

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO
FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON FALLA CARDIACA EN UNA
CLÍNICA DE TERCER NIVEL, FLORENCIA CAQUETÁ - 2020**

PAOLA YAMILE FANDIÑO

UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
MANIZALES, COLOMBIA

2021

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO
FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON FALLA CARDIACA EN UNA
CLÍNICA DE TERCER NIVEL, FLORENCIA CAQUETÁ - 2020**

PAOLA YAMILE FANDIÑO

ENFERMERA EGRESADA UNIVERSIDAD DE CALDAS

paola.39320135770@ucaldas.edu.co

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR AL TÍTULO DE: ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

DIRECTORA DE TESIS DE GRADO:

DRA. LILLIANA VILLA VELEZ

Ph.D. M.Sc. MD. DOCENTE - INVESTIGADORA

UNIVERSIDAD DE CALDAS

FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

MANIZALES, COLOMBIA

2021

Agradecimientos

Al finalizar este proceso académico, quisiera extender mis agradecimientos a las personas que hicieron parte del mismo y que me permitieron concluirlo a través de su apoyo constante, especialmente dirigido a mi madre, mis hermanas y mi esposo.

Agradezco a la Universidad de Caldas, quien ha sido pilar en mi proceso formativo de pregrado y ahora por permitirme tener este logro en postgrado. Extiendo este agradecimiento a todos los profesores de la especialización en Epidemiología, en especial a la Dra. Diana Betancurth Loaiza por su apoyo constante a lo largo de la especialización.

Mi gratitud a mí asesora de tesis, Dra. Lilliana Villa Vélez, quien contribuyó con su paciencia y dedicación al desarrollo, con sus conocimientos y entrega a la profesión de educadora.

Por último, y no menos importante, agradezco a la institución de tercer nivel por permitirme desarrollar la investigación y poder aportar al conocimiento que guie la toma de decisiones dirigidas a brindar mejor atención a los pacientes.

RESUMEN

La adherencia al manejo médico es un componente fundamental en la evolución de las enfermedades sobre todo crónicas. Las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, cobran un papel fundamental en la salud pública debido al aumento en su incidencia. Estas enfermedades generan complicaciones si no son manejadas adecuadamente, y aquí es importante tener en cuenta el comportamiento de la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, captados en diferentes servicios. Se realizó un estudio epidemiológico observacional, descriptivo, transversal, que incluyó 29 pacientes con falla cardíaca en una clínica de tercer nivel en Florencia Caquetá, en los meses de noviembre y diciembre de 2020. Se realizó la medición de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico a través de un instrumento validado en población colombiana para pacientes con insuficiencia cardíaca.

En cuanto a las características sociodemográficas de los pacientes estudiados, se observó una mediana de 69 años, con predominio del sexo masculino. La distribución según estrato socioeconómico referido por el paciente fue del 58.6% perteneciente al estrato uno, y el nivel de escolaridad fue del 65,5% en nivel analfabeta y primaria.

El estudio mostró que el comportamiento de la no adherencia al manejo farmacológico y no farmacológico en la insuficiencia cardíaca, se presentó principalmente en pacientes de sexo masculino. Los factores conocimiento del tratamiento farmacológico, aceptación de la enfermedad, soporte social y mantenimiento del peso, estuvieron relacionados con la baja adherencia.

Palabras clave: Manejo farmacológico, adherencia al tratamiento, insuficiencia cardíaca.

ABSTRACT

Adherence to medical management is a fundamental component in the evolution of especially chronic diseases. Noncommunicable diseases, such as cardiovascular diseases, play a fundamental role in public health due to the increase in their incidence. These diseases generate complications if they are not managed properly, and here it is important to take into account the behavior of the patient's adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment.

The objective of this study was to determine the frequency of adherence to treatment in patients diagnosed with heart failure, recruited in different services. An observational, descriptive, cross-sectional epidemiological study was carried out, which included 29 patients with heart failure in a third level clinic in Florencia Caquetá, in the months of November and December 2020. The adherence to pharmacological treatment was measured and not pharmacological through a validated instrument in the Colombian population for patients with heart failure.

Regarding the sociodemographic characteristics of the patients studied, a median of 69 years was observed, with a predominance of males. The distribution according to the socioeconomic stratum referred by the patient was 58.6% belonging to stratum one, and the level of education was 65.5% at the illiterate and primary level.

The study showed that the behavior of non-adherence to pharmacological and non-pharmacological management in heart failure occurred mainly in male patients. The factors knowledge of pharmacological treatment, acceptance of the disease, social support and weight maintenance, were related to low adherence.

Key words: Pharmacological management, adherence to treatment, heart failure.

Contenido

1.	INTRODUCCION.....	¡Error! Marcador no definido.
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION	4
3.	OBJETIVOS.....	8
	3.1 Objetivo general	8
	3.2 Objetivos específicos.....	8
4.	MARCO TEÓRICO.....	9
	4.1 Insuficiencia cardiaca congestiva	9
	4.2 Adherencia al tratamiento	15
5.	METODOLOGÍA	22
	5.1 Población.....	22
	5.2 Unidad de análisis e información.....	22
	5.3 Control de sesgos.....	23
	5.4 Criterios de inclusión:	24
	5.5 Criterios de exclusión	24
	5.6 Técnicas de recolección de la información.....	24
	5.7 Análisis	25
	5.8 Operacionalización de variables.....	27
	5.9 Aspectos éticos	27
6.	RESULTADOS OBTENIDOS	28
	6.1 Características sociodemográficas	28
	6.2 Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.....	33
	6.2 Distribución de los resultados según dimensiones del instrumento.	331
7.	DISCUSIÓN.....	37
8.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	453
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	46
	ANEXOS	5250

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de pacientes según servicio y adherencia global al tratamiento farmacológico y no farmacológico

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes con IC que consultaron a la clínica de tercer nivel entre noviembre y diciembre de 2020

Tabla 3. Resultados globales de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con IC que consultaron a la clínica de tercer nivel entre noviembre y diciembre de 2020

Tabla 4. Resultados de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico según dimensiones del instrumento

1. Introducción

Las enfermedades crónicas tienen un alto impacto en la dinámica poblacional, debido al desarrollo de mejores tratamientos que producen un aumento en la esperanza de vida. Este efecto viene acompañado de pacientes con múltiples patologías que requieren cuidados para una adecuada evolución del tratamiento. Uno de los factores que se puede evaluar en el manejo de las enfermedades crónicas es la adherencia a las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas dadas por el personal de salud. Según datos del informe de la Organización Mundial de la Salud del 2004, la adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas es del 50% y su porcentaje es mucho menor en países en vías de desarrollo por la escasez de recursos sanitarios y las inequidades de atención en salud (1).

Cabe anotar que la insuficiencia cardíaca es una alteración de la función ventricular acompañada de un compendio de signos y síntomas como disnea, intolerancia al ejercicio y retención de líquidos (2). Este síndrome se ha convertido en un problema de salud pública debido al alto número de hospitalizaciones que requiere cuando hay descompensación y a la discapacidad que puede generar en el paciente; esto implica no solo sobrecostos para el sistema de salud sino también complicaciones médicas que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes (3).

De tal manera que, el manejo de la insuficiencia cardíaca comprende dos aspectos: farmacológico y no farmacológico. Dentro de las recomendaciones no farmacológicas se incluyen la realización de ejercicio, autocuidado y reconocimiento de signos y síntomas de alarma, dieta equilibrada y disminución en el consumo de sal, control de peso y contar con grupos de apoyo (familiar o

institucional). Y el manejo farmacológico, de acuerdo a la etapa de la insuficiencia cardíaca, incluyen inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, betabloqueadores y bloqueadores de los receptores de angiotensina II, espironolactona, digitalicos, vasodilatadores, diuréticos, inotrópicos e ivabradina (3).

Aunque la adherencia ha sido estudiada ampliamente, hoy en día no existe un patrón de oro para estandarizarla y evaluarla, debido a que hay diferentes teorías, conceptualizaciones y métodos, y ha sido estudiada en distintos contextos. Se reconoce la adherencia como un proceso dinámico que está siendo influenciado constantemente por elementos no solamente del paciente, sino por factores psicosociales, económicos, de asistencia sanitaria, dependientes del tratamiento y de la relación médico-paciente (1). Al contemplar el fracaso terapéutico en alguna enfermedad, debería incluirse la evaluación de la adherencia del paciente al mismo, indagando sus razones y así dar un manejo acorde a lo referido por el paciente.

Desde el punto de vista metodológico, el presente estudio corresponde a una investigación de tipo observacional, transversal descriptiva. Se hizo con pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, que se encontraban hospitalizados en una clínica de tercer nivel en Florencia Caquetá y que asistieron a consulta ambulatoria de cardiología, que cumplieron los criterios de inclusión y que aceptaron participar. El objetivo principal fue determinar la frecuencia de adherencia al manejo farmacológico y no farmacológico a través del instrumento validado “Evaluación de comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con falla cardíaca” (4).

Por lo anteriormente mencionado, el estudio de los factores que favorecen o limitan la adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardíaca puede

ayudar a orientar las estrategias terapéuticas para obtener mejores resultados con los pacientes.

2. Planteamiento del problema y justificación

Dentro de los pilares del tratamiento de las enfermedades cardiovasculares está la adecuada adherencia al tratamiento farmacológico, alimentación saludable y realización de actividad física, con el fin de mejorar el pronóstico de la enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, la adherencia terapéutica se define como: “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (1).

De acuerdo al análisis situacional de salud de la población colombiana (ASIS 2019), por el Ministerio de Salud y Protección Social, la enfermedad isquémica cardíaca ocupa el puesto 1° y la enfermedad hipertensiva ocupa el 9° dentro de las diez principales causas de mortalidad en Colombia, ambas enfermedades precursoras de la insuficiencia cardíaca. Las consultas por enfermedades crónicas no transmisibles para la población colombiana entre los años 27 a 59 años fueron el 74,02% y para mayores de 60 años fue de 81,17% (5).

Para la evaluación de la adherencia al tratamiento, sobre todo en enfermedades crónicas, es necesario tener en cuenta todos los aspectos que cubren el ámbito farmacológico y no farmacológico; sin embargo, López et. Al, en un artículo de revisión sobre concepto y medición de adherencia encontró que “la mayoría de los estudios midieron la adherencia farmacológica, dejando de lado otros aspectos importantes como la dieta, el ejercicio, la actividad física y en general cambios del estilo de vida que hacen parte del régimen terapéutico y que permiten evaluar la adherencia de una manera integral” (6).

Otros aspectos a tener en cuenta sobre la adherencia al tratamiento como la edad de los pacientes, tener 5 o más fármacos y además si se cuenta o no con cuidador, así como lo encontrado en un estudio observacional, en un hospital de España en marzo a mayo de 2014 (7), cuyos resultados mostraron que 23% de los pacientes tuvieron dificultad en la administración de los medicamentos y un 57% no tenían adherencia al tratamiento; los autores hallaron una relación significativa entre la polimedicación, diabetes mellitus y la falta de adherencia.

Existe otro estudio descriptivo en el cual evaluaron solo el autocuidado en pacientes con diagnóstico de falla cardíaca en Bogotá en 2017, a través del instrumento Escala Europea de Autocuidado en Falla Cardíaca (8), donde se observó que el autocuidado estaba en alto en 50% y el 46% en medio, además de reconocimiento de signos de alarma y demás cuidados en rango medio y alto y el control del peso fue el ítem que tuvo menor porcentaje. A diferencia del estudio realizado en Neiva donde encontraron que la mayoría de los participantes reportaron niveles altos de capacidad de agencia de autocuidado y de autoeficacia percibida (9).

