



Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué, Colombia¹

Madeleine Cecilia Olivella Fernández²

Clara Victoria Bastidas Sánchez³

Claudia Patricia Bonilla Ibáñez⁴

doi:10.11144/Javeriana.ie18-2.caat

Cómo citar: Olivella Fernández MC, Bastidas Sánchez CV, Bonilla Ibáñez CP. Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué, Colombia. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2016;18(2):13-29. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.caat>

-
1. Artículo original de investigación. Fecha de recepción: 21 de marzo de 2015. Fecha de aceptación: 4 de diciembre de 2015.
 2. Magíster en Enfermería con énfasis en Paciente Crónico. Candidata a Doctora en Bioética. Docente de la Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima, Ibagué, Colombia. Correo electrónico: mcolivel@ut.edu.co
 3. Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Cardiovascular. Docente de planta de tiempo completo del Programa de Enfermería. Miembro del grupo de investigación Cuidado de la Salud de la Universidad del Tolima, Ibagué, Colombia. Correo electrónico: cvbastid@ut.edu.co
 4. Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Cardiovascular. Estudiante del Doctorado en Enfermería. Docente de planta de tiempo completo del Programa de Enfermería. Miembro del grupo de investigación Cuidado de la Salud UT, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima Ibagué, Colombia. Correo electrónico: cbonilla@ut.edu.co

Resumen

Objetivo: Valorar comportamientos de autocuidado y de adherencia terapéutica en tratamientos de un grupo de personas con enfermedad coronaria que recibieron atención en Ibagué, Colombia, en el 2013. *Método:* Estudio descriptivo-transversal en una muestra de 55 pacientes con enfermedad coronaria, atendidos en el servicio de consulta externa de una institución prestadora de servicios de salud de cuarto nivel de atención en la ciudad de Ibagué, entre septiembre y noviembre del 2013. La información se recogió utilizando la Escala Europea de Autocuidado (ajustada) y el Instrumento de Adherencia, tercera versión, de Bonilla y De-Reales, y el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v. 19. *Resultados:* El promedio de autocuidado resultado de la muestra fue de regular autocuidado con 32 puntos (DE: 7,04); distribuidos en 7,27% para bajo autocuidado, 61,81% para regular autocuidado y 30,3% para buen autocuidado. Al analizar la adherencia se obtuvo un promedio de 53,96 puntos (DE: 5,01) de riesgo de no adherencia a los tratamientos; es decir, el 3,63% de las personas no tiene adherencia, el 65,45% está en riesgo de no adherencia y el 30,9% está en ventaja de adherencia. *Conclusiones:* Los comportamientos de autocuidado que se relacionan con una regular agencia de autocuidado afectan especialmente la realización de actividades diarias, como pesarse todos los días, disminuir la ingesta de líquidos y hacer ejercicio regularmente. Así, más de la mitad de la población encuestada se encuentra en riesgo de no adherencia, manifestada en la dificultad de realizar acciones para seguir recomendaciones de tipo farmacológico y no farmacológico. Y la medición de los fenómenos de autocuidado y de adherencia en grupos específicos de pacientes sirve como elemento orientador del cuidado de enfermería, por lo cual es necesario realizar estudios similares en poblaciones mayores.

Palabras clave: autocuidado; adherencia; enfermedad coronaria

Self-care Behaviors and Therapeutic Adherence in People with Coronary Disease who Receive Care at a Hospital in Ibague, Colombia

Abstract

Objective: To assess self-care behaviors and adherence to treatment of a group of people with coronary heart disease who received care in Ibague, Colombia, in 2013. *Method:* descriptive cross-sectional study in a sample of 55 patients with coronary artery disease treated at the outpatient service at a fourth-level health providing institution in the city of Ibague, between September and November 2013. The information was collected using the The European Heart Failure Self-care Behavior scale (adjusted) and the Instrument of Adhesion, third version by Bonilla and De-Royal, and the statistical analysis was performed using SPSS program v 19. *Results:* The average self-care generated from the sample was: ordinary self-care with 32 points (SD 7.04); Distributed in 7.27% to low self-care, ordinary self-care 61.81% and 30.3% for good self-care. By analyzing adherence an average of 53.96 points (SD: 5.01) of risk to non-adherence to treatment was obtained; ie 3.63% of people have no compliance, 65.45% are at risk of non-adherence and 30.9% are in advantage of adhesion. *Conclusions:* self-care behaviors that relate to an ordinary self-care performance especially affect the development of daily activities such as weighing every day, reducing fluid intake and exercising regularly. Thus, more than half of the surveyed population is at risk of non-adherence, manifested in the difficulty of taking action to follow pharmacologic and non-pharmacologic recommendations. And measuring the phenomena of self-care and adherence to specific patient groups serves as a guiding element of nursing care, and therefore it is important to carry out similar studies in larger populations.

