52	350
TOTAL %	69,43	15,71	14,86	100
Pearson $\chi^2(8) = 18.1020$ Pr = 0.020				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 27. Relación entre adherencia y la sede donde es atendido

IPS	ADHERENTE ACEPTABLE	NO ADHERENTE	VENTAJA DE ADHERENCIA	TOTAL
SIETE DE AGOSTO	8	1	6	15
	53,33	6,67	40	100
CANAIMA	53	6	11	70
	75,71	8,57	15,72	100
EDUARDO SANTOS	37	2	12	51
	72,55	3,92	23,53	100
GRANJAS	52	37	9	98
	53,06	37,76	9,18	100
IPC	48	2	4	54
	88,89	3,7	7,41	100
PALMAS	45	7	10	62
	72,58	11,29	16,13	100
TOTAL	243	55	52	350
TOTAL %	69,43	15,71	14,86	100
Pearson $\chi^2(10) = 64.6445$ Pr = 0.000				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 28. Relación entre adherencia y limitación de asistencia a controles

LIMITACIÓN PARA ASISTIR A LOS CONTROLES	ADHERENTE ACEPTABLE	NO ADHERENTE	VENTAJA DE ADHERENCIA	TOTAL
Sin Acompañante	1	0	1	2
	50	0	50	100
Falta De Dinero	17	5	0	22
	77,27	22,73	0	100
Discapacidad	1	0	0	1
	100	0	0	100
Distancia	5	2	0	7
	71,43	28,57	0	100
Enfermedades	5	0	0	5
	100	0	0	100
Olvido	0	0	1	1
	0	0	100	100
Pereza	1	0	0	1
	100	0	0	100
Falta De Tiempo	24	0	1	25
	96	0	4	100
Trabajo	1	0	1	2
	50	0	50	100
Dinero- Distancia	3	1	0	4
	75	25	0	100
Dinero- Distancia - Tiempo	11	1	0	12
	91,67	8,33	0	100
Dinero - Tiempo	29	1	1	31
	93,54	3,23	3,23	100
Distancia - Tiempo	2	0	0	2
	100	0	0	100
Tiempo - Enfermedades	1	0	0	1
	100	0	0	100
Ninguna	142	45	47	234
	60,68	19,23	20,09	100
Total	243	55	52	350
Total %	69,43	15,71	14,86	100
Pearson chi2(30) = 49.7985 Pr = 0.013				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 29. Relación entre adherencia y tipo de apoyo

APOYO	ADHERENTE ACEPTABLE	NO ADHERENTE	VENTAJA DE ADHERENCIA	TOTAL
ECONÓMICO	15	2	7	24
	62,5	8,33	29,17	100
FAMILIAR	64	23	4	91
	70,33	25,27	4,4	100
RELIGIOSO	9	0	2	11
	81,82	0	18,18	100
SOCIAL	8	0	3	11
	72,73	0	27,27	100
PSICOLÓGICO	0	0	0	0
	0	0	0	0
FAMILIAR - ECONÓMICO	23	0	2	25
	92	0	8	100
FAMILIAR - PSICOLÓGICO	0	0	1	1
	0	0	100	100
FAMILIAR - SOCIAL - ECONÓMICO	1	0	0	1
	100	0	0	100
SOCIAL - ECONÓMICO	2	0	0	2
	100	0	0	100
NINGUNO	121	30	33	184
	65,76	16,3	17,94	100
TOTAL	243	55	52	350
TOTAL %	69,43	15,71	14,86	100
Pearson $\chi^2(16) = 36.4298$ Pr = 0.003				

Fuente: Elaboración propia.

Dando una mirada general a los resultados podemos concluir que la adherencia es la que presenta mayor número de relaciones dependientes con las variables

10. DISCUSIÓN

En la muestra seleccionada para el estudio el mayor porcentaje correspondió a las mujeres con el 71% y los hombres con el 29% esto puede explicarse por los datos obtenidos por medio de la encuesta nacional de salud donde dice que las mujeres acuden a consulta externa en un 68% a diferencia de los hombres que acuden solo el 32% ante cualquier síntoma lo cual explica por qué los hombres usualmente acuden a los servicios de salud cuando su proceso patológico se encuentra avanzado conllevando a una mayor morbilidad y mortalidad.

En lo relacionado con el estado de salud cardiovascular se encontró sobrepeso en gran proporción evidenciado por índice de masa corporal, ausencia de práctica de ejercicio, alimentación inadecuada incluyendo en su dieta diaria consumo excesivo de sal, carbohidratos, grasas y sedentarismo lo cual tiene relación con la problemática regional, nacional y mundial de sobrepeso, sedentarismo.

En lo referente a consumo de sustancias psicoactivas, alcohol, tabaco se encontró muy bajos niveles de consumo de estas sustancias, convirtiéndose en un factor protector de la salud la ausencia de estas conductas de riesgo en la población, las comorbilidades de los pacientes fueron más de una en la mayoría de los casos encontrando usuarios con limitaciones físicas lo cual puede ser una de las múltiples causas que conllevan a que no realicen actividad física y por la dificultad para conseguir recursos económicos no tenga una alimentación adecuada.