Otro aspecto importante a considerar en la adherencia al manejo médico es concientizar sobre la enfermedad, mediante la educación sobre factores de riesgo y signos de alarma, tanto al paciente como a su familia, porque es importante involucrar al paciente y su familia en la comprensión de la enfermedad; esto con el fin de mitigar los síntomas de la insuficiencia cardíaca y disminuir las complicaciones. Es también ayudar a que el paciente se apropie y se haga participe del transcurso de su enfermedad.

En un principio medir la adherencia al tratamiento sobre una enfermedad posibilita hacer un diagnóstico sobre el comportamiento de esta en una población determinada, y cuyo punto de partida es considerar la insuficiencia

cardiaca como una patología de interés en salud, dado que está dentro de las primeras causas de morbilidad en el país, sus hallazgos pueden arrojar luces de a dónde se deben dirigir específicamente las acciones que mitiguen las complicaciones (10).

En segunda medida la adherencia al manejo farmacológico y no farmacológico de cualquier patología está ligado al autocuidado de cada individuo, por lo que ahondar en las dimensiones que la influyen podría ayudar a los pacientes a conocer y a apropiarse de su proceso de tratamiento y recuperación, y sobre todo al mantenimiento de las conductas de cuidado que deben adoptar. También los resultados pueden propiciar la creación de programas y/o el fortalecimiento de los que ya existen, que alcancen a servir de soporte a estos pacientes, con enfoque multidisciplinario y que puedan desarrollarse a través del tiempo.

De acuerdo a políticas nacionales que apuntan a contribuir a la disminución de la carga de la enfermedad existente, dentro de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012-2021, en el componente de condiciones crónicas prevalentes, se propende porque el acceso y el abordaje de las enfermedades no transmisibles sean efectivos. En las metas planteadas de este componente abarcan tanto la atención integral como la reducción de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles; buscando a través de programas un abordaje holístico (autocuidado, medicamentos, vinculación del cuidador, entre otros) un modelo de atención diferencial en este grupo de pacientes (11).

Además, se puede ver un diagnóstico de algunas medidas que promueven los estilos de vida saludable en la población colombiana, en el Informe nacional de desigualdades sociales en salud del año 2019. Por ejemplo, en la dimensión de vida saludable y enfermedades no transmisibles que el consumo de frutas y

verduras 3 veces al día es apenas del 26,6% en la población colombiana de 5 y 64 años; y en relación con la práctica de actividad física se encontró una disminución sobre todo en mujeres (12). Estos dos factores hacen parte del manejo no farmacológico de la insuficiencia cardíaca.

Y así, en esta línea la adherencia terapéutica del paciente, en su ámbito farmacológico y no farmacológico, en su mayoría a nivel regional ha sido evaluada cada aspecto de forma separada. Además, teniendo en cuenta que las enfermedades cardiovasculares están dentro de las primeras causas de morbimortalidad en la población colombiana, es necesario ahondar en los factores que influyen en la adherencia y así tratar de disminuir el deterioro de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

Para contextualizar el lugar donde se desarrolló la investigación, existe una institución de tercer nivel localizada en el departamento de Caquetá, que es un centro de referencia para la atención de pacientes con múltiples patologías, incluyendo los pacientes con diagnóstico de falla cardíaca. De esta manera surge la pregunta de investigación que se pretende responder: ¿Cuál es la frecuencia de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca en una clínica de tercer nivel, en Florencia Caquetá?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar la frecuencia de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca, en una clínica de tercer nivel en Florencia Caquetá, durante los meses de noviembre y diciembre de 2020.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los pacientes con insuficiencia cardíaca que asistan por diferentes servicios en una clínica de tercer nivel según variables sociodemográficas.
- Describir la adherencia al manejo no farmacológico, a partir de las siguientes dimensiones: el reconocimiento de signos de alarma, mantenimiento del peso, apoyo familiar, cumplimiento de la dieta prescrita y realización de ejercicio.
- Describir la adherencia de los pacientes con insuficiencia cardíaca al manejo farmacológico.

4. Marco teórico

Las enfermedades cardiovasculares ocupan un lugar predominante tanto en la morbilidad como en la mortalidad a nivel mundial, para Colombia corresponde la primera causa de muerte. La prevalencia de la falla cardiaca puede deberse a mayor expectativa de vida y al aumento de factores de riesgo cardiovascular, sin dejar de lado las otras causas como la insuficiencia cardiaca chagásica y reumática. La insuficiencia cardiaca es una condición médica común, que aparte de tener un impacto a nivel económico en el sistema de salud genera discapacidad en los pacientes que la padecen. Para el 2012 la prevalencia de insuficiencia cardiaca fue de 2,3% según datos del Ministerio de salud y protección social (2).

4.1 Insuficiencia cardiaca congestiva

La guía de práctica clínica colombiana del 2016 para la prevención diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la falla cardiaca en población mayor de 18 años, clasificación B, C y D, define la insuficiencia cardiaca congestiva como un síndrome clínico de signos y síntomas acompañado de una evidencia de anomalía estructural o funcional del corazón (3).

Los signos y síntomas principales son la disnea y la fatiga que limitan el esfuerzo físico, retención de líquidos produciendo edema pulmonar y periférico. Además de los signos clínicos deben realizarse ayudas complementarias para su diagnóstico (3).

4.1.1 Etiología de la insuficiencia cardíaca

Se puede dividir la etiología de la insuficiencia cardíaca en dos grandes grupos:

a. “Isquémica

b. No isquémica:

- Miocardiopatías que pueden ser de origen familiares como hipertróficos, dilatados, restrictivos, ventrículo izquierdo no compactado, cardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho.
- Adquirida **miocarditis infecciosas**: bacterias, espiroquetas, hongos, protozoos, parásitos (enfermedad de Chagas), rickettsias, virus. **Inmunomediada**: toxoide tetánico, medicamentos, miocarditis de células gigantes, sarcoidosis, enfermedades autoinmunes, eosinofilia. **Tóxica**: quimioterapia, cocaína, alcohol, metales pesados. **Endocrina**: feocromocitoma, deficiencia de tiamina, selenio, hipofosfatemia, hipocalcemia. **Periparto**. **Infiltrativa**: amiloidosis, hemocromatosis, malignidad. **Enfermedades valvulares**. **Enfermedades del pericardio**. **Enfermedades endocárdicas**: síndrome hipereosinofílico, fibrosis endomiocárdica, fibroelastosis endomiocárdica. **Enfermedades congénitas cardíacas**. **Alteraciones del ritmo cardíaco: taquicardiomiopatías**. **Estado de alto gasto e hiperdinamia**: sepsis, anemia, tirotoxicosis, enfermedad de Paget, fístula arteriovenosa. **Sobrecarga de volumen**: enfermedad renal, iatrogénica” (02).

4.1.2 Clasificación de la insuficiencia cardíaca

La fracción de eyección del ventrículo izquierdo es uno de los parámetros utilizados para clasificar la insuficiencia cardíaca; por debajo de 40% se considera insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida y por encima del 40% se clasifica como insuficiencia cardíaca con fracción de

eyección preservada. Para el diagnóstico clínico de la insuficiencia cardíaca, además de los signos y síntomas clásicos, se necesita radiografía de tórax, electrocardiograma y el marcador de péptido natriurético cerebral y ecocardiografía (3). En el cuadro 1 se pueden observar las etapas de la insuficiencia cardíaca.

Cuadro 1. Etapas de la Insuficiencia cardíaca

ETAPA A	Alto riesgo de falla cardíaca	Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, diabetes mellitus, historia familiar de cardiomiopatía
ETAPA B	Disfunción ventricular asintomática	Infarto de miocardio previo, enfermedad valvular asintomática, otras causas de disfunción
ETAPA C	Disfunción ventricular sintomática	Enfermedad cardíaca estructural conocida
ETAPA D	Falla cardíaca avanzada refractaria Síntomas	Síntomas severos, múltiples hospitalizaciones, pobre estado funcional

Fuente: Sociedad de Cardiología y Cuidado intensivo. Consenso Colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica, 2014 (2).

También se puede clasificar, mediante la clasificación de la clase funcional, según la New York Heart Association (NYHA), como se observa en el cuadro número 2.

Cuadro 2. Clasificación de la insuficiencia cardíaca, según la clase funcional

NYHA I	Sin limitación. Las actividades físicas habituales, no causan disnea, cansancio o palpitaciones.
NYHA II	Ligera limitación de la actividad física. El paciente está bien en reposo, la actividad física habitual le causa disnea, cansancio, palpitaciones o angina.
NYHA III	Limitación marcada de la actividad física. El enfermo está bien en reposo, pero actividades menores le causan síntomas.
NYHA IV	Incapacidad de cualquier actividad física sin síntomas. Los síntomas están presentes incluso en reposo. Con cualquier actividad se incrementan.

Fuente: Consenso colombiano de falla cardíaca avanzada: capítulo de Falla Cardíaca, Trasplante Cardíaco e Hipertensión Pulmonar de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 2019 (13).

4.1.3 Signos y síntomas

Los principales síntomas son la disnea, la fatiga y la retención de líquidos. Según la guía de práctica clínica del Ministerio de Salud de Colombia, solo el 42% de los pacientes con fracción de eyección menor del 30% presentan disnea de esfuerzo, por lo que no se considera que la sintomatología tenga relación directa con la fracción de eyección (3).

4.1.4 Tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva

En la fase B de la insuficiencia cardíaca se busca actuar para que no exista avance de la enfermedad, sobre los factores que producen en síndrome clínico y la disfunción ventricular. En el manejo terapéutico se incluyen los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, betabloqueadores y bloqueadores de los receptores de angiotensina II (3).

- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS): los deben recibir los pacientes con disfunción ventricular siempre y cuando no haya contraindicaciones; se ha demostrado que disminuye la mortalidad, el número de hospitalizaciones y que aumenta la calidad de vida.
- Betabloqueadores: su uso está relacionado con efecto beneficioso, disminución de mortalidad en 65% a los 6 meses, disminución número de hospitalizaciones y mejoría en la calidad de vida.
- Betabloqueadores de los receptores de angiotensina II: se utilizan en pacientes que no toleran los IECAS.

Para las fases C y D, las acciones se centran en disminuir las complicaciones por reingresos hospitalarios, mantener la independencia y la sensación de bienestar. El tratamiento farmacológico incluye espironolactona, digitalicos, vasodilatadores, diuréticos, inotrópicos e ivabradina (3).

- Espironolactona: su uso asociado con IECAS disminuye la mortalidad, numero de hospitalizaciones, mejoría del estado funcional.
- Digitalicos: su uso disminuye la mortalidad secundaria a empeoramiento de la falla cardiaca y en el número de hospitalizaciones.
- Vasodilatadores: hidralazina-dinitrato de isosorbide. La terapia combinada con dosis altas mejora la sobrevida y los síntomas.
- Diuréticos: se utiliza en pacientes con sobrecarga de líquidos, sin tener efectos en la sobrevida.
- Inotrópicos: sólo está indicado su uso en casos de descompensación hemodinámica.
- Ivabradina: tiene utilidad en pacientes con frecuencia cardíaca mayor a 70 latidos por minuto a pesar de uso de betabloqueadores o que no los toleren.