Keywords: self-care; adherence; coronary heart disease

Comportamientos de autocuidado e adesão terapêutica em personas com doenças coronárias que recebem atendimento em uma instituição hospitalar de Ibagué, Colômbia

Resumo

Objetivo: Valorar comportamentos de autocuidado e adesão terapêutica em tratamentos do pessoal com doença coronária que receberam atendimento em Ibagué, Colômbia, em 2013. *Método:* Estudo descritivo-transversal com amostra de 55 pacientes com doença coronária, atendidos no serviço de consulta externa em uma instituição prestadora de serviços de saúde de quarto nível de atendimento na cidade de Ibagué, entre setembro e novembro de 2013. A informação foi coletada utilizando a Escala Europeia de Autocuidado (ajustada) e o Instrumento de Adesão, terceira versão, de Bonilla e De-Reales, e a análise estatística foi realizada com o programa SPSS v. 19. *Resultados:* O autocuidado médio resultante da amostra foi de regular autocuidado com 32 pontos (DE: 7,04); distribuídos em 7,27% para baixo autocuidado, 61,81% para regular autocuidado e 30,3% para bom autocuidado. Na análise da adesão foi obtida uma média de 53,96 pontos (DE: 5,01) de risco de não adesão aos tratamentos; ou seja, 3,63% do pessoal não tem adesão, 65,45% está em risco de não adesão e 30,9% está em vantagem de adesão. *Conclusões:* Comportamentos de autocuidado relacionados com uma agência regular de autocuidado afetam especialmente a realização de atividades diárias, como pesar-se todo dia, diminuir a ingesta de líquidos e fazer exercício regularmente. Assim, mais da metade da população pesquisada encontra-se em risco de não adesão, manifesta na dificuldade de realizar ações para seguir recomendações de tipo farmacológico e não-farmacológico. E a aferição de fenômenos de autocuidado e adesão em grupos específicos de pacientes serve como elemento norteador do cuidado de enfermagem, por tanto é preciso realizar estudos semelhantes em populações maiores.

Palavras-chave: autocuidado; adesão; doença coronária

Introducción

La enfermedad cardiovascular sigue siendo una de las primeras causas de morbimortalidad en la población colombiana. Según el informe del 2014 de la Organización Mundial de la Salud, esta patología produce el mayor número de muertes en todo el mundo (1). Así, las enfermedades isquémicas del corazón constituyen la primera causa de muerte en Colombia, y desde el año 2005 han tenido una tendencia al aumento. Para el 2012 se observó un ligero incremento, al presentarse una tasa de 67,25 por cada 100.000 habitantes respecto al 2011, lo que evidenció una tasa de 63,79 por cada 100.000 habitantes (1). En el departamento del Tolima, Colombia, la tasa de mortalidad por esta causa es mayor a la tasa nacional, lo que podría estar influenciado por algunas tradiciones gastronómicas y modos de vida de los tolimenses (2).

Frente a estas alarmantes cifras, la adopción de estilos de vida saludables constituye un elemento esperanzador, pues cuidar de sí mismos para las personas con enfermedad cardiovascular es la base fundamental para afrontarla, especialmente por la incidencia que esta decisión tiene en el pronóstico y la esperanza de vida del enfermo. En el mundo, la optimización del autocuidado tiene como fin mejorar la supervivencia y el bienestar, así como prevenir hospitalizaciones (3).

De ahí que el cuidado de la persona con enfermedad coronaria implique un fuerte compromiso personal y resulte costoso para el enfermo y su familia, pues se requieren acciones como dedicación, educación y cuidado individualizado, así como estrategias de disminución de costos a través de la prevención, que mejoren la condición de vida del enfermo con un cuidado efectivo. De esta forma, hasta un 50% de los reingresos hospitalarios podrían haberse evitado si los pacientes hubiesen realizado las actividades de autocuidado, cumplido con el tratamiento y recibido el apoyo social suficiente, para así evitar posibles secuelas de las hospitalizaciones (4,5).

La guía clínica para el manejo del síndrome coronario en Colombia ha definido la importancia de instaurar medidas de prevención secundaria, relacionadas con el control de los factores de riesgo cardiovascular, haciendo una recomendación fuerte a favor de este grupo de atención, que comprende: la modificación o suspensión de hábitos como el tabaquismo, el alcoholismo y el sedentarismo; la adopción de tratamiento farmacológico de enfermedades coexistentes, como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias, hiperuricemia, obesidad; el apoyo psicológico, que les permita su reintegración a las actividades de la vida diaria; la asistencia a un programa integral de rehabilitación cardíaca; la detección de riesgo, y la educación a familiares directos del paciente (6).

También es necesario asumir el *autocuidado*, referido a las prácticas iniciadas por el paciente que ayudan a mantener y optimizar su bienestar físico, mental y social (7). Orem lo define “como las acciones intencionadas y aprendidas por la persona para controlar factores internos y externos que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior” (8).

El autocuidado destaca la participación de la persona enferma como sujeto activo para conocer, desarrollar habilidades y motivarse hacia su propio cuidado. Algunos estudios en América Latina han hecho hincapié en la agencia

de autocuidado, al demostrar que especialmente para personas con déficit de requisitos de autocuidado en estado de desviación de la salud, el cuidado de enfermería no debe dirigirse a la capacitación para cuidar de sí mismo y poder alcanzar comportamientos adecuados a sus demandas terapéuticas, sino que en la etapa aguda de la enfermedad lo que las personas esperan es que los profesionales les brinden cuidados. Aquí se establece que si las personas reconocen sus capacidades de cuidarse a sí mismos, puedan hacer un mejor uso de los servicios de salud, lo que corrobora el hecho de que el autocuidado disminuya las hospitalizaciones en este tipo de pacientes (9,10).

El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas comprendan su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones y así elijan un curso de acciones apropiadas. En este sentido, el autocuidado es la práctica después de haber hecho un juicio y haber tomado la decisión de las actividades que mantendrán la vida, la salud y la promoción en su bienestar, actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo que se aprenden y están condicionadas por muchos factores incluidos la edad, la salud, la maduración y la cultura (9,10).