Se encontró que el presente proyecto de investigación es pionero en la región Sur colombiana al utilizar la escala de adherencia creada por Andrade y Céspedes, la cual mide el grado de adherencia al tratamiento, farmacológico y no farmacológico y la lista de chequeo de estado de salud cardiovascular creada y válida para este trabajo de investigación, por medio de las cuales se valoró la relación estadística entre el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico con el estado de salud cardiovascular, encontrando entre estas dos variables según los datos obtenidos que no hay relación estadísticamente significativa entre ellas pero que si existe relación estadísticamente significativa entre algunos de los componentes del instrumento de adherencia de Andrade y Cuevas que se relacionaron por individual con las variables de estado de salud cardiovascular es de anotar que En el artículo titulado “Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria” de L.Veliz_Rojas_S.Mendoza-Parra y O.A.Barriga el cual era un estudio cuantitativo de tipo transversal con una muestra de 257 personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemias el cual buscaba conocer la relación entre factores de riesgo cardiovascular con la adherencia

terapéutica para los cual encontraron asociación estadísticamente significativa pero aclaran que la adherencia terapéutica solo constituye uno de múltiples los factores en el control las enfermedades.

Se encontró que el 84.29% de los participantes del estudio son adherentes al tratamiento farmacológico y no farmacológico cifra que se encuentra sobre los valores de adherencia en España como lo mencionado en el artículo titulado “La adherencia, el talón de Aquiles de la enfermedad cardiovascular” de M.I. González-Anglada en el cual menciona que “En España la adherencia al tratamiento hipotensor en distintos ámbitos, tanto de atención primaria como de atención especializada presenta datos preocupantes: el incumplimiento del tratamiento hipotensor está entre el 40-60% el farmacológico y en el 70-95% el no farmacológico” estos bajos niveles de adherencia traes consigo aumento de complicaciones, mayor número de hospitalizaciones, mayores costos en el tratamiento de su patología, aumento de la mortalidad entre otros. También Alba Luz Rodríguez Acelas, en su documento “Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular”(40) en el 2010, menciona que los que los factores que disminuyen los niveles de adherencia son las dificultades económicas, dificultades en la modificación de los hábitos y déficit de conocimientos; y en los usuarios de la E.S.E. C.E.O. se presentaron características similares como bajo nivel de escolaridad, dificultades económicas, dificultades en la modificación de hábitos de vida. Se debe tener en cuenta también que las variables misionadas con anterioridad valoradas en este estudio tienen relación estadística significativa con el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Limitaciones:

La primera limitación al momento de recolectar la información fue a causas de la problemática social debido a que casi totalidad de los participantes de la investigación al ser de estratos socioeconómicos bajos viven en zonas con altos índices de criminalidad lo cual representaba un riesgo para los investigadores, segunda la mala calidad de los datos de contacto de los participantes, tercera ausencia de pruebas de laboratorio.

11. CONCLUSIONES

La primera conclusión a la que se llega es que los factores de riesgo cardiovascular de usuarios del programa de RCV de la E.S.E. CEO, son en mayor medida los relacionados a los estilos de vida como el sedentarismo, el sobrepeso, el tabaquismo, alcoholismo, consumo de grasa y carbohidratos, consumo de sal mayor de 1gr, entre otros.

La segunda conclusión es que el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes del programa de RCV de la ESE CEO es alta a un a pesar de que la gran mayoría tenía grados bajos de escolaridad, además de tener condiciones socioeconómicas muy bajas lo cual significa un obstáculo al momento de disponer de recursos económicos para seguir con una alimentación balanceada al igual que disponer de tiempo para realizar ejercicio físico, a causa de esto se puede concluir que existen factores motivacionales que vale la pena investigar propios de cada participante que influyen de manera muy notoria sobre la adherencia y el estado de salud cardiovascular.

La tercera conclusión es que el estado de salud cardiovascular de la población perteneciente al programa de RCV de la ESE CEO está por encima de lo aceptable, pero mostrando que existe un porcentaje de usuarios que se deben abordar por medio de un equipo interdisciplinar debido a que se identificaron diversas problemáticas en esta población tan heterogénea como condiciones de violencia al adulto mayor, abandono, pobreza extrema, exposiciones a grupos violentos, limitaciones para el desplazamiento, ausencia de recursos económicos, para conseguir con ellos un mejor estado de salud, un mejor nivel de adherencia y mejorar su calidad de vida.

Como última conclusión el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de RCV de la ESE CEO con el estado de salud cardiovascular, presentó una fuerte asociación estadística con el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los participantes del estudio, dando más claridad sobre la relevancia de los hábitos de vida saludable, de la importancia de controlar los factores de riesgo modificables, la importancia del tratamiento farmacológico con el objetivo de mejorar el estado de salud y la calidad de vida. Pero también dejó entrever que algunos factores como el nivel educativo, el estrato socioeconómico no eran tan determinantes en el estado de salud cardiovascular y la adherencia como se creía.

12. RECOMENDACIONES

Al revisar los resultados del proyecto de investigación, se puede comentar que las principales áreas en las que los usuarios presentaron menor adherencia son las referentes a los estilos de vida relacionados a la actividad física; es posible que sea necesario el desarrollo de nuevas tecnologías educativas que tengan como objetivo el mostrar al usuario que se requiere de un esfuerzo; buscando siempre incentivar la idea de que solo de esta forma podrán tener una vida de mejor calidad. Al presentar la mayoría de los usuarios altos niveles de colesterol total, triglicéridos, y LDL, se recomienda hacer que los usuarios estén enterados de este hecho y que el consumo de alimentos saludables y la actividad física indicada por el profesional de salud le ayudará a reducir dichos niveles.

En el desarrollo del presente proyecto, se lograron identificar varias ideas que podrían brindar una nueva perspectiva a las necesidades que presenta la población con ECV de los programas de RCV de Colombia. Como lo son el desarrollo de escalas para medir el estado de salud de los usuarios, pues el instrumento desarrollado para medirla en el presente proyecto es solo una pequeña muestra de lo que se necesita para evaluar y actualizar los programas de RCV en Colombia.

También se pudo encontrar la necesidad de identificar porque algunas variables utilizadas en la valoración del estado de salud y de las características sociodemográficas no presentaron relación estadística con la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos; y de que depende que una variable tenga o no relación estadística con la adherencia.