4.1.5 Manejo no farmacológico

Las recomendaciones de la guía de práctica clínica colombiana de insuficiencia cardíaca congestiva, incluyen ejercicio supervisado en pacientes con clase funcional II-IV al menos durante las primeras ocho semanas, restringir la ingesta de sal a tres gramos diarios, líquidos 800 a 1800 cc día y de alcohol. El control del peso debe ser parte de las actividades diarias, teniendo en cuenta que un aumento de 2,5 gr semanales es un signo de alarma ante el cual se debe consultar (3).

La clínica de falla cardíaca es una de las estrategias de atención a pacientes con descompensación de la insuficiencia cardíaca, pacientes de algo riesgo o con clase funcional III-IV, pacientes ancianos, con múltiples comorbilidades, con falta de adherencia o pobre soporte social; con este programa se busca beneficio para los pacientes a través de manejo farmacológico, seguimiento continuo, educación, buscando impactar en la disminución de la morbilidad y mortalidad (3).

En el Consenso Colombiano de falla cardíaca avanzada: capítulo de falla cardíaca, trasplante cardíaco e hipertensión pulmonar de la Sociedad Colombiana de Cardiología y cirugía cardiovascular del 2019, contempla un apartado sobre el papel de enfermería en el proceso de salud-enfermedad cuyas intervenciones repercuten en la adherencia al tratamiento y al mejoramiento de la calidad de vida (13).

4.2 Adherencia al tratamiento

En el año 2014 la OMS presentó un informe donde muestra los aspectos que influyen en la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas, concebida anteriormente como un factor único relacionado con el paciente y donde se redefine la adherencia influenciada por otros aspectos (1).

De esta forma, en la reseña de la OMS describen cinco dimensiones de la adherencia terapéutica así (1):

- Factores socioeconómicos

Aunque no es posible afirmar que el nivel socioeconómico impacte sobre el grado de adherencia al tratamiento, si se reconocen factores que influyen como la pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, falta de red de apoyo, alto costo de la medicación, cultura y creencias sobre la enfermedad. La transición demográfica evidencia que la población anciana es quien más sufre de las enfermedades crónicas, entre ellas la insuficiencia cardiaca (1).

- Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria

A pesar que no existen estudios que midan o evalúen los efectos del sistema o del equipo de atención sanitaria, se puede decir que la relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia. Los factores negativos incluyen servicios de salud poco desarrollados, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes, sobrecarga de trabajo, falta de conocimiento y las medidas para mejorar la adherencia (1).

- Factores relacionados con la enfermedad

Este aspecto se refiere a cómo afecta la enfermedad a cada paciente y cómo la percibe, por ejemplo, la gravedad de los síntomas, grado de discapacidad, progreso de la enfermedad y disponibilidad de tratamientos efectivos (1).

- Factores relacionados con el tratamiento

La complejidad del régimen terapéutico y número de medicamentos, duración, cambios en los tratamientos, efectos secundarios, conocimientos sobre el tratamiento son los factores que influyen en la adherencia (1). Incluso el costo de los medicamentos puede influir en la adherencia y la presentación o forma de tomar el medicamento, si requiere fragmentación.

- Factores relacionados con el paciente

La OMS plantea que esta dimensión comprende el conocimiento, los recursos, creencias y percepciones del paciente. Además, los factores que pueden influir negativamente incluyen estrés psicosocial, efectos adversos, incredulidad en el diagnóstico, el sentimiento de estigmatización por la enfermedad, nivel de estudio, situación económica, educación sobre la enfermedad, entre otros (1).

De este modo, se puede observar que la adherencia al tratamiento farmacológico, sobre todo en enfermedades crónicas de gran impacto, es un proceso dinámico y continuo que está influenciado por factores biopsicosociales que no solamente dependen del paciente, sino en el que confluyen actores que lo rodean. La adherencia al tratamiento ahora debe enfocarse no solamente al manejo terapéutico, sino a los cambios en los estilos de vida como medidas no farmacológicas, que hacen parte

fundamental, por ejemplo, en el manejo de las enfermedades cardiovasculares.

Existen en la actualidad varios modelos teóricos que explican la adherencia terapéutica, entre los que encontramos los descritos por el informe de la OMS en 2014, *creencias en salud* que se refiere a la motivación del paciente, la información que posee, la capacidad de verse en riesgo y tomar acciones para evitar la enfermedad; el segundo modelo descrito en el informe es el de la *teoría de la acción razonada*, que tiene en cuenta la intención y la actitud, la propia motivación y lo que estos comportamientos reflejan en las demás personas (1,14).

Hay diferencias en cumplimiento al tratamiento según el género, siendo las mujeres quienes presentan mayor grado de adherencia a las recomendaciones no farmacológicas y los hombres un mayor porcentaje de cumplimiento al régimen terapéutico. Cabe anotar que este estudio hecho en España, se realizó con una base de datos proporcionada por la gerencia del hospital de 4416 personas, de las cuales se obtuvo una muestra de 198 pacientes con enfermedad cardiovascular (15).

Un estudio realizado en Brasil en pacientes con falla cardíaca que tuvieron acompañamiento por el equipo de enfermería, realizado con 340 pacientes que acudieron a citas médicas ambulatorias, encontró una asociación entre el número de consultas por enfermería proporcional a una mayor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (16).

Los reingresos hospitalarios en pacientes con insuficiencia cardíaca son debidos principalmente a poca adherencia al tratamiento médico y

recomendaciones no farmacológicas como seguimiento a la dieta, conocimiento de signos de alarma, falta de conocimiento de la enfermedad, según lo descrito en el Consenso Colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica en el 2014 (2).

Rojas y colaboradores, en una investigación sobre adherencia en pacientes con falla cardiaca en Bogotá encontraron que los pacientes estaban frecuentemente adheridos. Para este estudio utilizaron la escala de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca, encontrando que los pacientes estaban frecuentemente adheridos a: confianza en el personal de salud, información sobre la posibilidad de acceso a los servicios, aceptación del diagnóstico dado por el profesional, conocimiento de la dieta y realización de ejercicio y estado de ánimo apropiado. Cabe anotar que este estudio se realizó con 161 pacientes en Floridablanca-Santander, captados al momento de ingresar a consulta ambulatoria de control en la clínica de falla cardíaca (17).

La adherencia al tratamiento en pacientes hospitalizados con falla cardíaca ha sido estudiada generalmente para evaluar el efecto de estrategias de educación lideradas por equipos de enfermería. En una investigación realizada en 50 pacientes hospitalizados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, se evaluó inicialmente la adherencia mediante el instrumento de comportamiento de adherencia, se entregó a cada paciente una cartilla con contenido educativo sobre generalidades, definiciones y cuidados específicos en el manejo de la insuficiencia cardíaca en lenguaje sencillo y comprensible; posteriormente a los 30 días se realizó una visita domiciliaria donde aplicaron nuevamente el instrumento (18). Los resultados mostraron que la adherencia en la muestra estudiada aumentó posterior a la aplicación del plan educativo.

Se han realizado estudios sobre adherencia en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas, incluyendo insuficiencia cardiaca, evaluando adherencia terapéutica y conocimientos sobre la enfermedad. Sus resultados muestran que el 58% estaban adheridos al manejo farmacológico y un 72% de los pacientes evaluados tenían conocimientos sobre sus patologías (19).

El concepto de adherencia al tratamiento ha tenido modificaciones a lo largo de su historia, partiendo desde un concepto que incluía solamente la adhesión al manejo farmacológico hasta ahora que se comprende como un fenómeno multifactorial; en este proceso intervienen factores socioeconómicos, de asistencia sanitaria, del tratamiento, sobre la enfermedad y el paciente. Además, que ahora se reconoce el papel del paciente como participe fundamental del proceso, donde él es un actor que también puede tomar decisiones y que para cumplir a cabalidad o en su mayor parte, debe estar de acuerdo con las recomendaciones brindadas por su equipo de salud acorde al estado de su enfermedad. En este sentido, otro aspecto importante es que la adherencia no depende solamente del paciente y que no se puede responsabilizarlo totalmente si hay falta de adherencia (1).

Como se ha mencionado, la adherencia está influenciada por diversos elementos, por lo que hay que tener en cuenta que puede ser consecuencia de actos voluntarios o involuntarios; los voluntarios pueden ser por temor a reacciones adversas, percepción de mejoría o falta de mejoría, entre otros; los involuntarios pueden ser por olvidos o confusión. Así la adherencia puede tener implicaciones sociales, económicas y clínicas; las consecuencias clínicas van desde una mejoría en la calidad de vida hasta disminución de recaídas, disminución de complicaciones y mortalidad; las económicas dependen principalmente en la medida que los pacientes con baja adherencia consultan en múltiples ocasiones los servicios de urgencias y

hospitalización, con requerimiento de exámenes y pruebas complementarias; y las implicaciones sociales por aumento de la morbimortalidad cuando hay baja adherencia (20).

Teniendo en cuenta que la adherencia es un proceso cambiante y que puede tener variaciones según los factores mencionados anteriormente, hay diversos métodos para medir la adherencia, los cuales pueden ser directos o indirectos, aunque no se considera ninguno de referencia.

Los métodos directos generalmente son más objetivos y específicos sin embargo, son más costosos y difíciles de realizar. Los métodos indirectos suelen ser más sencillos y económicos, pero no pueden ser muy objetivos ya que toda la información es brindada por el paciente y su familiar. Entre los métodos indirectos están el autoinforme del paciente (método de Morisky-Green, donde sólo tiene en cuenta los medicamentos), recuento de pastillas entre otros. Entre los métodos directos están la terapia directamente observada, medición del medicamento en sangre o medición del marcador en sangre (6). En el cuadro 3 se describen algunos de los métodos directos e indirectos, sus ventajas y desventajas.

Cuadro 3. Métodos para medición de adherencia, ventajas y desventajas.

Método	Ventajas	Desventajas
Determinación plasmática	<ul style="list-style-type: none"> • Método directo de adherencia • Las concentraciones plasmáticas determinan directamente la respuesta • Permite detectar o prevenir la toxicidad por fármaco • Ventaja en población con farmacocinética alterada (embarazo, disfunción hepática, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Caro e invasivo • Los niveles pueden estar disminuidos por otras razones distintas a la no adherencia (por ejemplo, interacciones) • Información sobre adherencia reciente • No está estandarizada la recogida ni la Interpretación
Registros de dispensación de farmacia	<ul style="list-style-type: none"> • Datos fáciles de obtener en organizaciones cerradas con dispensación únicas • Correlación moderada con resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrestimación • No mide la frecuencia horaria • Asume que la recogida de medicación equivale a adherencia • No diferencia tipos de adherencia
Recuento de medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo coste • Correlación moderada con resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Mucho tiempo • Sobrestimación • Necesidad de colaboración del paciente (traer la medicación) • Asume que el paciente no almacena medicación
MEMS/ dispositivos electrónicos	<ul style="list-style-type: none"> • Buena correlación con resultados virológicos • Análisis de dosis y frecuencia de administración 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy caro • No disponible en muchos centros • Infraestimación
Cuestionario/ adherencia autorreferida	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo coste • Fácil de implementar • Correlación moderada con resultados • Permite investigar los motivos de la no adherencia • Mide la adherencia cualitativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos cuestionarios, poco estandarizado • Sobrestimación de la adherencia • Sensibilidad baja • Información de la adherencia reciente (4 días, 30 días, etc.)