Por otro lado, la adherencia se ha definido desde diferentes enfoques, como el de la American Heart Association, que la define como: "el porcentaje de dosis prescritas tomadas por el paciente en un periodo de tiempo específico, siendo adherentes cuando toman un 80% o más de sus prescripciones médicas"; mientras que la Organización Mundial de la Salud respalda la idea de la adhesión que abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud, no solamente los que indican la toma de medicamentos, sino los que incluyen cambios en su estilo de vida, búsqueda de atención médica, cumplimiento de dietas, toma de la medicación adecuada, asistencia a las citas de seguimiento y ejecución de las modificaciones recomendadas por personal asistencial (11,12).

Varios autores apuntan hacia la adherencia como un componente integral en el autocuidado de las enfermedades coronarias y lo enfocan en su mantenimiento en el tiempo, al buscar la estabilidad fisiológica con prácticas adecuadas para el manejo de la enfermedad y lograr hábitos y comportamientos saludables. Así, el cumplimiento de la adherencia farmacológica y no farmacológica apunta y apoya el objetivo principal del autocuidado, que es cuidar de sí mismo (11,13).

Luego la importancia de indagar sobre comportamientos de autocuidado y adherencia al tratamiento en las personas con enfermedad coronaria se debe a que estos dos elementos pueden convertirse en predictores de hospitalizaciones. Sin embargo, históricamente, la adhesión a los regímenes de medicación, dieta y ejercicio han sido pobres, tanto que en países desarrollados el cumplimiento para pacientes con enfermedades crónicas ha sido de un 50%, cifra mucho menor en países en vías de desarrollo (11,12).

Además, el incumplimiento como la falta de adherencia al plan de atención en las personas con enfermedad coronaria da origen a complicaciones médicas y psicosociales que reducen la calidad de vida y generan descompensación, acortamiento de la expectativa de vida y posibles rehospitalizaciones con la consecuente incapacidad y desperdicio de recursos asistenciales (12,14).

De ahí que las actividades de autocuidado diario en la enfermedad coronaria y la adherencia al tratamiento hagan parte de las conductas de mantenimiento que deben ser realizadas de manera rutinaria, como una forma de mantener la salud, a través de comportamientos específicos de mantenimiento del autocuidado, como son: mantener la actividad física, la dieta recomendada, el registro diario del peso, el plan de medicamentos en la hora y dosis indicadas y el registro periódico de la tensión arterial que se derivan a partir de la literatura científica y que continúan siendo el foco central de vigilancia en el ámbito hospitalario (14,15).

El objetivo de este estudio fue valorar los comportamientos de autocuidado y de adherencia terapéutica en un grupo de personas con enfermedad coronaria en Ibagué, como un punto de partida para futuras intervenciones.

Método

Estudio descriptivo-transversal en la población de pacientes con enfermedad coronaria, atendidos en el servicio de consulta externa de una institución prestadora de servicios de salud de cuarto nivel de atención de la ciudad de Ibagué, Colombia, entre septiembre y noviembre del 2013. Esta institución es el principal centro de referencia regional y departamental en la atención de personas con este tipo de patología.

La población fue de 314 pacientes con diagnóstico de enfermedad coronaria, de la cual se seleccionaron 55 sujetos para el estudio y a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia se cumplieron los criterios de selección: firmar el consentimiento informado, ser mayores de 30 años de edad al momento de la recolección de los datos, estar diagnosticados con enfermedad coronaria por cardiología y medicina interna, no tener limitación mental o auditiva, contar con tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito y estar siendo atendidos por el servicio de consulta externa de la institución. Se excluyeron aquellos con patologías que no fueran de origen cardiovascular y los que tuvieran incompletos los datos de las historias clínicas. Se realizó la visita domiciliaria previa aceptación por vía telefónica para la participación en el estudio.

El encuestador fue un enfermero capacitado por los investigadores, quien hizo acompañamiento domiciliario, explicó el consentimiento informado (a fin de mostrar la importancia del estudio) y la forma de divulgación de los resultados. El diligenciamiento del instrumento fue realizado por cada paciente de forma individual, excepto aquellos en quienes por su condición de salud fuera imposible.

Se aplicaron dos instrumentos: el primero fue la Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca, probada y validada en 442 pacientes en seis centros europeos de Holanda, Suecia e Italia, y posteriormente fue traducida a varios idiomas incluyendo el español. Se utilizó la versión traducida al español, que tiene un alfa de Cronbach de 0,8 y está compuesta por doce ítems que abordan diferentes aspectos de autocuidado: 1) seis ítems relacionados con el cumplimiento del régimen terapéutico, 2) cuatro ítems enfocados en búsqueda de ayuda y solución cuando se incrementan los síntomas de la patología, y 3) dos ítems restantes para medir la adaptación que tiene

el paciente con la enfermedad. Cada ítem se puntúa de uno a cinco, en una escala de respuesta tipo Likert, donde uno indica completamente de acuerdo/siempre, y cinco, completamente en desacuerdo/nunca (16,17).

Cada individuo puede obtener un puntaje entre 12 y 60 puntos e indicar los valores inferiores en un mejor autocuidado: valores entre 12 y 28 puntos representan buen autocuidado, pues señalan un óptimo control de signos de alarma (fatiga, disnea, aumento de peso y edema), por medio de acciones dirigidas. Un regular autocuidado está representado por 29-44 puntos, que revelan un adecuado control de los signos de alarma. Sin embargo, esto indica que las personas no llevan a cabo todas las recomendaciones brindadas para prevenir y controlar los síntomas de la enfermedad. El bajo autocuidado se evidencia por obtener entre 45 y 60 puntos, lo que indica que a las personas se les dificulta mantener un óptimo o adecuado control de los signos de alarma, al no realizar acciones a favor del control de los síntomas de la enfermedad (16,17).