De igual manera se encontró que en la mayoría de los pacientes presentan niveles altos de colesterol total, triglicéridos, y LDL, mostrando que es necesario indagar por qué se encontró una alta adherencia al consumo saludable de alimentos.

Algunos pacientes visitados durante el desarrollo de la investigación expresaron tener dificultades al entender las fórmulas médicas y los procesos de reclamo de medicamentos y no se les asignan citas médicas a las IPS más cercanas.

Se recomienda realizar un estudio donde las variables sociodemográficas de los participantes tengan unas características específicas y el tipo de régimen de salud sea contributivo con el objetivo de realizar un estudio comparativo con el presente estudio.

ANEXOS

Anexo A. Aval comité de ética universidad Surcolombiana.



UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA

NIT: 891100084-2



MEMORANDO No.029

2-1-04

Neiva, 17 de agosto de 2018

PARA: MARÍA ALEJANDRA ZULETA BONILLA
Investigadora Principal.

DE: COMITÉ DE ÉTICA
MARTHA ROCÍO VEGA VEGA, Coordinadora

ASUNTO: Viabilidad ética proyecto.

Cordial saludo.

El Comité de Ética, mediante sesión del 17 de agosto del año en curso y según consta en Acta No.007, de la misma fecha, consideró viable desde el punto de vista ético el proyecto "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR ESE CARMEN EMILIA OSPINA, NEIVA"

Atentamente,

MARTHA ROCÍO VEGA VEGA
Coordinadora Comité de Ética.

Sede Central - AV. Pastrana Borrero Cra. 1a.
PBX: (57) (8) 875 4753 FAX: (8) 875 8890 - (8) 875 9124
Edificio Administrativo - Cra. 5 No. 23-40
PBX: (57) (8) 8753686 - Línea Gratuita Nacional: 018000 968722
Vigilada Mineducación
www.usco.edu.co
Neiva, Huila

Gestión, Participación y Resultados

Anexo B. Aval comité técnico científico ESE CEO.

E.S.E Carmen Emilia Ospina
NIT. 813.005.265-7
esecarmenemiliacospina.gov.co

01-STC-004729-S-2018

Neiva - Huila, 07 de Septiembre de 2018

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA USCO
RECIBIDO 11 SEP 2018
9/23/2018
01.003.269-
Folios=1 (uno)

SEÑOR:
BRAYANT ANDRADE MENDEZ
Asesor Proyecto de Investigación
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA - PROGRAMA DE ENFERMERIA
CALLE 9 CON CRA 14
Neiva - Huila

Asunto: Respuesta a solicitud proyecto de investigación

Cordial saludo,

Con relación a la solicitud del semillero de investigación que usted coordina para la realización del proyecto de investigación **"Adherencia al tratamiento relacionado con el estado de salud cardiovascular"** en esta institución, le informamos que una vez escuchada su presentación y resultados las inquietudes ante el comité tecnocientífico, éste considera que su proyecto cumple los requisitos normativos y bioéticos y constituye un aporte para nuestros procesos de calidad y mejoramiento continuo.

Este comité asignó a nuestra profesional líder del programa de crónicas Anyi Daniela Montealegre (Celular 3174243750) como referente de la ESE durante el desarrollo de la investigación.

Atentamente,


CESAR ALBERTO POLANIA SILVA
Asesor Técnico Científico
Proyectó: Jesus Alberto Casadiego Patiño

"Servimos con Excelencia Humana"

 E.S.E. Carmen Emilia Ospina Calle 9 con Cra 14 Neiva - Huila	Zona Norte calle 21 No. 8-30 Las Granjas Telefono: 863818 ext. 6205	Zona Oriente calle 21 No. 55-13 Las Palmas Telefono: 863818 ext. 6306	Hospital Corcalma carrera 22 con calle 26 sur Telefono: 863818 ext. 6387	Zona Sur calle 20 No. 28-15 Las Parques Telefono: 863818 ext. 6200	1/1 Sistema de Información y Atención al Usuario Línea Amiga: 863828
---	---	---	--	--	---

Anexo C. Consentimiento informado.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO
RELACIONADO CON EL ESTADO DE SALUD CARDIOVASCULAR. ESE
CARMEN EMILIA OSPINA. NEIVA

INVESTIGADOR PRINCIPAL: MSc. BRAYANT ANDRADE MENDEZ ENFERMERO
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

SEDE DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO: ESE CARMEN EMILIA OSPINA.

NOMBRE DEL PACIENTE:

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación médica. 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 forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

- Objetivo Determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico con respecto a los parámetros fisiológicos de las personas pertenecientes al programa de RCV de la ESE CEO de la ciudad de Neiva durante el segundo semestre del 2018
- Justificación del estudio: Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, estas patologías son reconocidas como un problema importante de salud pública a nivel mundial, con incremento de las tasas de morbilidad y la prevalencia de factores de riesgo(1). Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo, y afectan no solo a países industrializados, sino sobre todo a países de ingresos medios-bajos, donde han superado a las enfermedades infecciosas como primera causa de muerte y su impacto amenaza al desarrollo social y económico de estas regiones (4).
- Beneficios del estudio: Este estudio trae consigo beneficios tanto a la población a estudiar y sus familias como a todo el Huila por ser un problema actual y creciente. Así mismo, para el personal de salud es una base para evaluar e implementar métodos que faciliten la observación en cuanto a la adherencia al tratamiento y evitar complicaciones en la salud del paciente y altos costos económicos en el sistema de salud. Enfermería, por ser quien lidera todos los procesos de promoción de la salud y detección temprana de la enfermedad, se verá beneficiada con los resultados del presente estudio, al igual que los estudiantes de quinto semestre del programa de enfermería en la asignatura

