



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN FALLA
CARDIACA CRÓNICA
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2018-2019**

**PRESENTADA POR
SUSEL MELIZA ORELLANA CISNEROS**

**ASESOR
MGTR. RICARDO CARREÑO ESCOBEDO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
CARDIOLOGÍA**

**LIMA – PERÚ
2020**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN FALLA
CARDIACA CRÓNICA
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2018-2019**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGÍA**

**PRESENTADO POR
SUSEL MELIZA ORELLANA CISNEROS**

**ASESOR
MGTR. RICARDO CARREÑO ESCOBEDO**

**LIMA, PERÚ
2020**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.4 Justificación	5
1.5 Viabilidad y factibilidad	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definición de términos básicos	19
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de hipótesis	20
3.2 Variables y su operacionalización	21
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Tipos y diseño	23
4.2 Diseño muestral	23
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	25
4.4 Procesamiento y análisis de datos	25
4.5 Aspectos éticos	26
CRONOGRAMA	27
PRESUPUESTO	28
FUENTES DE INFORMACIÓN	29
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La falla cardiaca es un importante problema de salud en países con alto progreso económico y, más aún, en los de desarrollo intermedio. Es un significativo problema de salud desde múltiples perspectivas, a tal punto de llegar a extremos epidémicos (1). Su prevalencia crece continuamente en los últimos años y, según la American Heart Association (AHA), se espera aún un mayor incremento, debido al envejecimiento de la población, al aumento de la supervivencia de pacientes con enfermedades cardiovasculares y la mayor incidencia de patologías que contribuyen en el desarrollo de este síndrome (2).

En adición a esta problemática, las hospitalizaciones y el costo de tratamiento que demandan los pacientes con falla cardiaca se incrementó notablemente en las últimas décadas (3), debido a que las recaídas son cada vez más frecuentes, demandan mayor número de reingresos, estancia hospitalaria prolongada (4) y el principal factor precipitante de este comportamiento, en nuestra realidad, se considera que es la mala adherencia al tratamiento.

La falta o la pobre adherencia al tratamiento pueden representar hasta el 70% del factor precipitante de la descompensación de la enfermedad con incremento de la tasa de ingresos hospitalarios. Además, el total de pacientes en estadios avanzados presentan deterioro de su calidad de vida con limitaciones para realizar sus actividades laborales y cotidianas.

Las situaciones en las que se puede observar una falta de adherencia al tratamiento farmacológico son diversas. Algunas son consecuencia de actos involuntarios, como olvido o confusión, que puede estar determinado por un mal soporte familiar en pacientes en edades avanzadas; en otras situaciones, el paciente también puede dejar de tomar la medicación voluntariamente, por temor a reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o la creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva o por la misma idiosincrasia de este.

Los factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardíaca también puede estar influenciada por las características de nuestro sistema de salud; acceder a citas de controles son muy difíciles por la alta demanda que existe en los servicios especializados, situación que muchas veces desmotiva a la población en el control de sus enfermedades. En otras ocasiones, esta misma demanda hace que los tiempos de atención sean muy cortos, situación que no permite al profesional expresarse con explicaciones sobre el cuidado exacto de la salud del atendido.

Según la evidencia, se infiere que los pacientes toman decisiones sobre su medicación en base a sus conocimientos sobre la patología que los aqueja, con relación a su percepción sobre la sintomatología (5), sus preocupaciones sobre la misma y la relación médico-paciente (6). Por ende, tomar una medicación y continuar tomándola se considera un comportamiento complejo (7).

El Hospital María Auxiliadora, único nosocomio, de nivel III del Ministerio de Salud del cono Sur de Lima Metropolitana, atiende a los pobladores de los distritos de Villa El Salvador, Villa María del triunfo, San Juan de Miraflores, Santiago de Surco y Chorrillos. Según el consolidado de atenciones de dicho nosocomio, se realizaron 21 301 atenciones en el servicio de Cardiología entre enero a diciembre de 2018, lo que sería un promedio de 1770 atenciones mensuales. Los pacientes atendidos por cardiología durante el año 2018 fueron 8592 (8). La patología atendida, más frecuente, es la falla cardíaca resultante de otras patologías no controladas como la hipertensión arterial, arritmias, cardiopatía isquémica, valvulopatías y otras enfermedades metabólicas tal como la diabetes y el hipotiroidismo.

De forma general, los pacientes que hacen uso del seguro integral de salud para ser atendidos en el Hospital María Auxiliadora deben contar con una referencia de algún establecimiento del primer nivel de atención más cercano a su domicilio. Posterior a esto, debe conseguir una cita que será programada de acuerdo a la disponibilidad de cupos; esta situación se torna tediosa para la mayoría de pacientes, genera que no se atiendan de forma continua ni cuando realmente lo necesitan; además, debido a la sobrecarga de pacientes en cada turno de consultorio, el médico tratante no puede tomarse el tiempo suficiente para explicar

el tratamiento y las medidas de cuidado, lo que ocasiona muchas veces que el paciente no tenga el tiempo suficiente para procesar la información brindada.

Existe la necesidad de determinar los factores influyentes en la falta de adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardiaca en nuestra realidad, conocer mejor esta problemática y desarrollar propuestas de solución a fin de disminuir la prevalencia, los ingresos y la estancia hospitalaria en la población usuaria de los servicios del Hospital María Auxiliadora.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo se relaciona la adherencia al tratamiento en la evolución de la falla cardiaca crónica en los pacientes del Hospital María Auxiliadora 2018-2019?

1.3 Objetivos

General

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el comportamiento de la falla cardiaca en pacientes del Hospital María Auxiliadora 2018-2019.

Específicos

Mensurar la correlación entre la buena adherencia al tratamiento y la evolución de la falla cardiaca crónica en el hospital María Auxiliadora.

Medir la asociación entre una mala adherencia al tratamiento y el curso de la falla cardiaca crónica en el Hospital María Auxiliadora.

Explorar la influencia de las variables demográficas en la adherencia a la medicación en pacientes con falla cardiaca crónica en el Hospital María Auxiliadora.

1.4 Justificación

El presente trabajo servirá para identificar el rol que cumple la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en la reagudización de síntomas de falla cardiaca; de acuerdo a esto los resultados servirán para valorar el tipo de relación que existe entre las variables y de esta manera poder implementar técnicas

de intervención que permitan mejorar la adherencia al tratamiento en estos pacientes, con lo que se conseguirá reducir costos institucionales y estatales al evitar reingresos y hospitalizaciones prolongadas por las complicaciones que genere una mala o pobre adherencia a las prescripciones médicas.