El segundo instrumento fue la tercera versión de los Factores que Influyen en la Adherencia a Tratamientos Farmacológicos y no Farmacológicos en Personas que Presentan Factores de Riesgo de Enfermedad Cardiovascular, constituido por 24 ítems distribuidos en cuatro dimensiones, que son los factores que influyen en la adherencia. Tiene un alfa de Cronbach de 0,61 y fue probado en 485 pacientes provenientes de seis localidades de Bogotá. Utiliza una escala tipo Likert de nunca = 1, a veces = 2 y siempre = 3. Cada individuo puede obtener un puntaje entre 24 y 72 puntos. En un rango de 24 a 40 no hay adherencia; de 41-56 puntos hay riesgo de no adherencia, y 57 a 72 puntos existe ventaja de adherencia (18).

La información fue procesada a través del paquete estadístico SPSS versión 19. Así, con el análisis de las variables cualitativas, se calcularon frecuencias y porcentajes, y para las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central (media y desviación estándar).

Aspectos éticos

Las consideraciones éticas de este estudio están basadas en los lineamientos de la resolución 8430 de 1993, siendo clasificado como una investigación sin riesgo. Allí prevaleció el criterio del respeto a la dignidad, la protección de los derechos de los individuos y su bienestar, protección de la privacidad de la información para los datos suministrados y los resultados entregados. Siendo avalado el estudio, por los respectivos comités de ética de la institución hospitalaria y de la Universidad del Tolima.

Resultados

Caracterización de pacientes con enfermedad coronaria

La muestra estuvo conformada por un 54,5% de pacientes de sexo femenino y por un 45,5% de sexo masculino. La edad promedio fue de 64-82 años (DE: 15,41). El valor mínimo fue de 30 años y el máximo de 88 años. Al observar su distribución, el 65,5% de los pacientes se encuentra en el rango

de edad entre 50 y 79 años, con un 18,2% que fueron pacientes de 80 años y más y con 16,4% que son pacientes entre 30 años y 49 años.

En la distribución de las edades por sexo, el 46,7% fueron pacientes del género femenino en edades entre 65 y 79 años, y en el género masculino el 40% se encontraban en edades entre 50 y 64 años, además los pacientes menores de 50 años eran el 16,9% mujeres y el 16% hombres.

Al analizar la distribución por diagnóstico de enfermedad, se observó que el 69,1% de los pacientes tiene insuficiencia cardiaca; el 25,5%, cardiopatía dilatada, y el 5,4%, infarto y cardiopatía isquémica (figura 1).

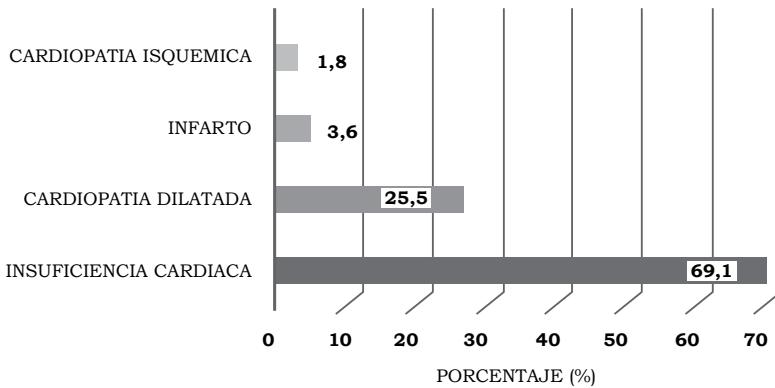


FIGURA 1. Distribución porcentual por tipo de diagnóstico en pacientes con enfermedad coronaria atendido en el servicio de consulta externa, Ibagué, 2013

FUENTE: elaboración propia

De acuerdo con el diagnóstico según el sexo, en el género femenino la cardiopatía dilatada (30%), el infarto (6,7%) y la cardiopatía isquémica (3,3%) presentan mayor proporción comparada con la del género masculino, a diferencia de la insuficiencia cardiaca (figura 2).

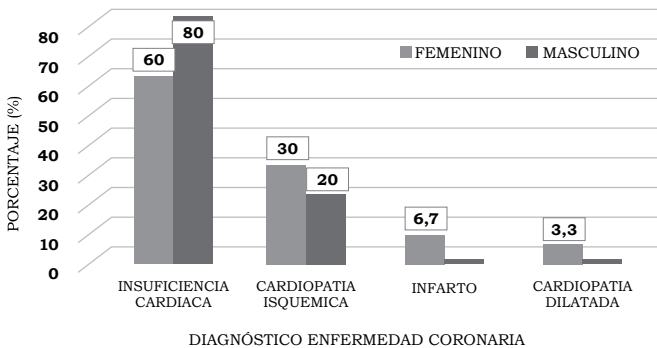


FIGURA 2. Distribución porcentual de sexo según diagnóstico en pacientes con enfermedad coronaria atendido en el servicio de consulta externa, Ibagué, 2013

FUENTE: elaboración propia

En el diagnóstico de enfermedad coronaria con respecto a la edad, se observa que la proporción en todos los grupos de edades se encontró por encima del 50% para la insuficiencia cardiaca, seguido por la cardiopatía dilatada para las edades de 65 y más años (figura 3).