“Cuidados de la salud del adulto en situaciones crónicas”, quienes desarrollan componentes prácticos relacionados en la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

- Procedimientos del estudio: Se aplicarán una lista de chequeo para medir el estado de salud cardiovascular y una escala para medir el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, para posteriormente relacionar estas dos variables.
- Riesgos asociados al estudio: El presente estudio se fundamentó en la resolución 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se considera que es una investigación que se clasifica dentro de la categoría “riesgo mínimo”.
- Aclaraciones:
 - Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
 - No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
 - Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
 - No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
 - No recibirá pago por su participación.
 - 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 tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con LUIS MIGUEL CASTILLO RODRÍGUEZ (enfermero en formación) al teléfono 3152172210 y/o MARIA ALEJANDRA ZULETA BONILLA (enfermero en formación) al teléfono 3123692408

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°

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su responsable)

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.

Investigador:

DESISTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con cédula 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 D. Autorización para el uso del instrumento

atendiendo su solicitud, otorgo permiso para el uso del instrumento en mención a la investigación planteada, solicitando al terminado todo el proceso la retroalimentación de los resultados del proceso investigativo.

Anexo envió instrumento e instrucciones para evaluación de los ítems e interpretación.

BRAYANT ANDRADE MENDEZ

Esp. Enfermería en cuidado crítico (USCO)

M.Sc. Enfermería en Salud Cardiovascular (UNAL)

Docente USCO

El 4 de abril de 2018, 23:41, adherencia seminario <adherencia2018@gmail.com> escribió:
Cordial Saludo.

2 archivos adjuntos



Formulario _____

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DERMATOSIS CONTACTO ALERGICA

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con su percepción del instrumento que actualmente está realizando para controlar la adherencia con el uso del medicamento. Escoger la respuesta que mejor se ajuste a su situación. Marque con una X la opción que mejor se ajuste a su situación.

RESUESTA DE Opciones de Respuestas	SIempre	Algunas veces	Algunas veces	SIempre
Respuestas de Respuestas	SIempre	Algunas veces	Algunas veces	SIempre
1. ¿Tiene un nivel adecuado de conocimiento sobre el medicamento que está tomando?				
2. ¿Tiene un nivel adecuado de conocimiento sobre el medicamento que está tomando?				
3. ¿Tiene un nivel adecuado de conocimiento sobre el medicamento que está tomando?				
4. ¿Tiene un nivel adecuado de conocimiento sobre el medicamento que está tomando?				

PDF Inst. Adheren Bra...

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DERMATOSIS CONTACTO ALERGICA

El presente cuestionario pretende medir el grado de adherencia al uso del medicamento. Se recomienda leer atentamente las instrucciones antes de responder. Marque con una X la opción que mejor se ajuste a su situación.

Se recomienda leer atentamente las instrucciones antes de responder. Marque con una X la opción que mejor se ajuste a su situación.

1. ¿Tiene un nivel adecuado de conocimiento sobre el medicamento que está tomando?

PDF Puntuacion del c...

Anexo E. Validación lista de chequeo del estado de salud cardiovascular

Ficha de observaciones

Nombre y Apellido: Claudia Patricia Cantillo Medina

C.C. 36.181.814

Profesión: Enfermera

Titulos Obtenidos:

Enfermera USCO

Especialista en Enfermería Nefrológica y Urológica FUCS

Magister en Enfermería con Enfoque en Adulto – Anciano UNIVALLE

Institución donde Trabaja:

Universidad Surcolombiana

Cargo que Desempeña: Docente

Antigüedad en el cargo: Desde marzo de 1993

Resultado/observaciones de Validación de la lista de chequeo:

Revisión y adecuación

Fecha: 19 de mayo 2018

Claudia P. Cantillo M.

Gestión, Participación y Resultados

Sede Central - AV. Pastrana Borrero Cra. 1a.
PBX: (57) (8) 875 4753 FAX: (8) 875 8890 - (8) 875 9124
Edificio Administrativo - Cra. 5 No. 23-40
PBX: (57) (8) 8753686 - Línea Gratuita Nacional: 018000 968722
Vigilada Mineducación
www.usco.edu.co
Neiva, Huila

Ficha de observaciones

Nombre y Apellido: ANYI DANIELA MONTEALEGRE _____

C.C. 1075264234

Profesión: ENFERMERA

Títulos Obtenidos:

Institución donde Trabaja:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

Cargo que Desempeña: COORDINADORA PROGRAMA RCV

Antigüedad en el cargo: 3 AÑOS

Resultado/observaciones de Validación de la lista de chequeo:

Revisando los criterios de la lista de chequeo, concluyo que permite caracterizar las condiciones fisiológicas en cuanto resultados de exámenes de laboratorio, clasificación del rcv, perímetro abdominal y tasa de filtración, sin embargo la lista de chequeo no es clara con el objetivo planteado debido a que no cuenta un punto de corte para evaluar si un paciente es adherente o no es adherente, es decir cuántos criterios óptimos o aceptables se debe tener satisfactorio, para poder establecer si hay adherencia. La escala debería incluir unos criterios de calificación en donde se establezca con cuantos criterios óptimos o aceptables el usuario si es adherente.

De acuerdo al Informe (JNC 8) – 2014, las cifras tensionales metas se establece de acuerdo a la edad para menores de 60 años y mayores de 60 años PAS <150 mmhg y PAD <90 mmhg. Por lo que es importante incluir la variable edad, y sexo dentro de la lista de chequeo, así mismo como las demás variables de tipo socio demográficas, que pueden estar asociado a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Falta la hemoglobina glicosilada con su respectivos parametros, teniendo encuentra que optimo es menor a 7%. Los valores de la hemoglobina estan mal, realizar ajuste igualmente por sexo. la variable de perimetro abdominal esta mal en aceptable corregir y cambiar al rango (90 -94) en aceptable.