1.5. Viabilidad y factibilidad

El estudio es viable y factible, porque se cuenta con acceso al libro de registro de datos de los servicios de consultorio externo de cardiología y de Emergencia del Hospital María Auxiliadora; además, el tiempo del investigador y de nuestros asesores, así como la autorización de los mismos para el acceso a los datos. También, el presupuesto es accesible y el estudio será realizado fácilmente bajo control y sin problemas éticos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

El 2019, Ana Huamán Guerra (9) realizó un estudio cuantitativo, correlacional transversal sobre la asociación entre la adherencia al tratamiento con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca. La muestra estuvo conformada por 40 pacientes usuarios del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), con un promedio de edad de 59 años; prevaleció el sexo masculino (67.5%), el 70% vivía en Lima y el 98% del total contaba con familiares, con nivel secundario como grado de instrucción predominantemente, a quienes se les realizó una entrevista estructurada con cuestionarios adaptados a nuestra realidad. Posterior a la comparación de variables, se usó de la prueba Chi-cuadrado y se concluyó que existe relación directa entre el cumplimiento y la adhesión adecuada al tratamiento con la calidad de vida de los pacientes con falla cardiaca.

Walter Guevara Tafur (10) desarrolló una investigación transversal analítica, sobre polifarmacia como factor asociado a no adherencia en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, en una muestra de 136 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica, en el Hospital Belén de Trujillo. Mediante la recolección de datos y el test de Morinski Green, determinó que la polifarmacia tienen 6.6 veces el riesgo de no adherencia a su tratamiento, lo que corresponde al 74.5% de pacientes sin adherencia terapéutica. Concluyó que existe asociación estadísticamente significativa entre polifarmacia y la no adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardiaca en el Hospital Belén de Trujillo.

En el estudio QUALIFY 2017, Komajda M et al., de tipo prospectivo, observacional, realizado en el periodo de setiembre 2013 a diciembre de 2016, se incluyó a 669 pacientes con falla cardiaca de 547 centros hospitalarios de 36 países de diferentes regiones del mundo. En base a las recomendaciones de la guía europea de tratamiento de falla cardiaca sistólica, del total de pacientes, el 23% presentó buena adherencia al tratamiento farmacológico; el 55%, moderada y el 22%, pobre adherencia. En este último grupo, se demostró que una mala adherencia al tratamiento estaba asociada a mayor tasa de mortalidad total, mortalidad por enfermedad cardiovascular específicamente por falla cardiaca y a una mayor tasa

de hospitalizaciones. Además, se evidenció que el grupo con menos adherencia al tratamiento estaba conformado por personas de mayor edad, peor clase funcional y pacientes oncológicos (11).

En 2017, Pedro Conthe y Tejeira (12) publicaron el artículo titulado Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca, en el cual se señala que tanto la adherencia a la terapéutica como la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca muestran una estrecha relación con el crecimiento de los índices de ingresos hospitalarios y, a su vez, con la morbimortalidad, ya que dentro del tratamiento farmacológico se tiene la problemática de una mala adhesión a dicho tratamiento que se refleja en que la mitad de pacientes tengan problemas para el seguimiento del tratamiento. Ello ocasiona más hospitalizaciones y mayor gasto hospitalario.

Una posible solución para dicha problemática sería la identificación de grupos vulnerables y un exhaustivo seguimiento, ya sea domiciliario o clínico, mediante los cuestionarios. A su vez, los autores recomiendan tomar en cuenta las variables como depresión y deprivación social, ya que están ligados a una tasa de recurrencia en la mala adhesión al tratamiento terapéutico y, por ende, a una mala calidad de vida en los pacientes con esta patología.

Achury D et al., en 2017, presentaron, en Colombia, un ensayo clínico de control, cuyo objetivo era determinar el efecto del seguimiento telefónico en los niveles de adherencia al tratamiento de falla cardiaca, ante el interés de promover mejores resultados en el tratamiento y vencer las barreras a las estrategias comunes como la dificultad al acceso de programas, la distancia entre el domicilio de los pacientes y la institución donde deberían realizar sus controles.

Se implementó una estrategia sencilla y de bajo costo con el uso de la tecnología y telecomunicaciones que, además, permite al paciente conocer su enfermedad e identificar tempranamente las complicaciones. En dicho estudio, la muestra fue de 61 pacientes elegidos de forma aleatorizada que estaban en clase funcional II o III, a quienes se les hizo seguimiento telefónico orientándolos y se supervisó la prescripción farmacológica, la dieta, el control de peso y la actividad que debería

realizar. Se logró determinar que los pacientes con seguimiento telefónico lograron mayor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, igual que el grupo de pacientes de sexo masculino y los que tenían nivel de instrucción superior (13).

Aquise B (14) ejecutó un estudio observacional, retrospectivo, con una revisión sistemática de 11 artículos científicos publicados en los últimos diez años; se recolectaron datos nacionales e internacionales sobre las intervenciones educativas relacionadas a la adherencia al tratamiento de pacientes en falla cardíaca, mediante una tabla resumen con datos principales de las publicaciones. Se realizó una comparación entre concordancias y discordancias de artículos nacionales con los extranjeros, con lo que se logró determinar que el 100% de ellos concluyen que es efectiva y favorable la intervención educativa y el abordaje multidisciplinario en los pacientes con falla cardíaca, en quienes se mejoró el conocimiento sobre la enfermedad y, consecuentemente, su comportamiento ante esta.

Ponikowski P et al. (presidente del equipo de trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología) publicaron la Guía Europea sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca, en el que se hace énfasis que la depresión, el aislamiento social y la disfunción cognitiva pueden influir en una mala adherencia al tratamiento y son desencadenante comunes de la reagudización de síntomas y ser un marcador de pronóstico desfavorable; por ello, actualmente la falta de adherencia al tratamiento es un componente prioritario de los programas de abordaje a los pacientes con falla cardíaca; Según la guía, la atención a la adherencia tiene una recomendación IIb.