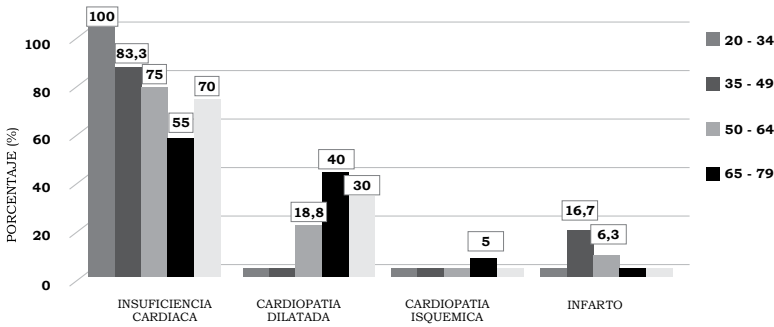


FIGURA 3. Distribución porcentual de grupos de edad según diagnóstico en pacientes con enfermedad coronaria atendidos en el servicio de consulta externa, Ibagué, 2013

FUENTE: elaboración propia

Autocuidado en pacientes con enfermedad coronaria

La media resultante al analizar el autocuidado en la muestra fue de 32 puntos (DE: 7,04), lo cual indica un regular autocuidado. De acuerdo con la escala Likert evaluada, los valores de respuesta de los participantes oscilaron entre 19 y 48, frente al rango real del cuestionario de 12 a 60 puntos. Así, el 61,8% de los participantes presentó regular autocuidado; el 30%, buena agencia de autocuidado, y menos del 10%, baja agencia de autocuidado, como se observa en la tabla 1.

TABLA 1. Interpretación global de la Escala Europea de Autocuidado en insuficiencia cardiaca

Rango según puntaje obtenido	Interpretación	n	%
12-28	Buen autocuidado	17	30,90
29-44	Regular autocuidado	34	61,81
45-60	Bajo autocuidado	4	7,27
Total		55	100,00

FUENTE: elaboración propia

En detalle con respecto a las preguntas del instrumento, se observó que más del 50% de los pacientes respondió como “siempre” a las preguntas 2, 3, 4, 7, 8, 9 y 10, relacionadas con la aparición de síntomas y el posterior llamado al médico, cumplimiento con las indicaciones médicas como

dieta baja en sal y toma de medicamentos (tabla 2). Las preguntas 5, 6, 11 y 12 alcanzaron cerca del 50% para la respuesta, completamente desacuerdo o nunca, y finalmente para la pregunta 1, el 73% de los participantes estuvo en desacuerdo con pesarse todos los días, como se observa en la tabla 2.

TABLA 2. Distribución porcentual de respuesta por preguntas del instrumento de la Escala Europea de Autocuidado en insuficiencia cardiaca, en porcentajes

Actividad	Completamente de acuerdo siempre (1)	De acuerdo (2)	Indeciso (3)	Desacuerdo (4)	Completamente desacuerdo nunca (5)	Total
1. Me peso cada día	0,0	3,6	7,3	72,7	16,4	100
2. Si siento ahogo (disnea), me paro y descanso	85,5	10,9	1,8	0,0	1,8	100
3. Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi médico o enfermera	47,3	5,5	9,1	14,5	23,6	100
4. Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi médico o enfermera	54,5	5,5	5,5	10,9	23,6	100
5. Si aumento 2 kilos en una semana, contacto con mi médico o enfermera	25,5	0,0	9,1	18,2	47,3	100
6. Límite la cantidad de líquidos que bebo (a menos de 1,5 o 2 litros diarios)	27,3	14,5	5,5	5,5	47,3	100
7. Reposo un rato durante el día	67,3	3,6	23,6	1,8	3,6	100
8. Si noto aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi médico o enfermera	52,7	7,3	5,5	18,2	16,4	100
9. Realizo una dieta baja en sal	74,5	3,6	7,3	5,5	9,1	100
10. Tomo la medicación como me han dicho	72,7	3,6	20,0	0,0	3,6	100
11. Me vacuno contra la gripe todos los años	12,7	1,8	9,1	21,8	54,5	100
12. Hago ejercicio regularmente	21,8	5,5	10,9	12,7	49,1	100

FUENTE: elaboración propia

Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad coronaria

Al evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, se observó que el promedio de los pacientes con un 53,96 puntos (DE: 5,01) se encontraban en riesgo de no adherencia a sus tratamientos, pues los valores de respuesta de los participantes oscilaron entre 40 y 63, frente al rango real del cuestionario de 24 a 72 puntos.

El 65,45% de los pacientes se encontraba en riesgo de no adherencia o de no realizar o desarrollar todas las acciones para seguir su tratamiento tanto en lo farmacológico como en lo no farmacológico; el 30,9% presentó comportamientos que dieron ventaja a la adherencia, es decir, realizan un número importante de acciones que indican que siguen las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas en un 3,63% de no adherencia con un índice bajo de comportamientos que indican que no siguen las instrucciones de su tratamiento (tabla 3).

TABLA 3. Interpretación global del instrumento evaluación de los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Rango según puntaje obtenido	Interpretación	n	%
24-40	No adherencia	2	3,63
41-56	Riesgo de no adherencia	36	65,45
57-72	Ventaja de adherencia	17	30,90
Total		55	100,00

FUENTE: elaboración propia

Discusión

La edad promedio fue de 64,82 años (DE: 15,41), comparada con la de pacientes de Medellín con diagnóstico de síndrome agudo coronario, donde se evidenció que la población etaria era de 65 ± 13 años (19) y que en el servicio de medicina interna y cardiología del Hospital San José de Bogotá la edad promedio era de 64,8 años (DE: 13,7 años) en pacientes con el mismo diagnóstico (20).

Con relación a la edad, se observó que el inicio de la enfermedad se presenta tempranamente, pues se reportaron pacientes con edades entre los 20 y 34 años con factores asociados a enfermedad coronaria. Tanto así que para este estudio el 16,4% estuvo en edades entre 30 y 49 años, lo que puede relacionarse con estilos de vida poco saludables de las personas adultas jóvenes y el aumento en factores de riesgo como sedentarismo, tabaquismo y gran consumo de comida procesada (21).

Las mujeres presentan mayor proporción en tres de los diagnósticos hallados, a diferencia del género masculino, donde la enfermedad coronaria como causa de muerte en mujeres ha aumentado a pesar de los avances en su diagnóstico y tratamiento. La presentación clínica y la edad de inicio de los síntomas de la enfermedad coronaria presenta características diferentes

en ellas, lo que puede conducir a un retraso en su manejo terapéutico o subdiagnóstico, que se ve agravado en que ellas consultan tardíamente los servicios de emergencias en comparación con los hombres, cuando cursan cuadros coronarios tanto agudos como crónicos, lo que aumenta las tasas de morbimortalidad (22). En el departamento del Tolima, los adultos mayores y las mujeres son los grupos poblacionales con mayor riesgo de presentar este tipo de enfermedades (22,23).

El 69,1% de la población estudio tiene insuficiencia cardiaca, y esto se debe evaluar como problema de salud pública, pues es una enfermedad que reporta incapacidad y altos costos al sistema de salud por su gran carga asistencial (24,25).

Al comparar la calificación del instrumento de Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardiaca en diferentes poblaciones, se observó que el comportamiento de autocuidado obtuvo resultados similares: $32 \pm 7,04$. Por ejemplo, en pacientes de Polonia estaba en $34,2 \pm 8$, lo que indica regular autocuidado, a diferencia de un estudio realizado en España, donde se obtuvo $24,2 \pm 7,7$ como calificación, que indica un buen autocuidado y disminuye a medida que realizaban intervenciones en determinado periodo, lo cual es esto de importancia como seguimiento de los programas (26,27).

Las personas del estudio con diagnóstico de insuficiencia coronaria tuvieron un comportamiento regular ante el autocuidado. Por eso, es necesario generar cambios positivos, como la creación e implementación de guías educativas, la participación social y comunitaria, la concertación y negociación de conflictos, las alianzas estratégicas y la motivación, que han demostrado ser efectivas para disminuir las consecuencias inherentes a la enfermedad. Además, existen nuevas estrategias, como la entrevista motivacional y el seguimiento telefónico, para ser estudiados en estudios posteriores (17).

En las preguntas referentes al cumplimiento del régimen terapéutico, se observó que esta muestra tuvo un comportamiento similar a la presentada en una de pacientes hospitalizados en Bogotá. Allí se aplicó este instrumento antes y después de la entrevista motivacional (17).

Así es como para este estudio el 72,7% estaba en desacuerdo de pesarse diariamente, comparado con el 61,9% que nunca lo realizaba, proporción que disminuyó después de la intervención. En las preguntas referentes a “limitó la cantidad de líquidos que bebo a menos de 1,5 o 2 litros diarios” (47,3% y 42,86%) y “me vacuno contra la gripa anualmente” (54,5% y 57,14%), presentaron comportamientos similares respondiendo que “nunca” realizan estas actividades los pacientes tolimenses y bogotanos antes de la intervención, respectivamente.

En un estudio con población polaca, una alta proporción de pacientes estuvo insatisfecha ante las preguntas de si se pesa diariamente y aplicarse la vacuna de la gripa todos los años, con resultados similares a este estudio (17,26).

La pregunta 12 también se comparó en los dos estudios: allí se reflejó que el 21,8% se ejercitaba frecuentemente con respecto al 23,81% de los pacientes de Bogotá. Tal proporción debe aumentar con intervenciones educativas en los programas, para fortalecer este factor, que mejora la calidad de

vida del paciente y reduce el riesgo otras enfermedades. Así, este se convierte en eje fundamental de la acción profesional del profesional de enfermería, debido a que evidencia que cerca del 80% de la población es sedentaria (17).

Las preguntas referentes a la capacidad de adaptación a la enfermedad para la muestra tolimense refirieron en un 85,5% que siempre al sentirse ahogados se detenían y descansaban, proporción similar en los pacientes de Bogotá, con 80,95% en el pretest. Por otro lado, de acuerdo con la pregunta 7, la proporción en la respuesta casi siempre (9,52% y 3,6%) y casi nunca (4,76% y 1,8%) “reposaban un rato en el día” fue mayor en el estudio de Bogotá en el pretest que en este estudio, respectivamente (17).

Al comparar los estudios frente a la dimensión del instrumento que evalúa la búsqueda de ayuda ante la exacerbación de los síntomas, la pregunta 3, “contactar al médico o enfermera si la dificultad respiratoria aumenta”, presentó proporciones similares en diferentes tipos de respuesta, es decir, el 23,6% nunca contacta al médico en los pacientes del Tolima con respecto a los 23,81% que respondió “casi nunca”, en Bogotá (17).