Sede Central - AV. Pastrana Borrero Cra. 1a.
PBX: (57) (8) 875 4753 FAX: (8) 875 8890 - (8) 875 9124
Edificio Administrativo - Cra. 5 No. 23-40
PBX: (57) (8) 8753686 - Línea Gratuita Nacional: 018000 968722
Vigilada Mineducación

hombres y (80 y 90) en mujeres. Con respecto a la clasificación del riesgo cardiovascular teniendo en cuenta la que se dispone en la resolución 400 del 2008, tener en cuenta que en los casos que ya son riesgo alto, yo no puedo medir que en el transcurso del tiempo, este usuario se me vuelva moderado o bajo, por lo que recomiendo que si lo van incluir, que haga parte dentro de las variables del encabezado que serian las de tipo sociodemograficas, no pueden ser evaluada para tener en cuenta si hay adherencia cuando un rcv alto se me va a volver bajo.

Tener encuenta que cuando se habla de adherencia al tratamiento farmacológico, la Resolución 4003 del 2008, establece el test de morinski, que son 4 preguntas en donde se evalúa si el usuario está cumpliendo con el tratamiento farmacológico. Les dejo la observación si este criterio lo van a tener en cuenta.

Como recomendación buscar instrumentos que según la búsqueda bibliográfica, ya cuentan con una validez interna, es decir que ya previamente estén validados, y desde ahi se pueda ajustar, con respecto al tema de adherencia al tratamiento farmacologico, es importante no solamente incluir los criterios fisiológicos si están en meta, si no también es evaluar integralmente, que otros criterios pueden influir positivamente o negativamente en la adherencia, como lo es la accesibilidad a los servicio de salud, el conocimiento del tratamiento farmacológico por parte de los pacientes, el conocimiento de las complicaciones, de la dieta adecuada y realización de actividad física.

Fecha: 5 DE JUNIO DEL 2018

ANYI DANIELA MONTEALEGRE

Firma del Experto

Ficha de observaciones

Nombre y Apellido: DIEGO ANDRES BUSTOS CARRERA

C.C. 1075240562

Profesión: ENFERMERO

Titulos Obtenidos:

ESPECIALISTA ENFERMERIA NEFROLOGICA Y UROLOGICA

Institución donde Trabaja:

CLINICA MEDIALSER

Cargo que Desempeña: ENFERMERO ESPECIALISTA

Antigüedad en el cargo: 3 AÑOS

Resultado/observaciones de Validación de la lista de chequeo:

Hay algunas correcciones de tipo estructural como colocar valores que comprometen las escalas de optimo aceptable o optimo y deficiente que se deben ajustar o generarn dificultades en la tabulación por sesgo del instrumento.

Los valores que generalmente se encuentra son de estudios europeos los cuales tienen diferencias poblacionales y de raza respecto a la población colombiana por lo cual se encuentran distintos valores normales aunque la fluctuación no es mucha.

Es importante recalcar que la microalbuminuria no es un valor normal dentro de la evaluación de la función renal ya que es un indicador de inadecuada filtración por parte del glomérulo renal. Si esta es persistente avanzara a macroalbuminuria y posterior falla renal.

Hay algunos items que no son propios de riesgo de enfermedad cardiovascular por el contrario si de enfermedad renal tales como hemoglobina, creatinina, TFG.

Fecha: 13/05/2018

Sede Central - AV. Pastrana Borrero Cra. 1a.
PBX: (57) (8) 875 4753 FAX: (8) 875 8890 - (8) 875 9124
Edificio Administrativo - Cra. 5 No. 23-40
PBX: (57) (8) 8753686 - Línea Gratuita Nacional: 018000 968722
Vigilada Mineducación

Ficha de observaciones

Nombre y Apellido: Aida Nery Figueroa Cabrera

C.C. 55055990 _____

Profesión: Enfermera

Títulos Obtenidos:

Especialista en Enfermería Nefrológica y Urológica

Institución donde Trabaja:

USCO

Cargo que Desempeña: Docente

Antigüedad en el cargo: 22 años

Resultado/observaciones de Validación de la lista de chequeo:

Hacer ajustes recomendados en observaciones

Fecha: 15 de Mayo de 2018

Ítem		ÓPTIMO	ACEPTABLE	DEFICIENTE	APROBADO	MODIFICAR	OBSERVACIONES
1	GLICEMIA BASAL mg/dl (1)	<100	100-125	>126			
2	COLESTEROL TOTAL mg/dl(2)	<150	151-200	>200			
3	LDL mg/dl(2)	<80	81-101	>102			
4	HDL mg/dl(2)	>35	30-34	<29			Revisar Framingham, la exigencia ya está mayor de 46 mg/dl
5	TRIGLICERIDOS mg/dl(2)	<150	151-200	>201			
6	PRESION ARTERIAL mmHg(3)	120/80 129/84	130/80 139/89	>140/90			Revisar guía Kidigo donde afirma que 130/85mmHg ya es un factor de riesgo de progresión de ERC y por supuesto cardiovascular
7	IMC kg/m ² (1)	18,5-24,9	18,5-24,9	>25			
8	CINTURA cm(4)	HOMBRES	<90	>90	>94		No puede ser aceptable mayor de 90cm
		MUJERES	<80	>80	>90		No puede ser aceptable mayor de 80
9	ALBUMINURIA mg/g (1)	<30	30 a 300	>300			
10	HEMOGLOBINA g/l(5)	≥130	130-100	<100			Revisar esta cifra, no concuerda con lo real.
11	CREATININA mg/dl	HOMBRES	0,8-1,2	1,2-1,5	>1,5		
		MUJERES	0,7-1,0	1,0-1,3	>1,3		
12	CLASIFICACIÓN DE RCV (7)	RIESGO BAJO *	RIESGO MODERADO**	RIESGO ALTO*** RIESGO MUY ALTO ****			
13	TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR ml/min/1,73m ² (8)	>90 (G1) 60-89(G2)	45-59(G3A) 30-44(G3B)	15-29(G4) <15(G5)			óptima 100ml/min/1,73 No puede ser aceptable el valor citado, ya está en ERC

Anexo F. Instrumento de características sociodemográficas.



UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA
NIT. 891180384-2

Facultad de Salud
Programa de Enfermería



ADHERENCIA AL TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL ESTADO DE SALUD
CARDIOVASCULAR ESE CEO NEIVA.

Instrumento de características sociodemográficas

Formato de: _____

Diligenciado por: _____

CC	PRIVADO					EDAD	SEXO		MASCULINO	FEMENINO	
	SECUNDARIOS										
EX MEDICO *	GRANJAS					PERSONAS A CARGO	0		1		
	E. SANTOS						2		≥2		
COMUNA	1	2	3	4	5	ESTRATO	1		2		
	6	7	8	9	10		4		5		6
ESCOLARIDAD	SIN ESCOLARIDAD					OCUPACIÓN	HOGAR				
	PRIMARIA						INDEPENDIENTE				
	SECUNDARIA						EMPLEADO				
	TÉCNICO						PENSIONADO				
ESTADO CIVIL	UNIVERSIDAD					EAPS	CONFAMILIAR		MEDIVAS		CONPARTA
	SOLTERO		U. LIBRE		CASADO		MENSUAL		TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL
MEDICAMENTOS *	VIUDO		SEPARADO			ASISTE A LOS CONTROLES DEL PROGRAMA	OTRO				
							LIMITACIONES PARA ASISTIR A LOS CONTROLES	FALTA DINERO		DISTANCIA IPS	SIN TIEMPO
						OTRO					
APOYO											
PSICOLÓGICO						FAMILIAR					
SOCIAL						RELIGIOSO					
ECONÓMICO						OTRO					
PARA SEGUIR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO RECIBE APOYO	SI		NO			PAREJA		HIJOS(AS)			
						OTRO					
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES											
MODIFICABLES					NO MODIFICABLES						
					SI		NO				
SOBREPESO *						ECV PREVIA					
TABAQUISMO						ANTECEDENTES ECV					
SEDENTARISMO						MENOPAUSIA					
CONSUMO GRASAS						>65 AÑOS					
CONSUMO CARBOHIDRATOS						RAZA					
CONSUMO SAL > 1 GR.											
CONSUMO ALCOHOL											
SITUACIONES ESTRESANTES											
HTA											
DM											
DISLIPIDEMIA *											
OBSERVACIONES											

* MIRAR EN LA HISTORIA CLINICA

Anexo G. Lista de chequeo estado de salud cardiovascular.

Lista de chequeo del estado de salud cardiovascular

Formato N°: _____

Diligenciado por: _____

Item	ESTADO DE SALUD VARIABLES		ÓPTIMO	ACEPTABLE	DEFICIENTE	PUNTAJACIÓN
			Valor: 3	Valor: 2	Valor: 1	
1	GLICEMIA BASAL mg/dl		<100	100-125	>126	
2	COLESTEROL TOTAL mg/dl		<150	151-200	>200	
3	LDL mg/dl		<80	81-101	>102	
4	HDL mg/dl	HOMBRES	>35	30-35	<29	
		MUJERES	>40	35-40	<34	
5	TRIGLICERIDOS mg/dl		<150	151-200	>201	
6	PRESION ARTERIAL mmHg		120/80 129/84	130/80 139/85	>140/85	
7	IMC kg/m ²		18,5-24,9	18,5-24,9	>25	
8	CINTURA cm	HOMBRES	<90	90-94	>94	
		MUJERES	<80	80-90	>90	
9	ALBUMINURIA mg/g		<30	30 a 300	>300	
10	HEMOGLOBINA g/dl		≥13	12-10	<9	
11	CREATININA mg/dl	HOMBRES	0,8-1,2	1,2-1,5	>1,5	
		MUJERES	0,7-1,0	1,0-1,3	>1,3	
12	CLASIFICACIÓN DE RCV		RIESGO BAJO *	RIESGO MODERADO**	RIESGO ALTO*** RIESGO MUY ALTO****	
13	TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR ML/min/1,73m ²		>90 (G1)	60-89(G2) 30-59 (G3)	15-29(G4) <15(G5)	
TOTAL						
* HTA ESTADIO I Y SIN FR ** HTA ESTADIO II Y SIN FR / HTA ESTADIO I-II CON 1 A 2 FR *** HTA ESTADIO III Y SIN FR / HTA ESTADIO I-III CON 3 O MÁS FR, LESIÓN A ÓRGANO BLANCO O DIABETES **** HTA ESTADIO III CON 1 O 2 FR / HTA ESTADIO III CON 3 O MÁS FR, LESIÓN A ÓRGANO BLANCO O DIABETES / HTA ESTADIO I-II-III CON CONDICIONES CLÍNICAS ASOCIADAS						

La interpretación de los estados de salud en los pacientes será de la siguiente manera:

- Estado de salud óptimo: pacientes que obtuvieron una puntuación total entre 39-33 (100%-80%)
- Estado de salud aceptable: pacientes que obtuvieron una puntuación total entre 32-23 (79%-60%)
- Estado de salud deficiente: pacientes que obtuvieron una puntuación total menor o igual a 22 (menor 60%)

Anexo H. Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular.