En contraparte, el asesoramiento individualizado, la participación familiar y la buena relación médico-paciente pueden contribuir a mejorar la adherencia y ser un mecanismo protector para evitar los reingresos por la descompensación de esta patología. También, recomienda que para evaluar la respuesta terapéutica, primero, se debe evaluar la adherencia al tratamiento con y sin fármacos (15).

En una cohorte multipropósito, en 2016, Martín-Sánchez F et al. ejecutaron un estudio observacional sobre la estancia hospitalaria prolongada en los pacientes admitidos por insuficiencia cardíaca aguda. Se incluyó a 2400 pacientes, procedentes de España, con una edad promedio de 79 años, y mayoritariamente mujeres. Se encontró que la falta de adherencia al tratamiento, tanto de falla cardíaca como de comorbilidades cardiovasculares, fue un factor precipitante para aumentar el tiempo de estancia hospitalaria (16).

En 2016, en Colombia, Hernández C-Pinzón y Flórez-Flórez M (17) publicaron un ensayo clínico de diseño experimental, con preprueba, posprueba y grupo control, sobre la cohesión a la terapéutica médica en la falla cardíaca y las tecnologías de la información y la comunicación. El estudio se realizó con tres grupos de 37 pacientes seleccionados de forma aleatoria: el grupo 1 fue seguido de forma telefónica con llamadas y mensajes de texto.

Al grupo 2 se le siguió con llamadas más correos electrónicos; el 3 fue seguido por el personal de enfermería en una unidad de Falla Cardíaca. La evaluación de la adherencia al tratamiento se elaboró con un instrumento conformado por 10 dimensiones con 30 ítems incluidos con 4 tipos de respuesta (nada, muy poco, frecuentemente, mucho), según la escala de Likert. Mediante este estudio, se evidenció que las tecnologías de la información y comunicación, como una herramienta novedosa, permiten la implementación de nuevas estrategias de cuidados del paciente y les da alternativas a su régimen terapéutico; en adición a eso, permite la participación del familiar y la detección de problemas de forma precoz.

Específicamente, en este estudio, se ha determinado que los mensajes telefónicos y los mensajes por correo, asociados al seguimiento telefónico en los enfermos con insuficiencia cardíaca, lograron incrementar la adherencia al tratamiento y, consecuentemente, esto ha permitido facilitar la comprensión de su patología, su manejo, identificación y control de síntomas; con ello, consiguió motivar a los pacientes a mejorar su autocuidado.

Da Silva A et al. Publicaron, en 2015, un estudio transversal y obtuvieron los datos mediante una encuesta de 10 preguntas con una puntuación de 0-26 puntos. La adherencia adecuada al tratamiento fue > 18 puntos y la muestra estuvo formada por 340 pacientes. Se encontró que los pacientes con buen soporte familiar presentaron alta adherencia al tratamiento de falla cardíaca, al igual que el apoyo continuo en tres o más consultas con enfermería: influyó positivamente. Por el contrario, pacientes con hipertensión arterial, sin soporte familiar, presentaron baja adherencia al tratamiento. Se concluyó que el acompañamiento en la enfermedad es determinante para lograr una adecuada adherencia (18).

En 2015, Crespo-Leiro M et al. presentaron un trabajo observacional prospectivo, multicéntrico, realizado a 2834 pacientes con falla cardíaca, en 27 hospitales españoles, en los que se evaluó el porcentaje de pacientes que recibe tratamiento farmacológico de acuerdo con la recomendación de las Guías de Sociedad Europea de Cardiología. Se detectó que el cumplimiento de las orientaciones en base a las guías fue excelente en los nosocomios estudiados; se encontró que un 92.6% de pacientes lleva un tratamiento múltiple orientado de acuerdo con su fracción de eyección del ventrículo izquierdo y que, en mínimo porcentaje, se ha usado tratamientos con dispositivos invasivos de acuerdo con las condiciones y acceso de tecnología de los hospitales participantes de dicho estudio (19).

En EE. UU., Knafelz G y Riegel B (20), en 2014, desarrollaron un trabajo de cohorte prospectivo con una muestra de 242 pacientes con falla cardíaca sobre los factores que contribuyen a una mala adherencia al tratamiento, el cual se realizó durante seis meses. El seguimiento fue mediante visita domiciliaria al inicio, a los tres y seis meses, para lo cual se usó el sistema de monitoreo de los eventos de la medicación (MEMS), en los que se registra toda la medicación de uso, la fecha y hora de la toma de medicación.

Se identificó dos tipos de adherencia, desde una pobre adherencia a mejor adherencia; se demostró que la adherencia al tratamiento es el mejor predictor de la hospitalización. Los pacientes con falla en la atención, en algunos casos por situaciones demográficas, problemas de autocuidado, bajo nivel cognitivo, la edad avanzada con baja calidad de sueño, uso de polifarmacia (cinco o más

medicamentos) fueron factores condicionantes a una pobre adherencia al tratamiento. Por el contrario, se evidenció mejor adherencia cuando realizaron intervenciones conductuales que disminuyeran la necesidad de polifarmacia, en pacientes con evaluación médica sistemáticas, buen estado cognitivo y óptima calidad de sueño.

Rojas et al. publicaron, en 2014, un estudio de corte transversal, realizado en la Clínica de Falla Cardíaca y Trasplante Cardíaco de la Fundación Cardiovascular de Colombia. Se consideró a 161 pacientes con insuficiencia cardíaca, se valoró la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y los factores que influyeran en este. De manera general, se logró un alto porcentaje de adherencia según el instrumento utilizado para medir esto.

Se llegó a la conclusión que existen seis factores principales que influyen en la adherencia al tratamiento: confianza en el profesional por parte del paciente, información de acceso a los servicios, aceptación del diagnóstico, conocer la dieta recomendada, realizar la actividad física diaria y adecuada atención médica. Los factores que influyeron en la baja adherencia fueron básicamente cuatro: desconocimiento del tratamiento, falta de identificación de signos y síntomas, no contar con apoyo profesional y problemas relacionados a mantener su peso recomendado (21).

En 2014, Arredondo E et al. (22) presentaron una investigación descriptiva realizada en 2011 con 31 pacientes de nacionalidad colombiana y diagnóstico de insuficiencia cardíaca, atendidos en un hospital de Medellín, dentro de las características demográficas. La edad promedio fue 62 años; el 54%, de sexo femenino; la gran mayoría (80.1%) contaba solo con estudios de primaria y apoyo familiar. La principal comorbilidad fue la hipertensión arterial, seguida de la enfermedad coronaria y la diabetes *mellitus*.