Fuente: Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) 2017.

https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf

5. Metodología

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo, transversal.

5.1 Población

La población objetivo del estudio fueron los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, que se encontraban hospitalizados o con indicación de hospitalizar que se encontraban en el servicio de urgencias y también los pacientes que asistieron a control ambulatorio de cardiología, en la Clínica Medilaser de tercer nivel, ubicada en Florencia, Caquetá, durante los meses de noviembre y diciembre de 2020. La captación se realizó directamente en los servicios donde se invitaron a participar a todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión.

El muestreo fue no probabilístico, pero si por criterios (inclusión y exclusión), debido a que se tomaron los pacientes que acudieron a la institución en los tres servicios con diagnóstico de IC, durante los dos meses de recolección de datos. Durante la recolección de la información el estudio contó con 29 pacientes de los 3 servicios. Todos los pacientes a los cuales se invitó a participar en el estudio, aceptaron la realización de la entrevista.

5.2 Unidad de análisis e información

Pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca hospitalizados en la clínica y los que asistieron a consulta ambulatoria de cardiología.

5.3 Control de sesgos

Para la presente investigación se establecieron intervenciones para disminuir posibles sesgos, así:

-Sesgo de selección: Se plantearon criterios de selección claros que permitieron no incurrir en este sesgo; cabe anotar que, por el tiempo limitado para la recolección de la información se optó por incluir los pacientes del servicio de urgencias descompensados que tenían indicación de hospitalización, ya que debido a la pandemia permanecieron en urgencias debido a la organización de los demás servicios en la clínica para atender pacientes COVID-19.

-Sesgo de memoria: por el tipo de investigación y por las características de los pacientes puede que no recuerden en detalle la información; sin embargo, como la investigadora fue la responsable de recoger los datos de manera directa, pudo mediante las preguntas incentivar el recuerdo en los pacientes para obtener la mayor cantidad de información posible.

-Sesgo del observador: se tuvieron definidos los conceptos de insuficiencia cardíaca y adherencia al manejo farmacológico y no farmacológico. Se utilizó un instrumento estructurado y validado para medir la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca. Se realizó una prueba piloto para la estandarización de las preguntas con los dos primeros pacientes entrevistados, cuyos resultados fueron incluidos en la investigación.

- Sesgo del instrumento: el ítem sobre efectos secundarios de los medicamentos fue difícil de explicar a los pacientes, ante lo cual se optó por poner ejemplos de medicamentos muy conocidos para hacer la comparación (aspirina: posibilidad de sangrado gastrointestinal).

5.4 Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca hospitalizados en la institución de tercer nivel, ya sea en el servicio de hospitalización general o pacientes con orden de hospitalizar que estaban en el servicio de urgencias.
- Pacientes que asistieron a la consulta ambulatoria de cardiología, con diagnóstico de insuficiencia cardiaca.
- Aceptación voluntaria para participar en el proyecto de investigación.

5.5 Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades mentales o situaciones clínicas que le impidan responder las preguntas.

5.6 Técnicas de recolección de la información

Se aplicó el instrumento de medición: “Evaluación de comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con falla cardiaca” (4). Para el uso del instrumento se contó con la autorización de la autora principal, Diana Achury Saldaña, quien es enfermera y profesora en la Universidad Javeriana, garantizando los derechos de autor. Ver anexo 1 y 2.

La recolección de datos se obtuvo aplicando la encuesta directamente a los pacientes de forma presencial en las instalaciones de la Clínica y cumpliendo con todas las medidas de bioseguridad para la prevención de infección por COVID-19 (uso de tapabocas durante toda la realización de la encuesta, lavado de manos antes y después de acercarse al paciente, distanciamiento físico de

dos metros, la investigadora realizó control de temperatura antes de realizar cada encuesta). Se estimó una duración de la encuesta de aproximadamente 15 a 20 minutos.

Con los pacientes que estaban en el servicio de hospitalización general o en urgencias (con indicación de hospitalizar), se realizó la comunicación de forma diaria con el jefe de enfermería del servicio para identificar los pacientes con el diagnóstico y así se pudieron abordar. No se indagaron datos de la historia clínica.

Para consulta externa: inicialmente se había planteado que el cardiólogo le comentara al paciente con diagnóstico de insuficiencia cardíaca en la consulta ambulatoria de cardiología, pero por cuestiones de tiempo el especialista optó porque la investigadora los abordara posterior a la consulta, donde se les presentó la investigación y se inició con el proceso de consentimiento informado para la firma del formato por parte de los que aceptaron. A todos los pacientes se les dio la opción de responder de forma presencial la encuesta, o vía telefónica si así lo deseaba. Sin embargo, todos contestaron la entrevista de forma presencial, contando con el consentimiento firmado.

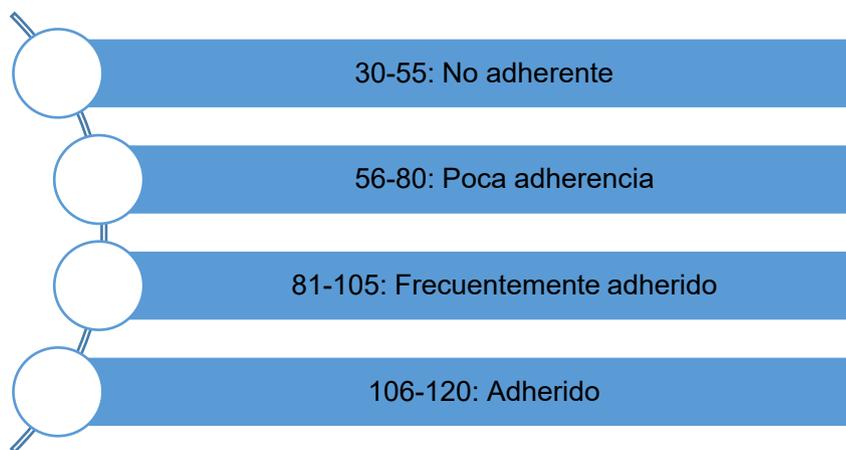
5.7 Análisis

El instrumento utilizado fue construido y validado en pacientes con insuficiencia cardíaca en la ciudad de Bogotá en el año 2009, y publicado en el 2012 en la Revista Enfermería Global. Su principal ventaja consiste en poder evaluar de forma global la adherencia a las indicaciones relacionadas al manejo farmacológico y no farmacológico; las autoras del instrumento encontraron en su validación que algunos de los ítems no correspondían específicamente a la dimensión propuesta por ellas, sin embargo el instrumento mide el constructo

general de adherencia. Los ítems que se ajustan a la dimensión propuesta por las autoras son 5: ítem 10 (conoce su enfermedad), ítem 11 (reconoce las implicaciones de su enfermedad en la vida diaria), ítem 20 (refiere ausencias de edemas), ítem 25 (el paciente realiza actividades de la vida diaria sin dificultad hasta los límites recomendados por el profesional) y el ítem 30 (al levantarse en la mañana se siente descansado).

Este instrumento para medir la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico cuenta con una escala de valoración (1: nada, 2: muy poco, 3: frecuente y 4: mucho) en cada ítem evaluado.

Rango según puntaje obtenido:



El instrumento evalúa 30 ítems valorados en 10 dimensiones, las cuales son:

- Confianza en el personal de salud
- Accesibilidad a los servicios de salud
- Conocimiento en el manejo del tratamiento farmacológico
- Aceptación de la enfermedad
- Control de signos y síntomas
- Soporte social
- Mantenimiento del peso
- Cumplimiento de la dieta

- Conocimiento actividad física prescrita
- Estado emocional

Los datos fueron registrados de forma manual y posteriormente se digitaron en un archivo de Excel. Para el procesamiento de los datos se usó el software estadístico SPSS® versión 22. Durante la transcripción de los datos, no hubo otras personas involucradas, ya que solo estuvo a cargo de la investigadora principal; además, se hizo doble revisión detallada de los datos obtenidos con el fin de verificar que estuvieran completos y bien diligenciados.

Respecto al análisis, para las variables continuas se describieron medidas de tendencia central y se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la población estudiada con medición de frecuencias.

5.8 Operacionalización de variables

Las variables fueron operacionalizadas según características sociodemográficas y se incluyeron las variables de las 10 dimensiones del instrumento. Se planteó un análisis bivariado y se pueden observar en detalle en el anexo 3.

5.9 Aspectos éticos

Esta investigación se realizó de acuerdo a la normatividad colombiana vigente la Resolución 8430 de 2003 sobre realización de investigación en salud y se rigió por los principios de Helsinki como autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

En relación con el principio de autonomía en la investigación se reconoció al usuario autónomo y capaz de tomar decisiones por sí mismo al contar con el consentimiento informado privado y la confidencialidad de la información; el principio de beneficencia teniendo en cuenta el respeto y siendo un estudio de mínimo riesgo, que busca mostrar el nivel de adherencia al tratamiento y propone estrategias para mejorar la adherencia de los pacientes, según los hallazgos; el principio de no maleficencia manteniendo todos los cuidados para la prevención de transmisión de infecciones; además, no se realizaron intervenciones clínicas en los usuarios durante la aplicación de la encuesta; y el principio de justicia respetando los derechos del paciente y realizando un manejo igualitario de la información que fue analizada, independientemente del paciente que la suministre.

Se contó con el aval del comité de ética de la Universidad de Caldas con el consecutivo CBCS-056 en el acta 013 de 2020, y posteriormente con la aprobación al Comité Científico de Ética e Investigación de la IPS privada de donde se obtendrán los datos de los pacientes el desarrollo de la investigación. Ver anexo 4 y 5.

Previo a la aplicación de la encuesta, se realizó el proceso de consentimiento informado con todos los pacientes y se registró la firma de quienes aceptaron la participación. Anexo 6. La investigadora asumió el compromiso de no revelar datos de identificación de los pacientes, toda la información se almacenó para el análisis con un número consecutivo y sólo tuvo acceso la investigadora principal del proyecto; la base de datos se almacenó en el computador de la investigadora en archivos con clave, que no se conservaron en internet. Los datos obtenidos en esta investigación fueron solamente utilizados para la misma y se guardó absoluta confidencialidad, no fueron ni podrán ser utilizados por otras personas, estuvieron a cargo de la investigadora principal y bajo ninguna circunstancia fue conocida por terceros.

Los beneficios para los participantes: se estableció el compromiso de enviar a cada paciente los resultados globales de la investigación, una vez sea aprobado el informe final, a través de correo electrónico o llamada telefónica.

Las formas de difusión de los resultados de la investigación fueron: informe final del proyecto, borrador de un artículo para someter a una revista para su posible publicación y la socialización de los resultados en la Clínica Medilaser.

6.Resultados obtenidos

El estudio se realizó con 29 pacientes que llegaron a la clínica con indicación de hospitalización o que asistieron a consulta externa de cardiología, distribuidos como lo muestra la tabla número 1. Se incluyeron los pacientes con indicación de hospitalizar con diagnóstico de IC, que se encontraban en el servicio de urgencias, ya que debido a la pandemia hubo una distribución diferente de los servicios en la institución. Todos los pacientes que se invitaron al estudio, participaron del mismo. La tabla numero 1 muestra que la adherencia global en los pacientes hospitalizados y en urgencias fue menor que en los que asistieron a consulta externa, debido a que se encontraban en la categoría de poca adherencia mientras que los de consulta externa estaban frecuentemente adheridos.