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con su percepción del tratamiento que actualmente tiene indicado para controlar la enfermedad cardiovascular. Recuerde que la información recolectada a través de este instrumento es confidencial; por lo anterior, usted puede responder con toda sinceridad marcando con una **X** la opción que mejor se ajuste a su situación.

Expectativas de resultado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Pienso que si tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica me sentiré mejor.				
2. Creo que las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación son importantes para el control de mi enfermedad.				
3. Pienso que el ejercicio físico indicado por el personal de salud es necesario para controlar mi enfermedad.				
4. Si yo tomo los medicamentos indicados, voy a disminuir mis probabilidades de tener un ataque cardíaco.				
5. Si yo realizo ejercicio físico controlare mi peso.				
6. Si yo manejo apropiadamente las situaciones estresantes, controlare la tensión arterial.				
7. Si consumo alimentos bajos en sal y grasa, disminuirá la probabilidad de alteraciones cardiovasculares.				
8. Si realizo ejercicio físico me sentiré más activo.				
Expectativas de autoeficacia en el tratamiento farmacológico y seguimiento	Nunca	Pocas Veces	Casi siempre	Siempre
9. Puedo tomar mis medicamentos en el horario establecido.				
10. Soy capaz de asistir a los controles programados por el personal de salud				
11. Soy capaz de realizarme los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican.				
12. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas.				
13. Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud.				
14. Durante el tratamiento, dejo de tomar algunos medicamentos si me siento bien.				
15. Si en poco tiempo NO presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos.				
Expectativas de autoeficacia con el ejercicio físico y necesidad de apoyo	Nunca	Pocas Veces	Casi siempre	Siempre
16. A pesar de mi trabajo y oficios dedicaré tiempo para realizar ejercicio físico.				
17. Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.				

18. Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud.				
19. Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud.				
20. Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud.				
21. Si en poco tiempo NO presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico.				
Expectativas de autoeficacia con la alimentación y permanencia en el tratamiento	Nunca	Pocas Veces	Casi siempre	Siempre
22. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos)				
23. Puedo evitar en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares.				
24. Soy capaz de consumir alimentos bajos en sal				
25. Soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud.				
26. Cumpló con el tratamiento de mi enfermedad aunque me parezca complicado.				
27. Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo.				
28. Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud.				
29. Por alguna razón deje de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud.				
Percepción del riesgo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
30. Consumir bebidas alcohólicas aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud.				
31. Es necesario suspender el uso del cigarrillo como parte fundamental de mi tratamiento.				
32. Pienso que si NO consumo los medicamentos como me han indicado, tengo probabilidad de presentar una alteración en mi salud.				
33. Pienso que tengo riesgo de obesidad o de tener un infarto en el corazón si consumo alimentos grasos, salados y embutidos.				
34. Creo que tengo mayor probabilidad de tener complicaciones cerebrales, renales con relación a otras personas que NO tienen enfermedad cardiovascular.				
35. Creo que NO realizar ejercicio físico me llevara a tener mayor riesgo de complicaciones en mi salud.				
Expectativas de autoeficacia para el manejo del estrés	Nunca	Pocas Veces	Casi siempre	Siempre
36. Puedo realizar actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones tensionantes.				
37. Cuando estoy angustiado, hago algo que me ayude a sentirme mejor.				
38. Es difícil manejar las situaciones tensionantes o que me producen estrés.				

Anexo I. Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES POR MESES												
ACTIVIDAD/TIEMPO	2018											2019
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
ANTEPROYECTO												
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA												
MARCO REFERENCIA												
MARCO LEGAL												
MARCO CONCEPTUAL												
DISEÑO METODOLÓGICO												
CONSIDERACIONES ÉTICAS												
VALIDACIÓN LISTA DE CHEQUEO												
REVISIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA												
REALIZACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO												
RECOLECCIÓN DE DATOS												
TABULACIÓN DE DATOS												
ANÁLISIS DE DATOS												
ELABORACIÓN DEL INFORME												
AJUSTES SI PROCEDE												
SUSTENTACIÓN												

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade Méndez B; Céspedes Cuevas V. Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento. *Enferm Univ -Mex-*. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2017;14(4):266–76.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. *Adherencia a los Trat a largo plazo pruebas para la acción*. 2004;127–32.
3. OMS. Enfermedades no transmisibles. WHO. 2017.
4. World Health Organization. Informe Colombia. 2014;1.
5. Consenso Latinoamericano de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD).
6. Humphreys J, Carrieri-Kohlman V. Middle Range Theory for Nursing. In: *Middle range theory for nursing*. 2008. p. 458.
7. Galvis DYH. Relación entre estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardiaca. *Av e*. 2014;XXXIII(1):114–23.
8. Salud IN de. Boletín Observatorio Nacional de Salud. 2013.
9. ARMANDO LARA SÁNCHEZ ALCALDE MUNICIPAL NEIVA FAIVER AUGUSTO SEGURA OCHOA Secretaria de Salud Municipal Neiva NANCY MILENA AYA VANEGAS Profesional Especializado CARLOS ANDRES MONTENEGRO PUENTES Enfermero – Epidemiólogo R. ALCALDÍA MUNICIPAL DE NEIVA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL NEIVA – HUILA. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CON EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES (ASIS) MUNICIPIO DE NEIVA -HUILA 2016. SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE NEIVA.
10. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey Y, Ávila Cruz M, Roca Díaz N, Cabrera Cisneros E. Archivo médico de Camagüey. [Internet]. Vol. 7, *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2003 [cited 2018 Apr 1]. 718-725 p. Available from: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552003000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. *Revista cubana de medicina militar*. Editorial Ciencias Médicas;
12. M. MARTÍN RUIZ. *Revista Habanera De Ciencias Médicas*. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2006;5(4):1–15. Available from: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729->