Cada participante fue monitorizado con siete llamadas telefónicas, una cada mes, para evaluar los autocuidados y brindar orientación de acuerdo con sus requerimientos. Se notó que todos tenían dificultades en la adherencia al tratamiento no farmacológico, sobre todo en conductas como el consumo de sal,

medición de orina, control de peso y restricción de líquidos; se atribuyó esta falencia, principalmente, al factor individual, al tema educativo y a la comunicación espaciada entre el personal de salud y el paciente.

En 2011, en el boletín de información farmacoterapéutico de la Comarca se publicó: Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas el cual tiene como recomendaciones tener una adecuada relación médico-paciente para sentar canales de fortalecimiento mutuo y abordar la problemática de la pobre cohesión al tratamiento en los pacientes con insuficiencia cardíaca desde un concepto integral para la toma de decisiones mutuas por parte del binomio médico-paciente. A su vez sugirió que la combinación de intervenciones parece la mejor estrategia para identificar los elementos que originan la falta de adherencia terapéutica (23).

2.3 Bases teóricas

Adherencia al tratamiento

Antiguamente, para hacer referencia a la adherencia al tratamiento se utilizaba uno de los tantos sinónimos de esta palabra; entre ellos: cumplimiento. Si se busca su significado, se define como: acción y efecto de cumplir, ejecutar o llevar a efecto, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Pero el término cumplimiento tiene deficiencias como ser unidireccional, basarse en un modelo de salud autoritario, ser reduccionista, solo cuenta con el aspecto relacional que deja de lado aspectos subjetivos como la motivación del paciente. Por ende, se decide usar el término adherencia para eliminar estas limitantes y tomar en cuenta los aspectos psicosociales del paciente.

Se define la adhesión al tratamiento como el nivel de seguimiento por parte del paciente de una serie de orientaciones médicas que incluyen, además de un tratamiento farmacológico y no farmacológico, que, en el caso de la falla cardíaca o insuficiencia cardíaca, comprenden una dieta baja en sal, evitar hábitos tóxicos, actividad física regular y control del peso corporal, entre otras medidas, que no dejan de ser tan relevantes como el tratamiento farmacológico. Es necesario que estas medidas sean asimiladas y entendidas por el usuario, por lo que es crucial que el profesional de salud transmita claramente sus explicaciones, con amabilidad

y acorde al nivel sociocultural del paciente y familiares; además, es indispensable la retroalimentación y el subsiguiente seguimiento periódico.

Mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con lo indicado en su programa de atención. Señaló, de acuerdo a la publicación del 1 de julio de 2003, en Ginebra, que la falta de cumplimiento de tratamiento es un problema mundial de gran escala que cada día aumenta más y que, a su vez, esto genera otros problemas de salud física y psicosociales, tal como la resistencia farmacológica, que, a la larga, demandaran mayores costos para el sistema de salud. También, planteó que una mayor observación del tratamiento no alterará el presupuesto de asistencia salubre; por el contrario, eso generará disminución del presupuesto general, debido a la reducción de hospitalizaciones, innecesario uso de emergencias, reducción de costos en áreas de cuidados intensivos y de rehabilitación (24).

Es importante mencionar que cuando no existe adherencia al tratamiento, se suele culpar enteramente al paciente, a pesar de que existe evidencia de que el personal y el sistema de salud pueden ser el causante o el influenciador del comportamiento del paciente respecto a su enfermedad. Como ejemplo de esto, según el informe de la OMS, respecto al tratamiento de en muchas enfermedades crónicas como la diabetes, la tuberculosis, el VIH y la hipertensión se ha evidenciado que tuvieron unos buenos resultados a las intervenciones dirigidas a hacer cumplir el tratamiento, como el DOTS: tratamiento breve bajo observancia directa (24).

Según una publicación en la Revista Cubana, Libertad M (25) realizó un análisis de las diferentes definiciones sobre adherencia al tratamiento médico, en el que menciona que los términos soporte, ayuda y adherencia implica lograr mayor colaboración del paciente en determinar qué elementos afectan su integridad. Se infiere que el usuario se adecuará a un plan con el que está de acuerdo, con el que se sienta más cómodo, y en el que haya participado para su la elaboración y sienta que es más práctico de realizar o, al menos, el que le haya permitido tomar conciencia de la importancia de cambios sustanciales para obtener mejores resultados; de ese modo, se sentirá parte de él y generaría una participación activa.

Este artículo deja como reflexión que la adherencia implica un comportamiento múltiple que se dará de acuerdo interacción del paciente con el sistema de salud; de esta manera, se hace referencia a un conjunto de conductas que incluyen la aceptación, la motivación, participación y la comprensión del tratamiento, para que este se haga de forma consciente.

Por lo ya mencionado, Libertad M (26), propuso que para que se genere la adhesión al tratamiento es necesario que se considere los siguientes elementos:

a) Aceptación consensuada del tratamiento: Quiere decir que debe existir cooperación entre el paciente y el médico tratante; ambas partes deben idear una estrategia que garantice la aceptación y la ejecución de las medidas y orientaciones dispuesto por el personal de salud.

b) Cumplimiento del tratamiento: Con esta medida el paciente efectúa todas las indicaciones dadas por el salubrista.

c) Participación dinámica del paciente: Quiere decir que activamente tanto el paciente como el médico tratante deben buscar herramientas para garantizar la adherencia al tratamiento.

d) Voluntariedad para la ejecución de lo dispuesto: Señala que el usuario debe participar de forma consciente y de forma intencionada en todas las indicaciones que, en conjunto con el médico, determinaron son las mejores para tratar su enfermedad.

Según el boletín INFAC (23), la falta de cumplimiento del tratamiento es una dificultad notable en el ejercicio de la medicina y que de manera general un 20-50% de pacientes no toma su medicación de forma adecuada. Mencionan que, tradicionalmente, se ha usado el término de cumplimiento para definir el cumplimiento de las prescripciones médicas e incumplimiento para señalar y culpar al paciente sobre un incorrecto uso de la medicación. Actualmente, se prefiere el uso del término adherencia, ya que resalta la participación y consciente del enfermo. Ello genera responsabilidad en el médico tratante al crear un clima

adecuado de diálogo fácil, comprensible y asumible respecto a la terapéutica con fármacos y las medidas de cuidado, con responsabilidad compartida en las decisiones.