Tabla 1. Distribución de pacientes según servicio y adherencia global al tratamiento farmacológico y no farmacológico

Servicio	Frecuencia (%)	Poca adherencia n (%)	Frecuentemente adheridos n (%)
Consulta externa	12 (41,4)	3 (17,6)	9 (75)
Hospitalización Urgencias	17 (58,6)	14 (82,3)	3 (25)
Total	29 (100)	17 (100)	12 (100)

6.1 Características sociodemográficas

Se analizaron las variables sociodemográficas con cada uno de los ítems que mide el instrumento. La variable dependiente final fue la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

A continuación, se presentan los resultados de la investigación con las características sociodemográficas.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes con IC que consultaron a la clínica de tercer nivel entre noviembre y diciembre de 2020

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Grupos de edad en años		
Menor de 60 años	8	27,6
Entre 60 a 69 años	10	34,5
Entre 70 a 79 años	8	27,6
Mayor a 80 años	3	10,3
Sexo		
Hombre	19	65,5
Mujer	10	34,5
Estrato socioeconómico		
Estrato 1	17	58,6
Estrato 2	8	27,6
Estrato 3	4	13,8
Escolaridad		
Analfabeta y primaria	19	65,5
Secundaria y universitario	10	34,4
Ocupación		
Ama de casa	13	44,8
Independiente	10	34,5
Ocupación técnica	1	3,4
Ocupación profesional	5	17,2

Se presenta la distribución de los pacientes en 4 grupos de edad, como se muestra en la tabla 2. Con una mediana de 69 años, edad mínima de 28 y máxima de 90 años. La poca adherencia se encontró en pacientes entre 60 a 79 años, mientras que los menores de 69 años estaban en un porcentaje importante en la categoría de frecuentemente adheridos.

La tabla 2 muestra la distribución porcentual de los pacientes según sexo, observando un 65,5% del sexo masculino. La adherencia global mostró escasas diferencias en cuanto al sexo del paciente, encontrando que el 57,9% del sexo masculino estaban en la categoría de no adherentes, y para el sexo femenino fue de un 60%.

Se observa la distribución según estrato socioeconómico según lo referido por el paciente. Con un 58.6% perteneciente al estrato uno y un 13.8% al estrato tres. Se encontró que el 70% de los pacientes de estrato uno tenían poca adherencia global, a diferencia del estrato dos con 37,5% y en el estrato cuatro un 50%.

La tabla 2, permite observar la distribución de los pacientes según la escolaridad en el momento del estudio. Con un 65,5% en nivel analfabeta y primaria, y secundaria y universitaria con un 34.4%. Los resultados mostraron que el 94,1% de los pacientes analfabetas o de nivel primaria, estaban en la categoría de poca adherencia, mientras que el 75% de los pacientes con nivel secundaria y universitaria se encontraban frecuentemente adheridos.

En la tabla 2, se puede observar la distribución de los pacientes según la ocupación referida en el momento de la entrevista. Se observa que el 44,8% de los pacientes se dedica a labores del hogar, seguido de un 34.5% labora como independiente y solo un 3,4% tiene una ocupación técnica. En la categoría de no adherentes se encontró que el 94,2% de los pacientes eran independientes y ocupación del hogar.

6.2 Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico fue medida a través del instrumento: evaluación de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con falla cardíaca.

Tabla 3. Resultados globales de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con IC que consultaron a la clínica de tercer nivel entre noviembre y diciembre de 2020

Pacientes	Frecuencia	Porcentaje
No adherente	0	0
Poca adherencia	17	58,6
Frecuentemente adherido	12	41,4
Adherido	0	0,0
Total	29	100,0

Como se observa en la tabla 3, al aplicar el instrumento se obtuvo la adherencia global en los pacientes con IC con un 58,6% con poca adherencia y un 41,4% frecuentemente adheridos. No se encontraron pacientes en las categorías de no adherencia y adheridos.

6.2 Distribución de los resultados según dimensiones del instrumento.

A continuación, se describen los resultados de adherencia según las 10 dimensiones que evalúa el instrumento, en términos de adherencia farmacológica y no farmacológica.

Tabla 4. Resultados de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico según dimensiones del instrumento.

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Confianza personal salud		
No adherente	2	6,9
Poca adherencia	6	20,7
Frecuentemente adherido	21	72,4
Acceso a servicios de salud		
No adherente	2	6,9
Poca adherencia	14	48,3
Frecuentemente adherido	13	44,8
Conocimiento en el manejo del tratamiento farmacológico		
No adherente	8	27,6
Poca adherencia	18	62,1
Frecuentemente adherido	3	10,3
Aceptación de la enfermedad		
No adherente	1	3,4
Poca adherencia	18	62,1
Frecuentemente adherido	9	31,0
Adherido	1	3,4
Reconocimiento signos y síntomas		
No adherente	3	10,3
Poca adherencia	10	34,5
Frecuentemente adherido	15	51,7
Adherido	1	3,4
Soporte social		
No adherente	5	17,2
Poca adherencia	24	82,8

Tabla 4. (Continuación)

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Mantenimiento del peso		
No adherente	17	58,6
Poca adherencia	11	37,9
Frecuentemente adherido	1	3,4
Cumplimiento de la dieta		
Poca adherencia	10	34,5
Frecuentemente adherido	18	62,1
Adherido	1	3,4
Conocimiento actividad física prescrita		
No adherente	2	6,9
Poca adherencia	12	41,4
Frecuentemente adherido	13	44,8
Adherido	2	6,9
Estado de ánimo		
No adherente	1	3,4
Poca adherencia	3	10,3
Frecuentemente adherido	17	58,6
Adherido	8	27,6

En la tabla 4, se puede ver la dimensión sobre confianza en el personal de salud, la cual tuvo en cuenta dos ítems, sobre si el paciente consideraba que el profesional de salud que lo atiende se interesa por escucharlo y si el profesional lo hace sentir seguro. Se observa que el 72.4% se encuentra frecuentemente adherido, contestando que en la mayoría de las consultas les responden inquietudes o los escuchan. Se observó que, en cuanto a la adherencia global, en la categoría frecuentemente adheridos, el 83,3% estaban en el indicador de adheridos respecto a la dimensión sobre confianza en el personal de salud.

Para el indicador sobre la accesibilidad a los servicios de salud, se indagaron 3 ítems: facilidad de asistir a las citas, dificultades para acceder al tratamiento y acceso adecuado para disponer los medicamentos. En el 55,2% de los pacientes se observó poca adherencia o ninguna, seguido de un 44,8% frecuentemente adherido. Los pacientes refirieron tener pocas dificultades para acceder a las citas médicas.

La dimensión sobre conocimiento en el manejo del tratamiento farmacológico se evaluó a través de 4 ítems, si el paciente describe el tratamiento prescrito por el médico, si toma los medicamentos según dosis y horario indicados por el médico y la enfermera, si conoce los principales efectos secundarios de los medicamentos y si utiliza sistemas de ayuda para recordar la toma de los medicamentos. Se observó un 62% de pacientes con poca adherencia, evidenciando que no conocen los nombres de los medicamentos, olvidan tomar algunas dosis y en general no utilizan algún método para recordar tomar los medicamentos.

Acercas de la aceptación de la enfermedad, se indagaron 4 aspectos para esta dimensión: si conoce su enfermedad, si el paciente reconoce las implicaciones de su enfermedad en la vida diaria, si toma las decisiones sobre su estado de salud y si está dispuesto a realizar cambios en su vida para cuidar su salud. La tabla número 6 muestra un 62,1% de los pacientes entrevistados con poca adherencia y un 31% frecuentemente adherido. Sólo el 3,4%, que corresponde a 1 paciente, se encontró en la categoría de adherente. El 65,6% de los pacientes refirieron conocer poco o nada la enfermedad que padecen, aunque un gran porcentaje refirió que puede tomar las decisiones y sabe las implicaciones de la enfermedad en su salud.

La dimensión de control de signos y síntomas evalúa si el paciente conoce síntomas propios de la enfermedad: disnea, edemas, fatiga y dilatación de las venas, si conoce los signos de alarma y si reconoce que hacer en el momento de presentar un signo de alarma. Los resultados mostraron que el 51,7% de los pacientes se encuentran frecuentemente adheridos y un 34,5% mostraron poca adherencia. Se encontró que el 83,3% de los pacientes de consulta ambulatoria reconocían el aumento de peso como signo de alarma, a diferencia de los pacientes con indicación de hospitalizar, que solo lo refirieron el 50%.

La dimensión de soporte social, evalúa si el paciente cuenta con el apoyo de su familia para el cumplimiento de los comportamientos de salud y si cuenta con grupos de apoyo específicos que lo acompañen en su tratamiento, por ejemplo grupos de pacientes con la misma patología, grupos institucionales. La tabla 6 muestra que el 82,8% de los pacientes tienen poca adherencia y un 17,2% no adherentes. En el ítem de grupo de apoyo específico todos los pacientes refirieron no contar con alguno. En contraste, el 62,1% de los pacientes refirieron contar siempre con su núcleo familiar en el proceso de su enfermedad. De acuerdo a las variables sociodemográficas de los pacientes no adherentes sobre los grupos de apoyo, se encontró que cerca del 86,2% pertenecían a los estratos uno y dos; el 65,5% refirieron tener nivel analfabeta y primaria; un 44,8% dedicados a labores del hogar y un 34,5% como independientes y un 65,5% fueron del sexo masculino.

Se evaluaron 4 ítems acerca del mantenimiento del peso: si el paciente controla su peso diariamente, si refiere ausencias de edemas, si conoce la cantidad de agua que debe consumir diariamente y si realiza un balance de ingesta y eliminación de líquidos diariamente. Los resultados mostraron que el 58,6% de los pacientes estaban en la categoría de no adherentes. El 79,3% de los entrevistados refirieron no pesarse de forma diaria, un 37,9% no conoce la

cantidad de agua y un 86,2% no realiza registro de líquidos ingeridos y eliminados.

Esta dimensión sobre el cumplimiento de la dieta, evalúa si el entrevistado conoce la cantidad máxima de sal que debe consumir y si conoce que debe consumir frutas, verduras y evitar las grasas y harinas. Los resultados mostraron que el 62,1% de los pacientes se encontraban frecuentemente adheridos y un 34,5% con poca adherencia.

En la dimensión sobre conocimiento de la actividad física prescrita, se evaluaron 3 ítems: si el paciente realiza actividades de la vida diaria sin dificultad hasta los límites recomendados por el profesional, si identifica los factores causantes de fatiga y si identifica los signos de cese de la actividad física. En esta dimensión se encontró que el 41,4% y un 44,8% de los pacientes, se encontraban con poca adherencia y frecuentemente adheridos respectivamente. Solo el 6,9% se encontró adherido según el conocimiento de la actividad física.

La dimensión de estado emocional evalúa: si el paciente muestra interés por lo que lo rodea, si refiere interés por continuar con sus relaciones interpersonales como antes y si al levantarse en la mañana se siente descansado. Se encontró que el 58,6% de los pacientes estaban frecuentemente adheridos y un 27,6% en la categoría de adheridos.

7. Discusión

La IC en los pacientes estudiados en la institución, fue más frecuente en hombres que en mujeres, con una mediana de edad de 69 años (28-90 años). Los pacientes refirieron pertenecer al estrato socioeconómico uno con un 58,7% y con un predominio del nivel de escolaridad primaria, hallazgo similar al reportado por el estudio de Despaigne y Varona en el 2017 realizado en pacientes con patologías crónicas en Cuba (19).