519X2008000300003&script=sci_arttext

13. Centro de Estudio para las Enfermedades no Transmisibles (Cuba) R, Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas (Cuba) M, Castillo Silva D, Rodríguez Márquez O, Hernández Valdés J. Finlay: revista de enfermedades no transmisibles. Vol. 7, Revista Finlay. Centro de Estudio para las Enfermedades Crónicas no Transmisibles de la Universidad de las Ciencias Médicas; 2011. 74-80 p.
14. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey JM, Acosta Silva M. Archivo médico de Camagüey. Vol. 21, Revista Archivo Médico de Camagüey. 2017. 361-369 p.
15. Díaz-Realpe JE, Muñoz-Martínez J, Sierra-Torres CH. Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia. Rev Salud Pública. Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia; 2007;9(1):64–75.
16. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. Acta Médica Colomb. 2005;
17. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. AH, LIÁN AH. Avances en enfermería. Vol. 26, Avances en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2008. 36-42 p.
18. 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. 2012;
19. Bonilla Ibañez C, Gutiérrez De Reales E. 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. Av en Enfermería. 2014;32(1):53–62.
20. Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, Romero T. 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. Rev Chil Cardiol. 2015;34(1):18–27.
21. Van Dulmen S, Sluijs E, Van Dijk L, De Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: A review of reviews. BMC Health Serv Res. 2007;7:1–13.
22. Constitución Política de Colombia. 2016 [cited 2018 May 8]; Available from: [http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion politica de Colombia.pdf](http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion_politica_de_Colombia.pdf)
23. Congreso de la república. Ley 100- 23 diciembre 1993. LEY [Internet]. 1993

- [cited 2018 May 8];100. Available from: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>
24. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 4003 del 21 de octubre de 2008. [cited 2018 May 8]; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4003-2008.pdf>
 25. Smith MJ, Liehr PR, Lynn CE. Middle Range Theory for Nursing.
 26. OMS. Enfermedades cardiovasculares. 2015.
 27. MINSALUD. Enfermedades cardiovasculares.
 28. Ordóñez FS, Cánovas JS, Pacheco R. Riesgo cardiovascular Keywords : Rev la Educ Super. Elsevier España, S.L.U.; 2017;12(42):2477–84.
 29. Alcedo MG, Gabriela J. Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular. 2015;25:57–71.
 30. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Parra DI, Rojas-Sánchez LZ. Adherencia Al Tratamiento: Concepto Y Medición. Hacia la promoción la salud. 2016;0121-7577(2462–8425):117–37.
 31. Salinas Cruz E, Guadalupe M, Galán N, En Enfermería L, En Enfermería En Educación M. www.medigraphic.org.mx Adherencia terapéutica. Enf Neurol. 2012;11(2):102–4.
 32. Achury Saldaña DM, Sepúlveda Carrillo GJ, Rodríguez Colmenares SM, Giraldo IC. Validez y confiabilidad de un instrumento evaluativo de adherencia en pacientes con falla cardiaca. Enferm Glob. 2012;11(2):1–9.
 33. Martínez JW, Perea JAV, Jaramillo J, Betancur AMQ, Calderón V. Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento antihipertensivo Martín Bayarré Grau. Rev Médica Risaralda. 2011 Jun;17(2).
 34. Danilo Andrés Cárdenas Bautista, Ospina JDL, Cifuentes NTG. CONDICIONES DE TRABAJO Y ESTADO DE SALUD DEL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES DE LA UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA SECCIONAL GIRARDOT AÑO 2015.
 35. Kalla S. No Title. Explorable.
 36. criterios de inclusiónx. eupati.
 37. Menos de la mitad de los adultos colombianos hace actividad física [Internet]. [cited 2019 Jan 6]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Menos-de-la-mitad-de-los-adultos-colombianos-hace-actividad-fisica-.aspx>
 38. OMS | El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. WHO [Internet]. World Health Organization; 2013 [cited 2018 Feb 28]; Available from:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

39. OPS/OMS Colombia - Sobrepeso afecta a casi la mitad de la población de todos los países de América Latina y el Caribe salvo por Haití [Internet]. [cited 2019 Jan 6]. Available from: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2686:sobrepeso-afecta-a-casi-la-mitad-de-la-poblacion-de-todos-los-paises-de-america-latina-y-el-caribe-salvo-por-haiti&Itemid=562
40. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. AR, Acelas ALR, Ochoa AMG. Avances en enfermería. [Internet]. Vol. 28, Avances en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2010 [cited 2019 Jan 21]. 63-71 p. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15656>
41. Bibliotecas DN de, Fontal Vargas PA, Fontal Vargas PA, Fontal Vargas PA. Repositorio institucional UN. 2014 [cited 2019 Jan 21]; Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/47146/>
42. Ibarra O, Ramón B, Verdugo M. Lo que debes saber sobre la ADHERENCIA al tratamiento [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 25]. Available from: www.euromedice.net
43. González-Cantero JO, González Á. MDLÁ, Vázquez C. J, Galán C. S. Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. Rev Investig en Psicol [Internet]. 2016 May 10 [cited 2019 Jan 25];18(1):47. Available from: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/11772>
44. Fernanda M, Ponce B. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y AUTOEFICACIA EN HOMBRES CON VIH/SIDA DE LA CIUDAD DE CALI [Internet]. [cited 2019 Jan 25]. Available from: http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/8602/Adherencia_tratamiento_autoeficiencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
45. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas (Cuba) G, de Dios Lorente JA. Medisan. [Internet]. Vol. 18, MEDISAN. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas; 2014 [cited 2019 Jan 25]. 287-298 p. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200020