Resulta interesante, también, considerar que los factores influyentes en la falta de adherencia se pueden clasificar según su relación con la enfermedad (patologías crónicas, ausencia de síntomas, expectativas de curación, conocimiento de la enfermedad); el sistema de salud (accesibilidad geográfica, programación de citas, continuidad asistencial tipo de aseguramiento); la relación médico-paciente (trato cordial y entendimiento del lenguaje); con el propio tratamiento (polifarmacia, complejidad de uso, efectividad del fármaco, reacciones adversas); estado del paciente (estado cognitivo afectivo, nivel educativo, creencias populares, condición de vida). Este abordaje permite evaluar de forma integral los resultados de la efectividad del tratamiento y poder determinar mecanismos de intervención para mejorar los niveles de adherencia (26).

En múltiples trabajos sobre adherencia, se usó como herramienta la prueba de Morisky-Green, que permite valorar si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica, consta de cuatro preguntas con respuestas dicotómicas sí/no:

1. ¿Alguna vez olvidó tomar sus medicamentos?
2. ¿La medicación la toma a la hora que le indicaron?
3. Cuando no tiene síntomas, ¿deja de tomar sus medicamentos?
4. Cuando se siente mal, ¿no toma sus medicamentos?

Se concluye como buena adherencia al tratamiento, si las respuestas son adecuadas en el siguiente orden: 1: no; 2: sí; 3: no; 4: no.

Este cuestionario está orientado para múltiples enfermedades de daños no transmisibles, conocidas también como patologías crónicas; ha sido creado en 1986 por Morinsky, Green y Levine; posteriormente, en 1992 fue validado por Val Jiménez et al. (versión en español). Desde esa fecha, se considera por su aplicabilidad al ser breve y preciso; además, es altamente específico con un valor

predictivo positivo alto; en adición a esto, es muy comprensivo independientemente del nivel sociocultural del paciente (27).

Existen aspectos básicos que se deben de tomar en cuenta cuando se analiza la adherencia al tratamiento entre ellos: No culpar al paciente ya que no es el único el factor y esto podría debilitar la relación médico-paciente; aceptar la libertad del paciente en la toma de decisiones; abordar de forma multidisciplinaria; simplificar lo más que sea posible la frecuencia de dosificación sin dejar de considerar la calidad de los resultados clínicos (23).

Falla cardiaca

De acuerdo con la Guía sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca de la sociedad europea de cardiología (12), la falla o insuficiencia cardiacas se define como un síndrome clínico que se caracteriza por síntomas y signos generados por una alteración estructural o funcional del corazón que disminuyen el gasto cardíaco; actualmente, la definición de esta entidad se limita a las fases de la enfermedad en la que los síntomas son muy notorios.

Se define como falla cardiaca crónica a los pacientes que hace un tiempo ya presentan esta enfermedad y si no ha cambiado, desde hace un mes, se considera como falla cardiaca crónica estable. Si esta se deteriora, se puede considerar descompensada. Los síntomas y signos más típicos son: disnea o sensación de falta de aire, ortopnea (el paciente adopta un posición para respirar mejor, disnea paroxística nocturna (el paciente se levanta con sensación de ahogo por las noches), capacidad reducida para el ejercicio, respiración rápida, ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular positivo, a la auscultación cardiaca presencia del tercer ruido o signo de galope, latido de punta cardiaca desplazado por fuera de la línea medio claviclar.

La falla cardiaca se puede definir como el estado fisiopatológico en el que algún tipo de disfunción del corazón provoca su incapacidad para bombear sangre en la cantidad necesaria para suplir los requerimientos metabólicos del organismo (13).

Se considera un síndrome clínico caracterizado por una instauración progresiva de síntomas y signos consecuentes a la congestión pulmonar y otros problemas como la sobrecarga del ventrículo izquierdo y demás alteraciones estructurales y funcionales del sistema cardiovascular. A esto, se sobreagrega una serie de consecuencias, debido a la activación progresiva de los mecanismos neuroendocrinos que normalmente controlan la presión arterial y el volumen intra y extravascular. La falla cardiaca también se puede definir como la incompetencia del sistema cardiovascular para mantener un gasto cardiaco acorde la demanda de los diferentes órganos (16).

Tras muchas definiciones aparecidas en las últimas décadas, la Sociedad Europea de Cardiología propuso una que presenta un sentido eminentemente práctico: La IC es un síndrome constituido por una constelación de signos y síntomas típicos, entre los que destacan la fatiga, la disnea o la congestión pulmonar o periférica, que responde a la existencia de una anomalía cardiaca estructural o funcional que ha de ser evidenciada objetivamente y que, en definitiva, supone una alteración de la capacidad del ventrículo para llenarse de sangre, para expulsarla o ambas (11). La inclusión del término funcional permite englobar a un número no desdeñable de pacientes que presentan el síndrome clínico sin que existan anomalías estructurales.

La clasificación funcional de la asociación de cardiología de New York ⁽¹¹⁾ es el parámetro más usado para evaluar el grado de descompensación del paciente; se considera cuatro tipos o clases funcionales de acuerdo con la capacidad física del paciente que traduciría la capacidad de respuesta cardiaca a las demandas sistémicas.

Clase funcional I: El paciente no presenta limitación para la actividad física.

Clase funcional II: Se denota una leve limitación en la capacidad física, pero la actividad común del paciente no genera sintomatología.

Clase funcional III: Limitación marcada para la actividad física. Una baja actividad física ocasiona sensación de falta de aire, palpitaciones o precordialgia.

Clase IV: El paciente tiene sintomatología en reposo que se incrementa con el mínimo esfuerzo.

La insuficiencia cardiaca (IC) es la etapa terminal de múltiples entidades cardiológicas. Lamentablemente es irreversible a la que la mayoría de los pacientes cardiopatas llega. Se podría decir que es el trayecto final de múltiples enfermedades cardiovasculares que no fueron controladas a tiempo. Es considerada un síndrome; por lo tanto, darle una definición exacta muchas veces resulta difícil; en este síndrome, el trabajo como bomba del corazón es deficiente y se hace inadecuado el manejo de volumen y presión por este órgano, por lo tanto, dotar de suministros a los diferentes órganos se hace deficiente (25).

Clínicamente, se comprende por falla cardiaca a todo el conjunto de síntomas y signos que se hacen evidentes consecuentemente a la disfunción ventricular, con signos de sobrecarga de volumen y de presión. Por ende, las probables manifestaciones son variadas y múltiples (28).

2.3 Definición de términos básicos

Falla cardiaca crónica: Alteración fisiopatológica del corazón que no permite cumplir o limita la función de bomba y puede ser producto de alteraciones endocrinológicas (29), secundaria a un infarto u otros problemas cardiovasculares, etc.

Adherencia al tratamiento: Es el cumplimiento del tratamiento, grado de conducta en relación con la toma de medicamentos, seguimiento de una dieta, modificación de hábitos de vida y coincidencia con las instrucciones dadas por el personal sanitario.

Eficiencia del tratamiento: Se refiere a obtener el mayor beneficio con el tratamiento instaurado de acuerdo con la condición del paciente; se consideran aspectos que intervengas en disminución de los costos en la intervención.

Eficacia: Impacto o efecto de acción realizada en las mejores condiciones posibles.

Calidad de vida: Es el estado subjetivo y objetivo del paciente frente a una situación en un determinado contexto en el que prevalece su bienestar y satisfacción.

Disnea: Sensación de dificultad respiratoria, referido muchas veces por el paciente como sensación de ahogo o falta de aire.

Ortopnea: Disnea de mayor grado que se presenta cuando el paciente está acostado y obliga a adoptar la posición semisentado.

Escala NYHA: Propuesta en 1928 para determinar la clase funcional de los pacientes (I, II, III, IV).

Clase funcional: Sistema que determina las limitaciones en la actividad física del paciente ocasionado por los síntomas cardíacos que se presenten, principalmente la disnea.

Gasto cardíaco: Cantidad de sangre que el ventrículo expulsa cada minuto.

FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; es el porcentaje de sangre expulsada de un ventrículo con cada latido, mide la disminución del volumen del ventrículo izquierdo del corazón en sístole, con respecto a la diástole.

Polifarmacia mayor: Uso de múltiples medicamentos de diferente nominación (más de cinco medicamentos al día) (30).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

General

Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el comportamiento de la falla cardiaca en pacientes del Hospital María Auxiliadora 2018-2019.

Específicas

Los pacientes con buena adherencia al tratamiento presentan menor falla cardiaca crónica en el hospital María Auxiliadora.

La mala adherencia al tratamiento y falla cardiaca crónica presentan una correlación positiva en el hospital María Auxiliadora.

Los varones presentan menor adherencia a fármacos durante el tratamiento para falla cardiaca crónica comparado con las mujeres del hospital María Auxiliadora.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable independiente: Adherencia al tratamiento.

Variable dependiente: Falla cardiaca.

Variable	Definición	Tipo	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Adherencia al tratamiento	Grado de cumplimiento de las prescripciones médicas, farmacológicas y no farmacológicas	Cualitativa	% de cumplimiento de prescripciones médicas	Nominal	Sí No	Aplicación de la prueba de Morinsky-Green
Falla cardiaca crónica	Síndrome consecuente de una alteración cardiaca estructural o funcional que generan síntomas y signos como disnea, edemas, crepitantes pulmonares, Ingurgitación yugular etc.	Cualitativa	% de pacientes con falla cardiaca compensada o no	Ordinal	Compensada	Historia clínica
					Descompensada	
Tiempo de enfermedad	Años que el paciente presenta la enfermedad	Cuantitativa	% de pacientes según grupos de edad	De razón	< 5 años	Historia clínica
					De 5 a 10 años	
					10 a 20 años	Ficha de recolección de datos
					>20 años	
Sexo	Condición orgánica que distingue si es masculino o femenino	Cualitativa	% pacientes según sexo	Nominal	Masculino	Ficha de recolección de datos
					Femenino	
Edad	Años vividos hasta el momento de recolección de datos	Cuantitativa	Composición de la muestra según grupos de edad	De razón	<30 años	Ficha de recolección de datos
					30-50 años	
					51-74 años	
					>74 años	
Grado de instrucción	Nivel de escolaridad	Cualitativa	Nivel de instrucción alcanzado	Nominal	Analfabeto	Ficha de recolección de datos
					Primaria	
					Secundaria	
					Superior	

Accesibilidad a los sistemas de salud	Condición que permite al paciente ser atendido con facilidad	Cualitativa	Cercanía al hospital	Nominal	Sí No	Ficha de recolección de datos
			Proporción de pacientes SIS	Nominal	Sí No	
Polifarmacia mayor	Uso de múltiples medicamentos	Cualitativa	Proporción de pacientes con más de tres medicamentos	Nominal	Sí No	Historia clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Las características del presente estudio son:

Según la intervención del investigador: es de tipo observacional, ya que se procederá a la revisión de las historias clínicas y libro de registro de emergencias para determinar los reingresos en el periodo de estudio por descompensación de la falla cardiaca; además, se realizará una entrevista con el paciente y un familiar para emplear la prueba de Morinsky-Green.

Según el alcance el estudio: es de tipo analítico; de acuerdo con la recolección de los datos, se pretende de demostrar los elementos y/o características en el paciente que intervengan en la adherencia al tratamiento de falla cardiaca.

Según el número de mediciones de las variables: es de tipo longitudinal tipo cohorte única.

Según el momento de recolección de datos: es de tipo retrospectivo, porque se realizará la revisión de historias clínicas y libro de registro de emergencias, con la finalidad de identificar el número de reingresos, la clase funcional y otros elementos que intervienen en la adherencia al tratamiento en falla cardiaca; una vez identificados, estos pacientes se les realizará la prueba.

Según su enfoque: es de tipo cuantitativo y correlacional, ya que se evaluará la cantidad de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca no compensada en relación con la adherencia al tratamiento establecido.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Pacientes con diagnóstico de falla cardiaca crónica

Población de estudio

Pacientes con diagnóstico de falla cardíaca crónica atendidos de enero a diciembre 2018-2019, en el Hospital María Auxiliadora.

Tamaño de la muestra

Se calculó el tamaño de la muestra mediante el software GRANMO, se consideró la adherencia al tratamiento y la buena evolución de los pacientes con un riesgo relativo mínimo detectado de 0.8 y una razón entre número de expuestos y no expuestos de 1 con una precisión o riesgo alfa de 0.05 y un riesgo Beta de 0.2; se ha calculado en 85 sujetos que tienen adherencia y 85 que no tienen adherencia como la cohorte control.

Selección de la muestra

La selección de casos será aleatoria o de forma probabilista del registro de pacientes con falla cardíaca crónica del Hospital María Auxiliadora, 85 pacientes que tienen adherencia al tratamiento o expuestos a buena adherencia y 85 sujetos que no tienen adherencia, se evaluará su evolución en un año.

Criterios de inclusión

Pacientes con el diagnóstico de falla cardíaca crónica con seguimiento por el servicio de cardiología en el Hospital María Auxiliadora en el año 2018.

Pacientes con uno o más reingresos por emergencia debido a descompensación de falla cardíaca.

Pacientes en edades comprendidas entre 18-70 años.

Pacientes con comorbilidades endocrinas como diabetes mellitus e hipotiroidismo, reumatológicas o nefrológicas.

Criterios de exclusión

Pacientes que no lleven su seguimiento en el servicio de cardiología del Hospital María Auxiliadora.

Pacientes menores de 18 años.

Pacientes con falla cardíaca aguda.

Pacientes que se nieguen a firmar el consentimiento informado.

Pacientes con historia clínica incompleta.

4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Se utilizará la revisión del libro de registro de emergencias y las historias clínicas de manera pertinente y cuidadosa y se cumplirá rigurosamente los criterios de inclusión. Se recolectará la información en una ficha de recolección de datos que consta de una sección de identificación de la filiación del paciente donde se han considerado los siguientes datos: nombre, apellidos, edad, sexo, número de historia clínica, tipo de seguro, nombre de un familiar, medicamentos prescritos, fechas de cita control por el servicio de Cardiología, fecha de reingreso(s) por Emergencia. También durante la entrevista, se aplicará la prueba de Morinsky-Green.

Se validará en campo con 20 pacientes iniciales y se realizará mejoras al proyecto y a la ficha de colecta como consecuencia del análisis de la fase de campo. También, se consultará con tres expertos cardiólogos acerca de la ficha de colecta de datos.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos, serán analizados en un ordenador, se utilizará el programa IBM SPSS versión 22.0.0 y se realizará el análisis estadístico para determinar la adherencia y los que no tienen buena adherencia al tratamiento. Se evaluará la relación que existe con la evolución la falla cardiaca crónica a través de la prueba estadística Chi cuadrado y riesgo relativo. Además, se medirá la asociación que tienen los factores demográficos con la adherencia al tratamiento.

Se medirá la asociación entre una mala adherencia al tratamiento y el curso de la falla cardiaca crónica y si la data lo permite, se calculará el riesgo relativo.

Se medirá la correlación entre la buena adherencia al tratamiento y la evolución de la falla cardiaca crónica con la prueba de Spearman. Se realizará análisis estratificado según el cumplimiento de adherencia o no, para las variables demográficas sexo y edad.

4.5 Aspectos éticos

Todas las intervenciones y tareas que se realicen, para la ejecución del presente trabajo, respetarán la integridad y los derechos de los pacientes que conformarán la muestra. Se considerarán, asimismo, las normas de las prácticas clínicas y la ética en la investigación.

Se respetará el principio de confidencialidad. Cabe resaltar que no existe ningún conflicto de interés y toda la información positiva o negativa sobre el trabajo del médico especialista en cardiología será plasmada con veracidad.

CRONOGRAMA

Pasos	2020-2021											
	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep
Redacción final del proyecto de investigación	X											
Aprobación del proyecto de investigación		X										
Recolección de datos			X	X								
Procesamiento y análisis de datos				X	X							
Elaboración del informe						X						
Correcciones del trabajo de investigación							X	X				
Aprobación del trabajo de investigación									X			
Publicación del artículo científico										X		

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	600
Soporte especializado	1000
Impresiones	850
Logística	1050
Traslado y refrigerio	1700
TOTAL	5200

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gómez E. Capítulo 2. Introducción, epidemiología de la falla cardiaca e historia de las clínicas de falla cardiaca en Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología* 2016;23:6-12.
- (2) Senior JM, Saldarriaga C, Rendón JA. Descripción clínico-epidemiológica de los pacientes con falla cardiaca aguda que consultan al servicio de urgencias. *Acta medica colombiana* 2011; 36(3):125-129.
- (3) Romero M, Arango CH. Análisis de costo efectividad del uso de metoprolol succinato en el tratamiento de la hipertensión arterial y la falla cardiaca en Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología* 2012; 19(4):160-168.
- (4) Arcos-Medina LC, Méndez-Toro A, Rojas-Ruiz IT, Torres S, Tabares SC. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes hospitalizados con diagnóstico de falla cardiaca descompensada con fracción de eyección reducida del Hospital Militar Central. *Acta Médica Colombiana* 2020; 45(1).
- (5) Navas AT, Camargo AS, Chaparro BM, Flórez ED, Palacios MI. Influencia de los factores psicosociales sobre el estado clínico de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica manejados en una unidad multidisciplinaria. *Revista Salud Bosque* 2011; 1(1):9-16.
- (6) Influencia de la relación profesional sanitario-paciente en la adherencia al tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca (PRC). *Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology (6-8 June 2013. Santiago de Compostela-Spain)*. 2013.
- (7) Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta médica colombiana* 2005; 30(4):268-273.
- (8) Ministerio de Salud. Hospital María Auxiliadora. Compendio estadístico. Unidad de Procesamiento de Datos. Oficina de Estadística e Informática. 2018.
- (9) Gudelia Huamán Guerra. A. Asociación entre el cumplimiento y adherencia al tratamiento con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. *Enfermería en cardiología* 2019(78):74-81.
- (10) Guevara Tafur W. Polifarmacia como factor asociado a no adherencia en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. 2018.
- (11) Komajda M, Cowie MR, Tavazzi L, Ponikowski P, Anker SD, Filippatos GS, et al. Physicians' guideline adherence is associated with better prognosis in

outpatients with heart failure with reduced ejection fraction: the QUALIFY international registry. *European journal of heart failure* 2017; 19(11):1414-1423.

(12) Conthe P, Tejerina F. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca. *Revista española de cardiología suplementos* 2007; 7(6):57F-66F.

(13) Achury Saldaña DM, Aponte LF, Gómez J, Roa Buitrago N. Efecto del seguimiento telefónico en la adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardiaca. *Enfermería global* 2018 Jun 29,17(3):406.

(14) Aquisé Paco BR. Eficacia de las intervenciones educativas de enfermería para incrementar la adherencia al tratamiento en pacientes con falla cardíaca. 2017.

(15) Ponikowski A, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. *Revista española de cardiología* 2016; 69(12):1167.

(16) Martín-Sánchez FJ, Carbajosa V, Llorens P, Herrero P, Jacob J, Miró Ò, et al. Tiempo de estancia prolongado en los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda. *Gaceta Sanitaria* 2016; 30(3):191-200.

(17) Hernández-Pinzón C, Flórez-Flórez ML. Adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardiaca y las tecnologías de la información y la comunicación. *Revista colombiana de cardiología (Bogotá, Colombia: 1989)* 2017 Mar; 24(2):96-104.

(18) Freitas A, Dantas A, Malta M, Silva C, Gandin T, Da Fe A, et al. La adherencia al tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca acompañados de enfermeras en dos clínicas especializadas. *Rev.Latino-Am.Enfermagem* 2015; 23(5):888-894.

(19) Crespo-Leiro MG, Segovia-Cubero J, González-Costello J, Bayes-Genis A, López-Fernández S, Roig E, et al. Adherence to the ESC heart failure treatment guidelines in Spain: ESC heart failure long-term registry. *Revista Española de Cardiología (English Edition)* 2015; 68(9):785-793.

(20) Knafl GJ, Riegel B. What puts heart failure patients at risk for poor medication adherence? *Patient preference and adherence* 2014; 8:1007-1018.

(21) Rojas Sánchez LZ, Echeverría Correa LE, Camargo Figuera FA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca. *Enfermería global* 2014; 13(36):1-19.

(22) del Socorro Arredondo-Holguín E, de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, María, Higueta-Urrego LM. Dificultades con la adherencia al tratamiento no farmacológico

de pacientes con falla cardiaca detectados a través de seguimiento telefónico. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 2014; 16(2):133-147.

(23) Aguirrezabalaga JR, Aguado M, Aizpurua I. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Infac* 2011; 19(1):1-6.

(24) De Geest S, Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2003 Dec; 2(4):323.

(25) Braunwald E, Colucci WS, Grossman W. Tratado de Cardiología: Aspectos clínicos de la insuficiencia cardiaca. Interamericana-McGraw-Hill, Madrid; 2014, 479-506.

(26) Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública* 2004 Dec 1,30(4).

(27) Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Review of the test used for measuring therapeutic compliance in clinical practice. *Atención primaria* 2008 Aug; 40(8):413.

(28) McKee PA, Castelli WP, McNamara PM, Kannel WB. The natural history of congestive heart failure: the Framingham study. *N Engl J Med* 1971; 285(26):1441-1446.

(29) López EAG. Síndrome metabólico y falla cardiaca. *Acta Médica Colombiana* 2005; 30(3):154-163.

(30) Bjerrum L, Rosholm JU, Hallas J, Kragstrup J. Methods for estimating the occurrence of polypharmacy by means of a prescription database. *E J Clin Pharmacol* 1997 Oct; 53(1):7-11.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Adherencia al tratamiento en falla cardíaca crónica hospital María Auxiliadora 2018-2019	¿Cómo se relaciona la adherencia al tratamiento en la evolución de la falla cardíaca crónica en los pacientes del Hospital María Auxiliadora?	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el comportamiento de la falla cardíaca en pacientes del Hospital María Auxiliadora en el año 2018-2019.</p> <p>Objetivos específicos: Mensurar la correlación entre la buena adherencia al tratamiento y la evolución de la falla cardíaca crónica. Medir la asociación entre una mala adherencia al tratamiento y el curso de la falla cardíaca crónica. Explorar la influencia de las variables demográficas en la adherencia a la medicación en pacientes con falla cardíaca crónica.</p>	Diseño: observacional, cohorte, analítico, ambispectivo, correlacional.	<p>Población universo: Pacientes con diagnóstico de Falla Cardíaca Crónica</p> <p>Población de estudio: Pacientes con diagnóstico de Falla Cardíaca Crónica atendidos de enero a diciembre 2018-2019 en el Hospital María Auxiliadora.</p>	Ficha de adherencia y falla cardíaca

2. Instrumentos de evaluación

FICHA DE ADHERENCIA Y FALLA CARDIACA

APELLIDOS Y NOMBRES:					
EDAD:		SEXO		N.º HISTORIA	
TIPO DE SEGURO:			N.º DNI:		
GRADO DE INSTRUCCIÓN:					
OCUPACIÓN:					
¿SU VIVIENDA SE ENCUENTRA CERCA DEL HOSPITAL?				SÍ	NO
NOMBRE DEL FAMILIAR:					
FECHAS DE CITAS POR CARDIOLOGÍA: SU CITA LA CONSIDERA OPORTUNA: SÍ NO SI LA RESPUESTA ES NO SU CITA, HA SIDO CADA: A) 3 MESES B) 6 MESES C) 9MESES D) AL AÑO E) MÁS DE 1 AÑO.					
CARDIOLOGO TRATANTE:					
FECHA DE REINGRESOS POR EMERGENCIA:					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS:					
SI HA OLVIDADO SU TRATAMIENTO HA SIDO: A) ESTA SEMANA B) LOS ÚLTIMOS QUINCE DÍAS C) ESTE MES					
¿SU FAMILIAR LE APOYA HACIÉNDOLE RECORDAR EL TRATAMIENTO INDICADO POR EL MÉDICO? SÍ NO					
CUANDO SE SIENTE MEJOR, DEJA DE TOMAR MEDICAMENTOS SÍ NO					
SI LA RESPUESTA ES SI: INDIQUE CUAL FUE LA CAUSA: PORQUE SE SENTÍA MEJOR, PORQUE HACE DAÑO, PORQUE YA NO TIENE MEDICAMENTO, OTRA:					
¿HA SIDO DIAGNOSTICADO DE DEPRESIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO? SÍ NO					
¿SE INTERRELACIONA CON SUS AMIGOS? SÍ NO					
¿TIENE OTRA ENFERMEDAD? SÍ NO					

PRUEBA DE MORISKY-GREEN

PREGUNTAS	SÍ	NO
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para su enfermedad?		
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3. Cuando se encuentra bien. ¿deja de tomar la medicación?		
4. Si alguna vez le sienta mal. ¿deja usted de tomarla?		