No se encontraron pacientes en las categorías globales de no adherentes y adherentes, lo que podría deberse a la interpretación subjetiva de cada paciente sobre algunas preguntas y que pudo alterar los resultados de algunas de las dimensiones del instrumento; sin embargo, se midió la variable dependiente final para identificar la adherencia y no adherencia en estos pacientes (validez interna). Este hallazgo también podría explicarse por el número de personas incluidas en la investigación y puede relacionarse con una limitación para extrapolar los resultados de esta investigación a otras poblaciones (validez externa).

Se encontró que los pacientes hospitalizados, incluyendo los pacientes del servicio de urgencias con indicación de hospitalización, fueron quienes menos adherencia tuvieron al manejo terapéutico con respecto a los pacientes que asistieron a cita de cardiología por consulta externa. Así el 75,5% de los pacientes entrevistados en cita ambulatoria estaban frecuentemente adheridos.

Con respecto a la confianza en el personal de salud, los pacientes se encontraban frecuentemente adheridos, en este aspecto los pacientes señalaron que el profesional que los atendía les generaba seguridad y les

respondía preguntas o dudas. Resultado acorde a lo mencionado en el informe de la OMS en el 2004 sobre la influencia de una relación positiva entre el prestador y el paciente sobre la adherencia a las recomendaciones (1).

Para asistir a las citas médicas ambulatorias los pacientes refirieron tener facilidad, sin dificultades para acceder a los medicamentos y con un acceso adecuado para disponer de los mismos. Similar a los resultados del estudio de adherencia en enfermedades crónicas realizado en Cuba (19), donde hallaron una relación significativa entre la adherencia y los accesos a los servicios farmacéuticos.

A pesar de que en el presente estudio se encontró que la mayoría de los pacientes generalmente reconocían las implicaciones de la enfermedad, tomaban las decisiones sobre el estado de salud y estaban preparados para realizar los cambios que se ameritan, el indicador global sobre aceptación de la enfermedad los pacientes se encontraron con poca adherencia. Este resultado pudo deberse a que más de la mitad de los pacientes mostraron tener poco o ningún conocimiento sobre la enfermedad. A diferencia del estudio de Bonal y colaboradores (21), realizado en población cubana, donde encontraron que más de la mitad de los pacientes con hipertensión arterial tenían buen conocimiento sobre la enfermedad. Hernández y Torres concluyeron que el nivel de conocimiento de la enfermedad está asociado a un mayor nivel de autocuidado (22).

En relación con el conocimiento del manejo farmacológico, se encontró baja adherencia. La mitad de los pacientes describieron los medicamentos prescritos y los tomaban según la indicación. Un 82,8% de los pacientes no conocen los posibles efectos secundarios y 72,4% no utilizan mecanismos como recordatorio para el consumo de los medicamentos, como el uso de alarmas o tener el horario y medicamentos escritos para facilitar la toma. Durante la entrevista y

diligenciamiento del instrumento, fue difícil explicar en términos sencillos para que el paciente pudiera comprender, el ítem sobre efectos secundarios de los medicamentos; ante lo cual se optó por poner ejemplos de medicamentos muy conocidos para hacer la comparación (aspirina: posibilidad de sangrado gastrointestinal). Los resultados se pudieron ver afectados según la interpretación de cada paciente entrevistado, pudiendo tener diferentes significados, a pesar de haber recibido la misma explicación.

El indicador de control de signos y síntomas, se encuentra en frecuentemente adheridos. Más de la mitad de los pacientes conocen los síntomas propios de la enfermedad y qué hacer en caso de un signo de alarma, sin embargo, menos de la mitad saben que el aumento de peso es un motivo para acudir al servicio de urgencias. Hallazgo similar reportado por Tarapués y colaboradores (23), donde encontraron que los pacientes no consultaban a urgencias ante un aumento de peso asociado a falta de conductas de autocuidado. Dicho estudio fue realizado exclusivamente a pacientes ambulatorios; no obstante, los resultados del estudio actual permitieron observar que los pacientes ambulatorios reconocían el aumento de peso como signo de alarma a diferencia de los pacientes hospitalizados.

El 82,8% de los pacientes refirieron contar siempre o casi siempre con su núcleo familiar en el proceso de su enfermedad. Sin embargo, para el ítem de apoyo externo fue no adherente para todos los pacientes, es decir no consultan o no cuentan con otras redes de apoyo para mantener los comportamientos relacionados con la salud. Según la OMS (1), la salud en los pacientes crónicos puede mejorar a través de programas que fomenten el autocuidado. Este hecho se ve respaldado en los resultados de Domingo y colaboradores (24), al evaluar la eficacia de un programa multidisciplinar dirigido a pacientes con IC, donde

hallaron disminución de reingresos, mejor conocimiento de la enfermedad y menor mortalidad en el grupo asignado al programa. Así como en la revisión de tema sobre adherencia, de Pamplona y Uribe, encontraron que contar con el apoyo familiar facilita seguir con los tratamientos prescritos (25).

En referencia al mantenimiento del peso, los pacientes se encuentran en la categoría de no adherentes. Cerca del 90% de los pacientes no se pesan de forma diaria ni realizan conteo de la cantidad de líquido ingerido y eliminado, la mitad refiere ausencia de edemas y solo el 20,7% conoce y aplica la cantidad de agua que debe consumir al día. En este estudio se observó que el control del peso diario es una práctica de autocuidado que no se realiza con frecuencia en los pacientes con IC, similar a los hallazgos en población de Barcelona España (22).

En el presente estudio se halló que los pacientes estaban frecuentemente adheridos respecto al cumplimiento de la dieta, como la utilización máxima de sal recomendada y al consumo semanal de frutas y verduras, evitando las grasas y harinas. Estos hallazgos muestran los comportamientos de los pacientes en cuanto al cumplimiento de las indicaciones sobre la alimentación, pero se pudo observar en el estudio el bajo cumplimiento sobre el control de la cantidad de líquidos que pueden consumir y el desconocimiento de lo que esto puede repercutir sobre el estado de salud del paciente.

En la investigación de Tarapués (22) y en la de Castro (26), el 42% de los pacientes realizaban ejercicio semanal, similar a lo obtenido en este estudio referente al cumplimiento y conocimiento de la actividad física prescrita. Además, los pacientes frecuentemente saben reconocer los signos del cese de la misma.

En la dimensión de estado emocional los pacientes se encuentran frecuentemente adheridos, manteniendo interés por lo que les rodea y las relaciones interpersonales, así como sentirse descansados en la mañana. Se espera que el cumplimiento del tratamiento médico farmacológico se relacione con la motivación y el estado emocional, como lo señala Mata y colaboradores en su artículo de revisión (27). Sin embargo, en este estudio es contradictorio porque en la dimensión del tratamiento farmacológico fue no adherentes, esto podría explicarse por la forma en que el instrumento aborda las preguntas que no son muy específicas y podrían dar lugar a imprecisiones.

En general hay pocos estudios que midan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en el país, en este sentido esta investigación permitió identificar como factores que estuvieron relacionados a la baja adherencia, el conocimiento del tratamiento farmacológico, la aceptación de la enfermedad, el soporte social y el mantenimiento del peso.

Limitaciones del estudio

La captación de los participantes se planteó inicialmente solo en el servicio de hospitalización para el mes de noviembre; sin embargo, debido al escaso número de pacientes se tuvo que solicitar una extensión del plazo y aval del comité de bioética de la institución, para poder lograr mayor captación al incluir los servicios de urgencias y consulta ambulatoria de cardiología y así poder realizar la investigación durante el mes de diciembre. El promedio de ingresos hospitalarios por IC en meses anteriores, según datos del departamento de tecnología de la información de la institución, fue de 20 a 25 por mes; sin embargo, esto pudo verse disminuido por la pandemia.

Durante la validación del instrumento se encontró que algunos ítems podían no estar en la dimensión propuesta por las autoras, sin embargo, mostró una adecuada consistencia interna global. Esto podría explicar por qué algunos resultados de las dimensiones se contradicen en el análisis, como en la dimensión de conocimiento al tratamiento farmacológico y la dimensión de estado emocional; el control de peso y el control de líquidos; dando la oportunidad de seguir aplicando el instrumento identificando el grado de adherencia general. De todas formas, al aplicar el instrumento, aporta a la medición de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en primera instancia y a partir de esto, es posible orientar las acciones a llevar a cabo con los pacientes en la institución.

Para el análisis, fue difícil establecer la relación entre adherencia global y la ocupación ama de casa, porque no se desagregó la variable de manera más detallada; debido a que en el interrogatorio no se hizo una preclasificación de las labores, sino que se recogieron de manera abierta; de este modo algunas personas, especialmente hombres, al referirse a que se dedicaban no precisaron si no tenían ocupación sino que afirmaron que estaban en la casa. Por lo tanto, esta variable recoge personas que no tenían ninguna ocupación, pero no se indagó en detalle si eran responsables del hogar o estaban desocupados.

8. Conclusiones y recomendaciones

El comportamiento de la no adherencia al manejo farmacológico y no farmacológico en la IC, se observó en la mayoría de los pacientes, con predominio del sexo masculino.

La población que participo en el estudio fue con mayor frecuencia de adultos mayores, pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos y con un nivel de escolaridad entre analfabeta y primaria; en relación con la ocupación se observó que aproximadamente una tercera parte de los pacientes laboraba como independiente y solo una quinta parte de los pacientes tenían oficios derivados de la formación técnica o profesional y casi la mitad manifestó encontrarse en el hogar; dando cuenta de un grupo poblacional con bajos recursos económicos y educativos.

En cuanto a las dimensiones del manejo no farmacológico se observó que los pacientes tenían poca adherencia en las dimensiones de mantenimiento del peso y contar con soporte social; por el contrario estaban frecuentemente adheridos en el reconocimiento de signos y síntomas, el cumplimiento de la dieta y en la actividad física.

En el manejo farmacológico, se encontró que más de la mitad de los pacientes tenían poca adherencia; debido a que no conocían los nombres de los medicamentos, olvidaban tomar algunas dosis, en general no utilizaban ningún método para recordar la toma de los medicamentos. A pesar de que refirieron tener acceso a los servicios de salud, como citas médicas y disposición en la entrega de los medicamentos.

La medición de la adherencia al tratamiento mediante cuestionarios, tiene ventajas respecto a otros métodos; permite obtener datos cuantificables e investigar los comportamientos asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, como los resultados hallados en esta investigación.

De acuerdo a los resultados de este estudio se plantean las siguientes recomendaciones dirigidas a fortalecer la investigación en el tema:

- Se podrían plantear nuevas investigaciones para conocer la relación entre la no adherencia y los reingresos hospitalarios de los pacientes con IC, teniendo en cuenta las implicaciones sobre los costos, el paciente y su familia.
- También podría ser de utilidad estudiar diferentes estrategias para el acompañamiento al egreso del paciente: a través del seguimiento telefónico o encuentros virtuales; diseñando una cartilla donde el paciente pueda registrar aspectos como: peso diario, tensión arterial, control de líquidos ingeridos y eliminados; plantear un esquema de cuidados individualizado según los hallazgos al aplicar el instrumento.