En la pregunta 4, “si los pies o las piernas comienzan a hincharse más de lo habitual contacto con mi médico o enfermera”, en este estudio el 5,5% respondió como ocasionalmente y como nunca el 23,6% que realizan esta acción; a diferencia del 33,3% de Bogotá antes de realizar la intervención. Esto indica que una gran proporción de los pacientes de Tolima no reconoce la importancia de estos síntomas como alerta, para asistir a los servicios de salud (17).

El 47,3% de los pacientes tolimenses con insuficiencia coronaria “si aumenta dos kilos en una semana” (pregunta 5) nunca asiste a su médico, frente al 61,9% de los pacientes del estudio de Bogotá. Esto correlaciona la alta proporción de pacientes que no se pesa diariamente por estar en desacuerdo de realizarlo. Con respecto a “si nota aumento de fatiga, asisto al médico” (pregunta 8), la proporción de pacientes tolimenses que lo hace siempre (52,7%) fue mayor al 14,29% en los pacientes de Bogotá, sintomatología en la cual los pacientes tienen reconocimiento (17).

El comportamiento relacionado con la falla en la búsqueda de ayuda ante el recrudecimiento de los síntomas y, por ende, en el autocuidado puede deberse a que el sistema de salud colombiano genera desconfianza ante las acciones como ir a urgencias, solicitar citas prioritarias, con soluciones poco eficaces que desmotivan al paciente a actuar (17).

Se ha reportado que el 45% de los pacientes con enfermedades crónicas falla en la adhesión al régimen terapéutico, cifra que puede incrementarse cuando estos regímenes consisten en un cambio de hábitos o estilos de vida, como ocurre en este estudio. Así, este valor es mucho mayor en los pacientes que están en riesgo de no adherencia y no adherencia con 65,45% y el 3,63%, respectivamente. Esto es preocupante debido a la capacidad del sistema sanitario del departamento, de la discapacidad que genera y disminución de la calidad de vida en los pacientes (28).

Algunos de los factores relacionados con el paciente que actúa sobre la adherencia terapéutica son el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento e inhabilidad

para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el no percibir la necesidad de tratamiento, las creencias negativas con respecto a su efectividad, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, el entender mal las instrucciones del tratamiento, la falta de aceptación del monitoreo, la inadecuada asistencia a los controles de seguimiento, los sentimientos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad (29).

En la persona con enfermedad coronaria, la adherencia comprende una parte de las acciones de autocuidado complejas que la persona debe realizar a diario y que resultan de recibir orientación acerca de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que implica cambios en el estilo de vida, como establecimiento de una rutina y un sistema recordatorio para tomar la medicación, entre otros. Para su éxito, requiere procesos cognitivos de razonamiento y toma de decisiones reflexionadas.

A partir de los resultados del presente estudio, sería interesante indagar con los cuidadores y familiares sobre las percepciones del paciente con insuficiencia coronaria frente aspectos relacionados con el tratamiento farmacológico y la realidad de las acciones de autocuidado que realiza (30,31).

Estos hallazgos plantean una alerta para la intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria y secundaria. En los programas de atención y en los ambientes hospitalarios se requieren profesionales que investiguen la realidad cotidiana de la persona que vive con enfermedad coronaria y la de sus cuidadores, debido a que solo es posible incidir positivamente en la transformación que estos deben hacer de sus estilos de vida, si se conoce cómo se aborda el autocuidado y la adherencia en la cotidianidad.

Conclusiones

Los comportamientos de autocuidado descritos que se relacionan con una regular agencia de autocuidado afectan especialmente la realización de actividades diarias: por ejemplo, pesarse todos los días, disminuir la ingesta de líquidos y hacer ejercicio regularmente. El 61,8% de los participantes presentó regular autocuidado. El departamento del Tolima presenta una de las mayores tasas de morbimortalidad por los diferentes tipos de enfermedad cardiovascular en el país, lo que es compatible con el hallazgo de un pobre autocuidado en el grupo de personas participantes de la investigación.

Más de la mitad de la población encuestada se encuentra en riesgo de no adherencia, manifestada en la dificultad de realizar acciones para seguir recomendaciones de tipo farmacológico y no farmacológico. En el grupo de personas con enfermedad coronaria la adherencia se entiende como un comportamiento de autocuidado y no comprende, por sí sola, el autocuidado como un todo integrador.

Recomendaciones

Favorecer la implementación en el Tolima de acciones de autocuidado con seguimiento como: los planes de alta, el cálculo de la demanda de autocuidado en diferentes patologías, el seguimiento y la visita a través de programas especiales que contribuyan a afrontar el flagelo de la cronicidad.

Realizar estudios de investigaciones analíticas en el Tolima como casos y controles o de cohorte, donde se correlacionen autocuidado y adherencia.

Limitaciones

La Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca ha sido traducida al español, pero no ha sido validada para la población colombiana, lo que se requiere tener en cuenta para estudios posteriores.

El instrumento *Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular* se encuentra en los límites de aceptabilidad para su consistencia interna y sus variables se correlacionan con lo que pretende medir (18).

El tipo de muestreo permite realizar inferencias únicamente a la población de esta institución.

Conflicto de intereses

Ninguno

Financiación

Fondo de Investigaciones de la Universidad del Tolima.

Referencias

1. Fundación Santa Fe de Bogotá. Así vamos en salud [internet]. 2015 [cited 2015 ago 31]. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/21>.
2. Instituto Nacional de Salud. Enfermedad cardiovascular: principal causa de muerte en Colombia. Bogotá; 2013.
3. Jaarsma T, Stromberg A, Ben Gal T, Cameron J, Driscoll A. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns*. 2013 Jul;1(91):114-20.
4. Suárez Jiménez JM. Las enfermedades cardiovasculares: gestión de sistemas subnacionales de salud y recomendaciones para el plan de acción. *Rev Cubana Salud Pública* [internet]. 2011 Jun [cited 2015 ago 31];37(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Campos M, Durán M, Solano S. Costos derivados de la atención a pacientes con enfermedad crónica. *Respuestas*. 2014;19(2):51-8.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía práctica clínica para el síndrome coronario agudo: reporte. Bogotá: Ministerio de Protección Social, Colciencias, Universidad de Antioquia; 2013.
7. Taylor S. Teoría del déficit de autocuidado. En: Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Elsevier; 1997.
8. Rodríguez Gázquez M, Arredondo Holguín E, Salamanca Acevedo Y. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad

- de Medellín (Colombia). *Enferm Glob* [internet]. 2013 Abr [citado 2015 ago 31];12(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000200009&script=sci_arttext
9. Rodríguez F, Guallar P, Montoto C, Conde M, Carreño C, Tabuenca A. El autocuidado y el conocimiento del manejo de la enfermedad predicen la rehospitalización en ancianos con insuficiencia cardiaca. *Rev Clin Esp*. 2008;208(6):269-75.
 10. De Reales E. Foro regional de investigación en enfermería. 2004. Investigación Cuidado Cardiovascular.
 11. Corotto P, McCarey M, Adams S, Khazanie P, Whellan D. Heart failure clinics: heart failure patient adherence epidemiology. *Heart Failure Clin*. 2013 Ene;9(1):48-58.
 12. Organización Mundial de la Salud, Sabaté E. Adherence to long term therapies evidence for action. Ginebra; 2003.
 13. Riegel B, Vaughan Dickson V. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23(3): 190-6.
 14. Albert N, Levi P, Langlois E, Nutter B, Dongsheng Y, Vijaya A. Heart failure beliefs and self-care adherence while being treated in an emergency department. *J Emerg Med*. 2014 Sep;46(1):122-9.
 15. Arósa F, Estruch R. Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66(110):771-4.
 16. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail*. 2003 Jun;5(3):363-70.
 17. Camargo Rojas C, Córdoba Rojas D, Guio Reyes A. La entrevista motivacional como intervención de enfermería para promover el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca en una institución de cuarto nivel en Bogotá, Colombia. *Investig Enferm. Imagen Desarr*. 2013;15(1):31-49.
 18. Ortiz Suárez C. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av Enferm*. 2010;28(2):73-87.
 19. Chavarriaga J, Beltrán J, Senior J, Fernández A, Rodríguez A, Toro J. Características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y pronóstico de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo en unidad especializada. *Acta Med Colomb*. 2014 Ene-Mar;39(1).
 20. Sprockel J, Diaztagle J, Filizzola V, Uribe L, Alfonso C. Descripción clínica y tratamiento de los pacientes con síndrome coronario agudo. *Acta Med Colomb*. 2014 Abril-Junio;39(1):21-8.
 21. Vallardes Mas F, Vallardes Carvajal F, Cruz Perez N. Factores de riesgo coronario modificables en la población de 20-49 años. *Revista Finlay*. 2014;4(2):9.
 22. Camilletti J, Redolatti M, Erriest J. Differences in the presentation and diagnosis of coronary artery disease in women. *Rev Fed Arg Cardiol*. 2013 Feb;42(3):182-8.

23. Sánchez L, Barbosa J, Arias S. Morbilidad cardiovascular por auto-reporte y su asociación con factores biopsicosociales. *Rev Fac Nac Salud Pública* [internet]. 2014 [citado 2015 ago 31];32(1). Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/13628>
24. Hernández Rivas A, Gómez S, Rodríguez M, Villanueva A, Cubero S. Evaluación de la implementación de una intervención educativa enfermera en pacientes atendidos en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del Hospital Universitario Puerta de Hierro. *Nure Investigación*. 2012 Diciembre;(61).
25. Ruiz S, Dueñas R, Gómez J, García R. Factores determinantes del déficit cognitivo en la insuficiencia cardíaca congestiva. *Rev Colom Cardio* [internet]. 2009 Nov-Dic [citado 2015 ago 31];16(6). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-56332009000600004&script=sci_arttext
26. Uchmanowicz I, Łoboz-Rudnicka M, Jaarsma T, Łoboz-Grudzień K. Cross-cultural adaptation and reliability testing of Polish adaptation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS). *Patient Prefer Adherence*. 2014 Oct;8:1521-6.
27. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. *Rev Esp Cardiol*. 2006 Feb;59(2):166-70.
28. Correa Tello K. Efectos de la intervención educativa en la capacidad de agencia de autocuidado y resultados de adherencia en el paciente con stent coronario [Tesis maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014.
29. Zambrano R, Duitama J, Posada J, Floreza J. Precepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Fac Nac Salud*. 2012;30(2):163-74.
30. Zhang K, Dindoff K, Malcolm J, Lane J, Swartzman L. What matters to patients with heart failure? The influence of non-health-related goals on patient adherence to self-care management. *Pat Educ Counsel*. 2015 Ag;98(8):927-34.
31. Pisano González M, González Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin*. 2014;24(1):59-66.