En relación a las decisiones clínico administrativas se recogen la siguiente recomendación:

- Los factores relacionados con la no adherencia hallados en este grupo de pacientes, se podrían intervenir con un seguimiento a través del programa de educación al paciente y su familiar liderado por un equipo de enfermería, que afiancen los conocimientos y fortalezcan los comportamientos que permitan mantener el estado de salud. Además este programa puede convertirse en un refuerzo externo para los pacientes con patologías crónicas, al fortalecer los procesos educativos que existen en la clínica de forma que se pueda robustecer la adherencia

farmacológica y no farmacológica, cuando los pacientes estén previos al alta médica o cuando egresan de su hospitalización. Así mismo, se puede ampliar el alcance del programa a los pacientes ambulatorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [Internet]. paho.org. 2004 [citado 05 octubre 2020]. Disponible en: <http://www.paho.org>
2. Sociedad de Cardiología y Cuidado intensivo. Consenso Colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica. [Internet]. Org.co. 2014. [citado el 28 de octubre 2020]. Disponible en <https://scc.org.co/consenso-colombiano-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-insuficiencia-cardiaca-aguda-y-cronica/>.
3. Ministerio de Salud. [Internet]. Gov.co. [citado el 28 de octubre 2020]. Disponible en : http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_falla_cardiaca/gpc_falla_cardiaca.aspx
4. 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. Enf, Global 2012 abril; 11(26): 01-09.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2019. Análisis de Situación de Salud (ASIS) [Internet]. Gov.co. [citado el 30 de agosto 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>
6. López-Romero L, Romero-Guevara S, Parra D, Rojas-Sánchez L, Romero L LA, Guevara RS, et al. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. Hacia promoc salud. 2016; 21(1):121–7577.
7. Vicente Sánchez S, Olmos Jiménez R, Ramírez Roig C, García Sánchez MJ, Valderrey Pulido M, de la Rubia Nieto A. Adherencia al tratamiento

- en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces. *Farm Hosp.* 2018 Ago; 42(4): 147-151.
8. Achury-S D, Picón L, Castaño-V D, Sánchez M, Martínez-F N, Cárdenas A, et al. Nivel de autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca. *Comunidad y Salud Año.* 2019; 17(1).
 9. Gutiérrez Barreiro R, Gómez Ochoa AM. Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas. *Av en Enfermería.* 2018; 36(2):161–9. doi: 10.15446/av.enferm.v36n2.65674.
 10. OPS. Funciones esenciales de salud pública: documento de posición. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, (borrador); mayo 1998. OPS. Funciones esenciales de salud pública (doc.). CE126/17 (Esp.), abril 2000.
 11. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia M de S y. PS. Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) [Internet]. Gov.co. [citado en 25 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica.aspx>
 12. Observatorio Nacional de Salud Infomesa [Internet]. Gov.co. [citado el 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Paginas/Infomes.aspx>
 13. Gómez Mesa JE, Saldarriaga C, Jurado AM, Mariño A, Rivera A, Buitrago AF, et al. Consenso colombiano de falla cardíaca avanzada: capítulo de Falla Cardíaca, Trasplante Cardíaco e Hipertensión Pulmonar de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*, Volumen 26, Supplement 2, July 2019, Pages 3-24. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2019.06.001>
 14. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2015 Dic 16(2): 175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es.

15. Aleman JF, Rueda B. Influencia del género sobre factores de protección y vulnerabilidad, la adherencia y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Aten Primaria*. 2019; 51 (9): 529-535. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.003>
16. Freitas da Silva A, Dantas Calvacani AC, Malta M, et al. La adherencia al tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca acompañados de enfermeras en dos clínicas especializadas. *Rev. Latino-Am Enfermagen*. 2015; 23, 888-94. DOI: 10.1590/0104-1169.0268.2628
17. Rojas Sánchez- LZ, Echeverría Correa LE y Camargo Figuera, F.A. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca. *Enfermería Global*. 2014; 36 4 (sep. 2014), 1-25. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.4.178311>.
18. Achury Saldaña Diana Marcela. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. *Aquichan*. 2007 Oct; 7(2): 139-160.
19. Despaigne Megret R, Varona Calles Dorela T. Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna. 2018. *Journal of Pharmacy & Pharmacognosy Research*, 6 (5), 349-357.
20. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. [internet]. España: Lo que debes sobre la adherencia al tratamiento. 2017. [Adherencia al tratamiento, 06 junio 2020]. Disponible en <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales de consulta/Drogas de Abuso/Articulos/libro ADHERENCIA.pdf>.
21. Bonal AF, Silva Valido Silva JA, Soto Martínez Soto O, Bonal AF. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. *Rev. inf. cient*. 2018 Nov-Dic; 97(6):1124-1134.
22. Hernández Salvadó C, Torres Cosculluela P, Monllor Blanes C, Esquius Parelalda N, Galeano Mendez C, et al. Insuficiencia cardíaca en atención primaria: actitudes, conocimientos y autocuidado. *Atención Primaria*, 2018; 5 (4): 213-221, ISSN 0212-6567.

23. Tarapués, M, Albán M, Arévalo M, Paredes JP. Conductas de autocuidado en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca crónica. *Rev Med Vozandes* 2018; 29: 67 – 72.
24. Domingo C, Arosb F, Otxandategid A, Idoia Beisteguif, et al. Eficacia de un programa multidisciplinar de gestión de cuidados en pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca (ProMIC). *Aten Primaria* 2019; 51 (3): 142-152. DOI: 10.1016/j.aprim.2017.09.011.
25. Pamplona Rangel, L. M., Uribe Guarín, D., & Ayala Hernández, J. M. (2018). Adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión de tema. *Ciencia Y Salud Virtual*, 10(1), 62-75. <https://doi.org/10.22519/21455333.766>
26. Castro ST, Gómez Noriega MD. Adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardíaca y su relación con la morbimortalidad. *Hospital del Seguro Social de Guayaquil. FACSALUD-UNEMI* 2019; 3 (5): 53-61.
27. Mata MA, Fernández J, Pascual R, et al. Motivación, emociones y pensamiento positivo en el campo de la salud y la adherencia terapéutica. *Revista de Psicología* 2019, 1 (4): 345-354.

ANEXOS

1. Autorización de la utilización de: instrumento de evaluación de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con falla cardiaca, vía correo electrónico de la autora principal.

21/9/2020

Correo de Universidad de Caldas - Solicitud autorizacion para escala de adherencia



Universidad de Caldas

PAOLA YAMILE FANDIÑO null <paola.39320135770@ucaldas.edu.co>

Solicitud autorizacion para escala de adherencia

Diana Marcela Achury Saldana <dachury@javeriana.edu.co>
 Para: PAOLA YAMILE FANDIÑO null <paola.39320135770@ucaldas.edu.co>

12 de junio de 2020, 15:40

Bogotá 12 de Junio
 Enfermera
 Paola Fandiño

Reciba un cordial saludo, autorizo la utilización del instrumento evaluación de compartimientos de adherencia al tratamiento. La invito que cuando tenga los resultados me los pueda compartir y si es de su deseo publicarlo en la Revista de Nuestra Facultad, también lo puede enviar para proceso de evaluación. .

Quedo atenta

Diana Achury S
 Profesora Asociada
 Editora .Revista Investigación En Enfermería.

De: PAOLA YAMILE FANDIÑO null <paola.39320135770@ucaldas.edu.co>

Enviado: lunes, 8 de junio de 2020 4:08

Para: Diana Marcela Achury Saldana <dachury@javeriana.edu.co>

Asunto: Re: Solicitud autorizacion para escala de adherencia

[El texto citado está oculto]



Universidad de Caldas

Gestión con **Autonomía**

Resolución
 No. 000000 del 20 de octubre de 2010
 del Ministerio de Educación Nacional

2. Instrumento de evaluación de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con falla cardiaca.

<p>Confianza en el personal de salud</p> <p>-Considera que el profesional de la salud se interesa por escucharlo.</p> <p>-El profesional de la salud lo hace sentir seguro.</p>	<p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p>
<p>Conocimiento en el manejo del tratamiento farmacológico</p> <p>-Describe el tratamiento prescrito por el médico</p> <p>-Toma los medicamentos según dosis y horario indicados por el médico y la enfermera.</p> <p>-Conoce los principales efectos secundarios de los medicamentos.</p> <p>-Utiliza sistemas de ayuda para recordar la toma de los medicamentos</p>	<p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p>
<p>Informa sobre su posibilidad de acceso a los servicios de salud.</p> <p>-Tiene facilidad para asistir a sus citas prescritas.</p> <p>- Informan que existen dificultades para acceder al tratamiento.</p> <p>-Informa que cuenta con un acceso adecuado para disponer los medicamentos.</p>	<p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p>
<p>Acepta el diagnostico que le da el profesional de la salud.</p> <p>-Conoce su enfermedad</p> <p>-Reconoce las implicaciones de su enfermedad en la vida diaria.</p> <p>-Toma las decisiones sobre su estado de salud.</p> <p>-Está dispuesto a realizar cambios en su vida para cuidar su salud.</p>	<p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p>
<p>Control de signos y síntomas</p> <p>-Conoce que la disnea, edemas, fatiga y dilatación de las venas, son signos y síntomas propios de la enfermedad.</p> <p>-Conoce los signos de alarma (Aumento de peso, dificultad para realizar actividad física habitual).</p> <p>-Reconoce que hacer en el momento de presentar un signo de alarma</p>	<p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p>
<p>Soporte social</p> <p>-Cuenta con el apoyo de su familia para el cumplimiento de los comportamientos de salud.</p> <p>-Cuenta con grupos de apoyo específicos que lo acompañen en su tratamiento.</p>	<p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p>
<p>Mantenimiento del peso</p> <p>-Controla su peso diariamente.</p> <p>-Refiere ausencias de edemas.</p> <p>-Conoce la cantidad de agua que debe consumir diariamente</p> <p>-Realiza un balance de ingesta y eliminación de líquidos diariamente</p>	<p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p>
<p>Cumplimiento de la dieta</p> <p>-Conoce la cantidad máxima de sal que debe consumir.</p> <p>-Conoce que debe consumir frutas, verduras y evitar las grasas y harinas</p>	<p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p>
<p>Conocimiento actividad física prescrita</p>	

<p>-El paciente realiza actividades de la vida diaria sin dificultad hasta los límites recomendados por el profesional.</p> <p>-Identifica los factores causantes de fatiga.</p> <p>-Identifica los signos de cese de la actividad física</p>	<p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p>
<p>Estado emocional</p> <p>-Muestra interés por lo que lo rodea (familia, noticias, etc.)</p> <p>-Refiere interés por continuar con sus relaciones interpersonales como antes.</p> <p>-Al levantarse en la mañana se siente descansado</p>	<p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p> <p>1=nada__ 2 = muy poco__ 3= frecuente__ 4 = mucho__</p>

3. Operacionalización de variables. Listado de variables.

VARIABLE	DEFINICION	CLASIFICACION		VALORES FINALES	ESCALA	PLAN DE ANALISIS
Edad	Años cumplidos referidos por el encuestado	Cuantitativa	Independiente	Años	Razón	Bivariado
Sexo	Características sexuales secundarias	Cualitativa	Independiente	Hombre/Mujer	Nominal	Bivariado
Estrato socioeconómico	Clasificación del sitio donde reside según lo referido por el encuestado	Cualitativa	Independiente	1,2,3,4,5,6	Ordinal	Bivariado
Escolaridad	Escolaridad del encuestado en el momento del estudio	Cualitativa	Independiente	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad	Ordinal	Bivariado
Ocupación	Ocupación referida por el encuestado	Cualitativa	Independiente	Ama de casa Independiente Ocupación técnica Ocupación profesional	Nominal	Bivariado
Confianza en el personal de salud	Seguridad en la información obtenida por el profesional de la salud referida por el encuestado	Cualitativa	Dependiente	1=nada, 2 = muy poco, 3= frecuente, y 4 = mucho	Ordinal	Bivariado

Accesibilidad a los servicios de salud	Facilidad para la búsqueda, acceso, cobertura, desplazamientos, y confort en el sitio de atención referida por el encuestado	Cualitativa	Dependiente	1=nada, 2 = muy poco, 3= frecuente, y 4 = mucho	Ordinal	Bivariado
Conocimiento en el manejo del tratamiento farmacológico	Grado de la comprensión transmitida sobre la información relacionada con el régimen terapéutico para alcanzar y mantener una salud óptima referido por el encuestado.	Cualitativa	Dependiente	nunca, 2= casi nunca, 3= siempre, y 4= casi siempre.	Ordinal	Bivariado
Aceptación de la enfermedad	Reconciliación con los cambios significativos en las circunstancias de salud referido por el encuestado	Cualitativa	Dependiente	1=nada, 2 = muy poco, 3= frecuente, y 4 = mucho	Ordinal	Bivariado
Control de signos y síntomas	Reconocimiento de signos y síntomas de alarma referido por el encuestado	Cualitativa	Dependiente	1=nada, 2 = muy poco, 3= frecuente, y 4 = mucho	Ordinal	Bivariado

Soporte social	Disponibilidad percibida y provisión real de ayuda segura de otras personas referida por el encuestado	Cualitativa	Dependiente	1=nada, 2 = muy poco, 3= frecuente, y 4 = mucho	Ordinal	Bivariado
Mantenimiento del peso	Acciones personales para mantener de forma voluntaria el peso referidas por el encuestado	Cualitativa	Dependiente	1=nada, 2 = muy poco, 3= frecuente, y 4 = mucho	Ordinal	Bivariado
Cumplimiento de la dieta	Acciones personales para seguir la ingesta de líquidos y alimentos recomendada por un profesional sanitario para un trastorno de salud específico	Cualitativa	Dependiente	1=nada, 2 = muy poco, 3= frecuente, y 4 = mucho	Ordinal	Bivariado
Conocimiento actividad física prescrita	Magnitud de la comprensión transmitida sobre la actividad y ejercicio prescrito	Cualitativa	Dependiente	1=nada, 2 = muy poco, 3= frecuente, y 4 = mucho	Ordinal	Bivariado

Estado emocional	Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción de la enfermedad.	Cualitativa	Dependiente	1=nada, 2 = muy poco, 3= frecuente, y 4 = mucho	Ordinal	Bivariado
------------------	---	-------------	-------------	---	---------	-----------

4. Aval comité de ética Universidad de Caldas



UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
COMITÉ DE BIOÉTICA

FECHA	10 de Agosto de 2020
CONSECUTIVO	CBCS-056

Nombre del Investigador	Paola Yamile Fandiño
Facultad	Ciencias para la Salud
Especialización	Epidemiología
Proyecto de Investigación	Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca en una clínica de 3 nivel, en Florencia Caquetá

EVALUACIÓN:

Se considera una investigación con **RIESGO MÍNIMO**, de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

CONSIDERACIONES:

La Institución de Salud es quien custodia de los datos de los pacientes, por lo que en el marco del Habeas data (protección de los datos) el llamado a los pacientes para la aplicación de la encuesta debe tener en cuenta esta consideración.

Se debe tener en cuenta el manejo, anonimización y custodia de los datos de la investigación.

Los investigadores deben tener en cuenta que si existen cambios en la formulación del proyecto o el consentimiento informado esto debe ser informado a este Comité.

El Comité podrá solicitar información posterior sobre el desarrollo del proyecto y los cambios de acuerdo a las recomendaciones solicitadas.

ACTA No 013 de 2020

SE APRUEBA ()

SE APRUEBA CON RECOMENDACIONES ()

NO SE APRUEBA ()

NATALIA GARCÍA RESTREPO

Presidente

5. Aval comité ética e investigación de la clínica Medilaser S.A.



COMITÉ CIENTIFICO DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DE LA CLÍNICA MEDILASER S.A

ACTA DE

APROBACIÓN ACTA DE

APROBACIÓN Nº

029/20

Fecha en que sesiono el Comité: 24-11-2020

Nombre del Proyecto de Investigación: **“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON FALLA CARDIACA EN UNA CLINICA DE TERCER NIVEL, FLORENCIA -CAQUETA”**

Investigador Principal: *Paola Yamile Fandiño* CC 1.053.777.828

Co- Investigadores: *Liliana Villa Velez*

La Clínica Medilaser S.A constituyó mediante Acto Administrativo el Comité Científico de Ética e Investigación en cumplimiento a las Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2007 expedidos por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité Científico de Ética e Investigación Certifica que:

1. Todos los miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.



- a. Ficha de información del proyecto
- b. Declaración de aspectos éticos
- c. Protocolo de Investigación*
- d. Formato de Consentimiento Informado
- e. Protocolo de Evento Adverso
- f. Formato de recolección de datos*
- g. Folleto del Investigador (si aplica)
- h. Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)

- i. Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores

Clínica Medilaser S.A.

Me
dilase
r_sa
Medil
asero
ficial

Clínica Medilaser
S.A. IPS

*El protocolo de Investigación fue previamente evaluado y aprobado por el metodólogo y bioético del comité.



2. El Comité Científico de Ética e Investigación considera que el estudio es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera sin riesgo para las personas que participan, la investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.
3. El Comité Científico de Ética e Investigación considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El Comité Científico de Ética e Investigación asignará un usuario para la recolección de la información solicitada, su uso será de exclusiva responsabilidad del investigador principal.
5. El área habilitada para la recolección de la información será el aula virtual ubicada en el cuarto piso de la torre principal de la Clínica, no obstante, se sujetará a las disposiciones emanadas de clínica Medilaser S.A. en el marco de la emergencia sanitaria decretada por la pandemia de Covid-19, en concordancia, con lineamientos de autoridades competentes a nivel nacional.
6. El Comité Científico de Ética e Investigación por unanimidad avala el desarrollo de la investigación.
7. Atendiendo a lo anteriormente mencionado, el Investigador Principal deberá:
 - a. Cumplir estrictamente con el acuerdo de confidencialidad suscrito.
 - b. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del comité de ética e investigación de la institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
 - c. Comunicar cualquier situación imprevista que considera que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.



Clínica Medilaser S.A.

- d. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva y/o importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación

Medilaseroficial

Clínica Medilaser S.A. IPS
riesgo/beneficio de los sujetos
participantes.

- e. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
- f. El investigador principal se compromete a entregar informes escrito trimestrales respecto a los avances y estado de la investigación.
- g. El investigador se compromete a que una vez terminado su proyecto realizar retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
- h. El informe final de la investigación se debe entrega al comité en un plazo máximo de un mes después de finalizada la investigación.
- i. Si el producto final es un artículo publicado en una revista indexada, se debe referir al Grupo de Investigación Clínica Medilaser como afiliación y entidad participante, patrocinadora de la investigación.
- j. Si el proyecto de investigación avalado por el comité va a participar en algún evento académico, el investigador principal debe informar de manera escrita al Comité.
- k. El comité puede ser convocado de manera extraordinaria para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
- l. Frente a la autorización para el manejo de datos personales, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley 1581 del año 2012 establece que dicha autorización no será necesaria cuando se trate de tratamiento de información autorizado por la ley para fines históricos, estadísticos o científicos y permite que para las investigaciones sin riesgo se pueda dispensar al investigador del consentimiento informado; sin embargo, lo anterior, aplica para las historias clínicas diligenciadas con posterioridad al mes de Octubre del año 2012.

Bogotá, Oficinas Nacionales: Calle 104 No. 18 A - 52 Torre 1, Oficina 502 (PBX. 7451366 – 7451370)

Sucursal Florencia: Calle 6 No. 14ª – 55 Barrio Juan XXIII (PBX. 436
6000; Telefax 435 8829) Sucursal Tunja: Carrera
2E No. 67 B – 90 Barrio Suamox (PBX. 745 3000)

Sucursal Neiva: Carrera 7 No. 11 – 75 (PBX. 872
4100)

Línea gratuita

nacio

nal

01800

0

93237

0

www.c

linica

medila

ser.co

m.co

En constancia a lo anteriormente expuesto se firma la presente Acta a los 1 días del mes de Diciembre de 2020, por medio de la cual se aceptan las condiciones mencionadas por el Comité Científico de Ética e Investigación de la Clínica Medilaser Neiva.

PAOLA YAMILE FANDIÑO

Investigador Principal



NESTOR FARID MONTIEL ORTIZ

Presidente

Comité Científico de Ética e Investigación

Bogotá, Oficinas Nacionales: Calle 104 No. 18 A - 52 Torre 1, Oficina 502 (PBX. 7451366 – 7451370)

Sucursal Florencia: Calle 6 No. 14^a – 55 Barrio Juan XXIII (PBX. 4366000; Telefax 435 8829) Sucursal Tunja: Carrera 2E No. 67 B – 90 Barrio

Suamox (PBX. 7453000) Sucursal Neiva: Carrera 7 No. 11 – 75 (PBX. 8724100)

Línea gratuita nacional

018000

932370

[www.clinica](http://www.clinicamedilaser.com)

medilaser.com

.m.co

6. Consentimiento informado para participación voluntaria en el proyecto de investigación.

FORMATO PARA LA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Institución/es a nombre de o en la/s cual/es se presenta o realiza el proyecto: Universidad de Caldas-Especialización en Epidemiología		
Nombre del proyecto: Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca en una Clínica de tercer nivel, Florencia Caquetá		
Nombre del investigador responsable: Paola Yamile Fandiño		
Por favor, marque con una X el espacio correspondiente con relación a cada una de las siguientes afirmaciones:		
Confirmando que he leído y entiendo la Hoja de Información del proyecto, que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas y formular todas las dudas sobre el mismo que he considerado necesarias, las cuales me han sido respondidas de manera satisfactoria: No ___ Si ___		
Confirmando que mi participación o la de mi representado es voluntaria, que no se ha ejercido ninguna presión para participar en el programa y que me puedo retirar o a mi representado del mismo en cualquier momento, sin que ello tenga ninguna implicación negativa para mí. En caso de retirarme, también estoy en libertad de dar o no dar explicaciones sobre los motivos para ello: No ___ Si ___		
Entiendo que la información que se recolecte sobre mí o mi representado será de carácter confidencial, se manejará de manera anónima y sólo podrá ser consultada por personas responsables debidamente autorizadas para ello: No ___ Si ___		
Acepto que los resultados obtenidos sean utilizados para publicaciones de carácter científico y para su difusión general, en beneficio de la ciencia y de la sociedad, conservando la anonimidad: No ___ Si ___		
Acepto participar, por voluntad propia, en el programa arriba mencionado: No ___ Si ___		

	Nombre completo de:	Fecha (Día/Mes/Año)	Firma
Participante	_____	_____	_____
Menor de Edad	_____	_____	_____
Testigo:	_____	_____	_____
Responsable:	_____	_____	_____
Quien diligencia:	_____	_____	_____

Observaciones:
