



Revista Facultad Nacional de Salud
Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia
Colombia

Naranjo-Rojas, Anisbed; Millán, Juan C.; Orrego, Marisel
Adherencia de planes caseros de terapia respiratoria en pacientes con enfermedades
crónicas del programa de atención domiciliaria, Cali, 2014
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 34, núm. 2, mayo-agosto, 2016, pp. 212-
219
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12045638010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Adherencia de planes caseros de terapia respiratoria en pacientes con enfermedades crónicas del programa de atención domiciliaria, Cali, 2014

Adherence to home respiratory therapy plans among patients with chronic diseases from the home care program, Cali, 2014

A adesão casa planeja fisioterapia respiratória em pacientes com doenças crônicas do programa de atendimento domiciliar, Cali, 2014

Anisbed Naranjo-Rojas¹; Juan C. Millán²; Marisel Orrego³

¹ Magíster en Gerencia en Servicios de Salud. Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia. Correo electrónico: anisbednaranjo24@gmail.com

² Magister en Epidemiología, Magíster en Educación ambiental y desarrollo Sostenible. Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia. Correo electrónico: jcmillanusc@gmail.com

³ Terapeuta Respiratoria. Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia. Correo electrónico: mery_mery1024@hotmail.com

Recibido: 15 de julio de 2015. Aprobado: 02 de febrero de 2015. Publicado: 20 de mayo de 2016

Citación sugerida: Naranjo-Rojas A, Millán JC, Orrego M. Adherencia de planes caseros de terapia respiratoria en pacientes con enfermedades crónicas del programa de atención domiciliaria de la IPS SISANAR, Cali, 2014. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 24(2): 212-219. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a10

Resumen

Objetivo: Determinar la adherencia de los planes caseros de terapia respiratoria en pacientes con enfermedades crónicas de un programa de atención domiciliaria, cuyos tratamientos incluyen prácticas de terapias respiratorias en la ciudad de Santiago de Cali – Colombia. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. La población de estudio correspondió a 83 adultos entre 45 y 85 años con patologías crónicas, no alterara las funciones cognitivas, pertenecientes al programa de terapia respiratoria de la IPS SISANAR. Se diseñó una encuesta dirigida al paciente y cuidadores primarios. **Resultados:** El comportamiento entre las variables analizadas no fue paralelo, en ambas variables

bien sea por factores como el tipo de afiliación, caso que correspondería al Plan casero Vs sgsss, mientras que el segundo de ellos presenta un comportamiento que refleja una diferencia en el número de sesiones realizadas por mes y las actividades registradas en el plan casero. **Discusión:** Este estudio encontró que los planes caseros muestran que la adherencia es efectiva pero depende del alto grado del manejo que se dé inicialmente desde los Sistemas de Seguridad Social al que pertenezcan los pacientes y al cumplimiento de las actividades.

-----**Palabras Clave:** Adherencia, adherencia terapéutica, Enfermedad crónica no transmisibles, Cuidador, Paciente

Abstract

Objective: to assess the adherence to home respiratory therapy plans in patients with chronic diseases from a home care program whose treatments include respiratory therapy practice in the city of Santiago de Cali, Colombia. This study focused mainly on the patients affiliated to the home care program of the SISANAR health care providing institution. **Methodology:** an observational, descriptive and cross-sectional study was conducted. The studied population consisted of 83 adults aged 45 to 85 with chronic pathologies which did not alter cognitive functions. These patients were part of the respiratory therapy program of the SISANAR health care providing institution. An interview geared at both patients and primary caregivers

was designed. **Results:** the behavior between the variables analyzed was not parallel for both variables. This was due either to factors such as affiliation type (which is the case of the home care program vs. the General System for Social Security in Health), or to a behavior reflecting a difference in the number of sessions per month and the activities recorded in the home care plan. **Discussion:** this study found that home plans show that adherence is effective but highly dependent on both compliance with activities and the initial management provided by the patients' social security system.

-----**Keywords:** adherence to treatment, adherence, chronic non-communicable disease, Caregiver, Patient

Resumo

Objetivo: determinar a aderência de casa planeja fisioterapia respiratória em pacientes com doenças do programa de assistência domiciliar crônicas cujos tratamentos incluem práticas de fisioterapia na cidade de Santiago de Cali - Colômbia. **Metodologia:** Estudo observacional, descritivo e transversal foi conduzido. A população de estudo correspondeu a 83 adultos entre 45 e 85 anos com doenças crônicas, não alteram as funções cognitivas pertencentes ao programa de terapia respiratória SISANAR IPS. um levantamento dos pacientes e cuidadores primários foi projetado. **Resultados:** O comportamento entre as variáveis analisadas foi nenhum

paralelo em ambas as variáveis, quer por factores como a filiação, se isso corresponder ao Plano de casa Vs SGSS, enquanto o segundo tem um comportamento que reflete uma diferença no número de sessões por mês e actividades registadas no plano de casa. **Discussão:** Este estudo revelou que planos de casa mostram que a adesão é eficaz, mas depende muito da gestão inicialmente a partir de sistemas de segurança social pertencentes aos pacientes e actividades de conformidade.

-----**Palavras-chave:** Adesão, a adesão, doenças não transmissíveis crônicas, cuidador, Paciente

Introducción

En la actualidad, la atención domiciliar se ha convertido en uno de los principales pilares de la prestación de los servicios de salud, ya que se ajusta a las necesidades de pacientes con afecciones de salud crónicas, las cuales al ser tratadas bajo este contexto apuntan a mejorar la calidad de vida de los pacientes a través del control y manejo de síntomas, tendiendo a una minimización del riesgo de complicaciones tales como infecciones cruzadas.

Desde hace más de una década, diversos países desarrollados y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han desarrollado alternativas de cuidado en casa para aquellos pacientes que padecen algún tipo de enfermedades crónicas, las cuales según un estudio realizado por la compañía Pfizer, las enfermedades con más altos índices de padecimiento y por ende más tratadas a nivel domiciliario en Europa, correspondían a la Diabetes tipo II, dislipidemias, Sida, en las cuales más del 50% de los pacientes, se acogían adecuadamente a los tratamientos sugeridos en casa [1].

A nivel de Latinoamérica, Chile realizó por tres años un estudio de la diabetes tipo II a través del ingreso al programa cardiovascular, el cual contó con

la participación de un público mixto comprendido entre un 26% de hombres y un 74% de mujeres. Los resultados obtenidos en este estudio evidenciaron un 62.5% de adherencia al tratamiento farmacológico tanto en hombres como en mujeres, cifra que revela un bajo nivel de acoplamiento a este tipo de programas [2].

Colombia, por su parte realizó un estudio en Medellín dirigido a establecer el índice de adherencia en los tratamientos en casa de diabetes tipo II por parte de los cuidadores. Se obtuvo como resultado un bajo porcentaje de adherencia debido a diversos factores tales como la edad del cuidador y el nivel de escolaridad [3].

En el entorno domiciliario el manejo de pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas es muy frecuente y la adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de estos pacientes. Según un estudio realizado por Martínez y Palop en pacientes ancianos, la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario. “Con escasas excepciones, los estudios describen resultados inconsistentes acerca del perfil del paciente anciano incumplidor. Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, las peculiaridades

que caracterizan la utilización de medicamentos en el anciano sí lo son. Los datos disponibles sugieren que el aumento de médicos prescriptores, la polimedicación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en el anciano” [4].

Frente a la poca o no adherencia al tratamiento o intervención terapéutica también se puede incluir que los pacientes que inadvertidamente omiten varias dosis y los médicos que atribuyen a falta de eficacia del medicamento pueden no ser conscientes que el problema subyacente es en consecuencia una pobre adherencia con el tratamiento prescrito. La no-adherencia es un fenómeno mundial de graves consecuencias, que se presenta en todas las edades, desde los niños hasta los ancianos [5].

En un estudio publicado en el Acta Medica Colombiana en el año 2015, realizado por Germán Enrique y colaboradores analizan y refieren que la no adherencia al tratamiento se observa que en casi todas las enfermedades crónicas y esta tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia. La complejidad del fenómeno de no-adherencia a la terapia involucra factores asociados al paciente, a la enfermedad, al ambiente, al medicamento y a la interacción médico-paciente, que requiere un abordaje multidimensional. Han pasado más de 35 años y la no-adherencia se mantiene en cifras preocupantes (59%), al igual que la proporción de hospitalizaciones derivadas del incumplimiento con el tratamiento (33 al 69%). La mortalidad relacionada a la no adherencia registra cifras alarmantes que se mantienen en la misma proporción desde hace más de 15 años [5].

En un estudio realizado por Bones-Rocha acerca de la relación entre adherencia al tratamiento, clima familiar y estilos educativos, los resultados indican que no existe relación entre el clima familiar y la adherencia al tratamiento. Sin embargo, la adopción por parte de los cuidadores de estilos educativos más de sobreprotección está relacionada con menores niveles de adherencia. Además, los resultados apuntan que no hay relación entre las variables familiares (clima familiar y estilos educativos) [6].

El manejo en casa de los pacientes con afecciones respiratorias, involucra el diseño y aplicación de los planes caseros, lo cuales son el apoyo de los profesionales prestadores del servicio durante el tiempo que no hay presencia de los mismos en el hogar. Estos planes caseros tienen el objetivo de generar compromiso y vincular al paciente, familiar y cuidadores formales y no formales dentro del proceso de recuperación y rehabilitación de la patología en curso. No obstante, es muy poco lo evidenciado científicamente acerca de cómo es la adherencia de estos planes caseros en los pacientes, hecho que representa una gran importancia,

ya que permite conocer y registrar formalmente la efectividad de estos planes y mejorar dicha adherencia.

La implementación de estos planes caseros, ha evidenciado a nivel nacional un bajo acoplamiento a los programas de atención domiciliaria, encontrando en la literatura que más del 50% de los pacientes que padecen una enfermedad crónica no cumplen con el tratamiento debido a olvidos, equivocaciones en los horarios y dosis, así como el correcto medicamento a suministrar [1].

El plan casero en atención domiciliaria también se identifica como una estrategia eficaz en el tratamiento de los pacientes con afecciones cardiorrespiratorias, pues permite un seguimiento continuo de la evolución del paciente y vincula a los cuidadores en su recuperación por medio de la educación acerca del manejo y evolución de la patología en curso.

La educación que se realiza por medio de los planes caseros no es solo para la familia y personal asistencial sino también para el mismo paciente cuando el caso lo permita; se busca con esto que logre mayor independencia. Resulta interesante cómo con el entrenamiento de los cuidadores en algunos aspectos del cuidado cardiorrespiratorio se disminuyen posibles iatrogenias e involuciones, lo que se evidencia en el seguimiento y control que los terapeutas respiratorios hacen de dichos aspectos en los planes caseros. Potenciando aspectos como la educación de los familiares y el desarrollo de habilidades en situaciones especiales se logra mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya que menguan los síntomas y las posibles complicaciones a largo plazo, porque la mayoría de los pacientes, al ser de carácter crónico, son más vulnerables a adquirir nuevas complicaciones. El objetivo del plan casero es fomentar el cuidado y autocuidado en el manejo terapéutico respiratorio mediante acciones educativas en salud que faciliten la rehabilitación del paciente en el ámbito domiciliario y minimicen el riesgo de complicaciones producto de su enfermedad [7,8].

El plan casero se desarrolla desde la emisión de la orden emitida por el médico tratante hasta el logro de los objetivos planteados o la estabilización de la situación clínica que se requiere atención ambulatoria (cuando se hace necesario remitir a consulta externa para continuar manejo). El seguimiento del plan casero del terapeuta respiratorio se realiza según frecuencia y criterio del profesional, quien debe diseñar ejercicios por semanas o días de intervención, es decir, un plan de ejercicios que pueda realizarse con supervisión del cuidador o familiar responsable y sea evaluado por el terapeuta respiratorio. Este plan debe ser dinámico, fácil de interpretar e innovador para lograr así captar toda la atención y compromiso del paciente y el familiar [7,9].

Deben quedar consignadas en el plan casero y la hoja de evolución las fechas de seguimiento y la firma

de aceptación y compromiso del paciente y el familiar o cuidador responsable, para lograr con esto la vinculación directa en el tratamiento del paciente. El contenido del plan casero debe ser preciso, con palabras fáciles de interpretar; si es necesario utilizar lenguaje técnico, debe explicarse en el contexto del plan de ejercicios para lograr el total entendimiento del usuario. Se deben plantear objetivos claros, medibles y coherentes con las expectativas para cada paciente. La valoración inicial y continua es fundamental [8,9].

El seguimiento del plan casero del terapeuta respiratorio se realiza según frecuencia y criterio del profesional, quien debe diseñar ejercicios por semanas o días de intervención, es decir, un plan de ejercicios que pueda realizarse con supervisión del cuidador o familiar responsable y sea evaluado por el terapeuta respiratorio.

Para el caso de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, se ha comprobado que la rehabilitación respiratoria es de vital importancia en la recuperación de estos pacientes dado que adicional de reestablecer su capacidad pulmonar, ayuda a disminuir el deterioro de su capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Por lo anterior, la rehabilitación respiratoria se define como “Un proceso a través del cual los profesionales de la salud y los especialistas, junto con el paciente y su familia, trabajan en equipo para conseguir una mejoría de la capacidad funcional y en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente. El tamaño y composición del equipo, así como las medidas terapéuticas específicas, deben ser diseñadas de acuerdo con las necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente” [10].

El objetivo de este estudio consistió en determinar la adherencia de los planes caseros de terapia respiratoria en pacientes con enfermedades crónicas del programa de atención domiciliaria de la IPS SISANAR en el año 2014. Cuya justificación se encuentra soportada en los pocos estudios desarrollados en torno al tema en el contexto nacional, así como el nulo establecimiento de planes caseros que contribuyan a mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes.

En este trabajo de investigación se empleó como instrumento de recolección de información una encuesta dirigida a los pacientes y cuidadores primarios que por condiciones clínicas se encontraban en capacidad de diligenciar la encuesta e informar cuales eran los métodos utilizados para la adherencia de los tratamientos caseros en patologías respiratorias crónicas, entendiéndose como adherencia el grado en el que la conducta de un paciente esté relacionada con la toma de medicación y el seguimiento de la realización de ciertas actividades o la modificación de hábitos de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.

La importancia del estudio de la adherencia terapéutica, se constituye en el hecho de que si un paciente no cumple con las indicaciones médicas es imposible estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud e incluso conducir a la muerte.

Metodología

El presente trabajo de investigación se plantea como un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Descriptivo dado que su principal propósito fue estimar la adherencia y los posibles factores asociados, de los planes caseros de terapia respiratoria. Observacional por lo que las mediciones se basaron en la observación de algunas características del paciente y su respectivo tratamiento; de corte transversal, por ser una medición simultánea en el tiempo sobre la no adherencia de planes caseros de terapia respiratoria.

No obstante, es preciso mencionar que este estudio estuvo basado bajo los principios de la ética médica.

Población de estudio

Se contó con un universo de estudio correspondiente a 83 adultos entre las edades de 45 – 85 años de edad con patologías crónicas, que no alteran sus funciones cognitivas, todos pertenecientes al programa de terapia respiratoria de la IPS SISANAR.

Criterios de selección

Los principales criterios de inclusión a esta investigación estuvieron representados por los siguientes aspectos:

- Adultos entre las edades de 45 – 85 años
- Adultos que cursen por alguna patología crónica
- Adultos que vivan en Cali – Valle
- Adultos que pertenezcan al programa de atención domiciliaria de terapia respiratoria de la IPS SISANAR.

Criterios de exclusión

Los criterios de selección anteriormente nombrados no fueron los únicos condicionantes para formar parte de esta investigación, ya que de cumplir o no con los siguientes aspectos no podrían formar parte del estudio desarrollado.

- Paciente que no firme el consentimiento informado
- Paciente que presente alteraciones en su estado de conciencia
- Paciente que no se encuentre hemodinamicamente estable
- Paciente que presente algún tipo de discapacidad cognitiva

Variables

Como instrumento de medición se tuvieron en cuenta el cumplimiento del 80% de las siguientes variables durante el estudio de adherencia:

- Cumplimiento de actividades del plan casero
- Grado de conocimiento sobre el plan casero
- Seguimiento de actividades del plan casero por sesión realizada en terapia
- De igual forma estuvieron presentes variables independientes como:
- Grado de conocimiento del paciente
- Grado de conocimiento del cuidador primario
- Condición de salud
- Cumplimiento de horario establecido por la IPS

Instrumentos de recolección de datos

Se diseñó una encuesta dirigida al paciente y cuidadores primarios, la cual previo a su respectiva aplicación se ajustó a través de una prueba piloto dirigida a un grupo pequeño de pacientes.

Una vez ajustada la encuesta, se aplicó al grupo seleccionado para el desarrollo de la investigación, con previa firma del consentimiento por el cual el paciente aprueba formar parte de la presente investigación.

Plan de análisis estadístico

Se creó una base de datos ajustada a los objetivos planteados por la investigación, la cual se desarrolló en el formato SPSS versión 17 y estuvo sometida a procesos de revisión, validación y consistencia de datos. La depuración de la información se realizó de acuerdo a los resultados esperados.

La descripción de las variables determinantes, se desarrolló teniendo en cuenta sus condiciones cualitativas y cuantitativas. Donde las variables cuantitativas como la edad, y el número de visitas, se calcularon medidas estadísticas de tendencia central y de dispersión; para las variables cualitativas como adherencia, género, estado civil, régimen de salud, etnia, escolaridad, grado de conocimiento, se calculó frecuencias y porcentajes acompañadas con intervalos de confianza al 95%. Cuyos resultados se complementaron, con tablas.

La determinación de la relación entre adherencia y posibles factores asociados, se realizó empleando tablas cruzadas y se midió a través de la prueba Chi cuadrado a un nivel de significancia del 5%.

Consideraciones éticas

Se gestionó la carta de permiso de la empresa SISANAR, que permitió utilizar estos insumos para la realización del proyecto. También se diseñó y aplicó un formato denominado “Consentimiento Informado”, el cual fue leído y firmado por el familiar y/o el cuidador.

El estudio es considerado como una investigación sin riesgo, según Resolución número 008430 de 1993, dado que no se realizaron intervenciones con los individuos, ni manipulación alguna a los mismos y tampoco se aplicaron pruebas de laboratorio ni procedimientos invasivos.

Con el propósito de garantizar la confidencialidad de la información, no se guardó información sobre la identificación personal en archivos computarizados. Sólo el grupo de la investigación tuvo acceso a la información.

Beneficencia: Este método investigativo contribuyó a elaborar planes y proyectos que beneficiarán a todos los implicados, teniendo en cuenta que el objetivo es entregar herramientas al cuidador, que le garanticen la certeza de estar siendo atendido adecuadamente y proporcionando simultáneamente mejor calidad de vida al paciente.

Resultados

Análisis descriptivo

Como es posible observar en la tabla 1, el estrato socioeconómico que prevalece en la presente investigación y por ende aquel que más hace uso de los programas de atención domiciliar de la IPS SISANAR es el No. 3. Acompañado de un 55,4% de usuarios femeninos y un 44,6% de usuarios masculinos, de los cuales el 97,6% vive en compañía de alguna otra persona, prevaleciendo un 85,5% de familiares ya que el índice obtenido para el estado civil arrojó resultado muy parejos entre aquellas personas casadas y solteras, lo cual indica que un alto porcentaje de parejas en matrimonio conviven con demás familiares.

Tabla 1. Análisis descriptivo - Información general

Variable	Criterio	%
Estrato socioeconómico	2	13,3
	3	63,9
	4	7,2
	6	1,2
	NR	14,5
Genero	F	55,4
	M	44,6
	NR	1,2
Estado civil	Casado	45,8
	Soltero	42,2
	Separado	3,6
	Viudo	6
	NR	2,4
Alfabetismo	No	18,1
	Si	78,3

Continuación tabla 1

Variable	Criterio	%
Alfabetismo	NR	3,6
	Bachiller completo	50,6
Escolaridad	Bachiller incompleto	19,3
	Primaria completa	4,8
	Primaria incompleta	4,8
	Técnico	12
	Otro	6
	NR	2,4
Con quién vive	Con otros	97,6
	Solo	1,2
Con quién vive (relación)	NR	1,2
	Familiares	85,5
	Esposo	9,6
	Otros	1,2
Relación familiar	NR	3,6
	Excelente	2,4
	Muy buena	48,2
	Buena	41
	Regular	3,6
	NR	4,8
Ocupación	Desempleado	43,4
	Pensionado	15,7
	Hogar	15,7
	Informal	4,8
	Formal	1,2
	Otra	15,7
Régimen de seguridad social	NR	3,6
	Subsidiado	73,5
	Contributivo	24,1
	NR	2,4

Observando el grado de escolaridad, se obtiene que un alto porcentaje 78,3% de la población encuestada sabe leer y escribir, y un 50,6% cuenta con grado bachiller completo. Las principales ocupaciones observadas mediante este estudio, reflejan que un alto porcentaje 43,4% de la población se encuentra en condiciones de desempleo seguidos por ocupaciones como hogar y pensionados.

En lo referente a la relación del cuidador, se observa que el 98,8% cuenta con un cuidador primario, concordando con los resultados expuestos de la relación familiar en la cual el 48,2% aseguró tener una muy buena relación y el 27,7% de relación con el cuidador son de parentesco hermanos (Tabla 2).

Es preciso mencionar que existen dos tipos de cuidador, denominados primario y secundario, de

Tabla 2. Conformación de los planes de atención

Ítem	Criterio	%
Cuenta con cuidador primario	Si	98,8
	NR	1,2
Relación con el cuidador	Cónyuge	21,7
	Hermano	27,7
	Hija/o	21,7
	Madre	3,6
	Sobrino	2,4
	Otro	21,7
Plan casero: cumplimiento de actividades	NR	1,2
	Alto	4,8
	Bajo	14,5
Cumplimiento prg. atención domiciliaria telefónica	Medio	79,5
	NR	1,2
	Si	36,1
Plan casero: adherencia	No	62,7
	NR	1,2
	Alto	10,8
	Medio	66,3
	Bajo	19,3
	NA	3,6

*Alto: toda la semana; medio, 3 veces / semana; bajo 1 a 2 veces/semana

los cuales el cuidador primario se caracteriza por ser aquel familiar que asume la total responsabilidad del proceso de cuidado, mientras que el cuidador secundario es aquel familiar que brinda apoyo al cuidador primario, principalmente en términos emocionales e instrumentales.

Finalmente, a estos dos tipos de cuidadores se integra un tercer tipo de cuidador que corresponde a un cuidador no formal, el cual es una persona que presta sus servicios en el cuidado de personas dependientes recibiendo una remuneración económica.

Por lo anterior, el presente trabajo centró su atención a aquellos cuidadores de carácter primario.

Retomando los resultados obtenidos en la encuesta, se obtuvo que el cumplimiento de las actividades entregadas en el plan casero en el mes, es una variable que se cumple en forma media con un 79,5%, realizando así sus correspondientes actividades con un mínimo de 3 veces por semana.

La calificación dada para el nivel adhesión se realiza a partir de la escala de medición establecida en el componente de tablas y leyendas del presente artículo.

Los cumplimientos del seguimiento de atención domiciliaria vía telefónica y la adherencia al plan casero, evidenciaron que un alto porcentaje 62,7% no cumplía

con el primero de ellos, mientras que la adherencia a los planes caseros refleja un nivel medio con un 66,3%.

El presente análisis busco determinar la existencia o no de la relación de algunas de las variables estudiadas, específicamente, el hábito de los pacientes, las enfermedades crónicas, estado civil, género, escolaridad y ocupación.

Los resultados obtenidos en relación de adherencia con la escolaridad no determinó diferencias estadísticas significativas ya que se comportan similarmente y los resultados obtenidos mediante el análisis SPSS arrojaron resultados de $p = 0,42$ y $\chi^2 = 6,01$.

Análisis Bivariado

Como se puede observar en la tabla 3 se describe los cuatro tipos de relación entre las variables estudiadas en los análisis SPSS, permitiendo observar las relaciones entre Plan casero Vs Sistema de General de Seguridad Social y Plan casero Vs Cumplimiento de actividades, presentaron diferencias estadísticas significativas, permitiendo deducir que su comportamiento no es paralelo en ambas variables bien sea por factores como el tipo de afiliación, caso que correspondería al Plan casero Vs SGSS, mientras que el segundo de ellos presenta un comportamiento que refleja una diferencia en el número de sesiones realizadas por mes y las actividades registradas en el plan casero.

Ambos comportamientos muestran que la adherencia efectiva de los planes caseros depende en un alto grado del manejo que se dé inicialmente desde los Sistemas de Seguridad Social al que pertenezcan los pacientes.

Tabla 3. Relación entre adherencia y factores asociados

Relación de variables	P	χ^2
Adherencia vs escolaridad	0,42	6,01
Adherencia vs ocupación	0,39	5,16
Plan casero vs SGSS	0,01	8,36
Plan casero vs cumplimiento de actividades	0,00	59,52

Discusión

Comparando los resultados expuestos anteriormente con estudios como los realizados por López G y colaboradores, en año 2010 [2] donde encontraron una distribución de 26% de hombres y un 74% mujeres, del total de pacientes estudiados con una adherencia al tratamiento farmacológico del 62,5%, similar en ambos géneros, se encuentra que el presente estudio obtuvo resultados inferiores con un 52,5%, cuyos hallazgos muestran diferencias estadísticas significativas con un $p = 0,015$ y un $\chi^2 = 5,89$.

González y Acevedo en una revisión estado del arte de la atención domiciliaria en salud, Medellín Antioquia, determinaron que el nivel educativo que prevalecía en la población estudiada correspondía a la primaria completa con un 50,0% mientras que un 22,2% contaban con secundaria y tan solo 5,6% tenía formación universitaria [3]. Resultados que comparados con los obtenidos en el presente estudio reflejan un incremento en el nivel educativo ya que la población encuestada el 50,61% cuentan con un estudio secundario completo y solo el 4,8% cuenta con la primaria completa.

Sabaté en un informe Adherencia a los planes de tratamientos a largo plazo de la OMS. Pruebas para la acción, Ginebra (2004); [11] evidencia que el cuidador primario hace parte del núcleo familiar, (conyugue, hijos, padres) lo cual hace que exista una similitud en el presente estudio donde se demostró que el 27% corresponde al cuidador primario siendo estos hermanos, seguido del conyugue e hijos con un 21,7%.

Según un estudio realizado por Adriana Agámez Paternina, acerca de los factores relacionados con la no adherencia en tratamientos antihipertensivos se encontró que el sexo masculino adhirió menos (71,73%) que el femenino con (28,27%), contrario a lo encontrado en el presente estudio donde se encontró que la mayor proporción fue del género femenino con un 55,4%, también se encontró que a mayor escolaridad menor adherencia (66,95%), mientras que en este estudio no se encontraron diferencias estadísticas significativas, es decir, se comportan similarmente la escolaridad con respecto a la clasificación de la adherencia ($p = 0,42$ y $\chi^2 = 6,01$) en la convivencia se encontró que (63,91%), de los pacientes no adherentes presentaron más complicaciones, sin embargo en el presente estudio se encontró que en un 85,5%, manifiesta vivir con familiares y no padecer complicaciones [12].

En el trabajo de investigación de Medel Romero “pone de manifiesto que la asistencia de las personas a sesiones educativas, tiene poco o ningún efecto en su salud, sin el seguimiento correspondiente del personal de salud para realizar asesorías, aclaraciones, actualizaciones y sobre todo un reforzamiento continuo de la motivación dirigida hacia el logro de un estado óptimo de salud” y en el presente estudio se logró evidenciar que un 62,7%, afirma que no se ha realizado un seguimiento constante por parte del personal de salud, frente a un 36,1% que refiere que sí [13].

En el estudio, relacionado con la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas, “resulta un proceso muy complejo que requiere aún de mayor investigación y del diseño de estrategias de intervención que incluyan la educación sanitaria tanto a la población como a los prestadores de salud a través del debate y la creación de redes de apoyo al enfermo que incorporen

principalmente a la familia, además enfatizar en su participación activa y responsable en la construcción del tratamiento” [14]. Con el presente estudio se relaciona dicha conclusión pues con lo encontrado es importante desarrollar futuras investigaciones con poblaciones de estudio más amplias, con el fin de establecer medidas de intervención que permitan controlar las variables que producen el efecto (sgss y las actividades que se desarrollan) y minimizar las causas de la no adherencia y demás factores relacionados. Así mismo, que permitan a las entidades de salud tomar decisiones acertadas en el cuidado en casa, como también para disminuir los costos de manejo a este grupo de población.

Finalmente, esta investigación es un aporte a la aérea clínica y a la salud pública, pues permite implementar medidas preventivas y de control en pacientes crónicos que hagan parte del programa de atención domiciliaria; debido a que este es el primer estudio descriptivo. De igual forma, permite desarrollar posibles hipótesis que den inicio a nuevas investigaciones comparativas que formalicen dichos planes caseros en el entorno domiciliario.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la institución SISANAR, por su confianza al suministrar información para el desarrollo de esta investigación

Referencias

- 1 Matín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública* [Revista en Internet] 2004 [Acceso 7 de julio de 2014]; 30, 350–352. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008
- 2 López G, Moya P, Silva J. Enfermedades crónicas, adherencia al tratamiento farmacológico y control metabólico en pacientes con DM2. *Rev. Chile salud pública*, vol.14. 2010
- 3 González GC, Cueto Felgueroso J, García CA, Méndez AG. La hospitalización a domicilio: una alternativa a la hospitalización convencional. *Medicina Integral*. 1995; 25(4): p. 151-155.
- 4 Martínez F, Palop V. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica Del Sistema Nacional de Salud* 2004; 28(5), 113–120. <http://doi.org/10.4321/S2254-28842012000400010>.
- 5 Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*. 2005; 30(4): 268–273.
- 6 Bones-Rocha K, Forns-Serrallonga D, Chamarro-Lusar A. Relación entre adherencia al tratamiento, clima familiar y estilos educativos. *Interamerican Journal of Psychology*. 2009; 43: 340–349.
- 7 Noguera AP, García FJ, Correa ME. Factores de riesgo de ingreso hospitalario en mayores de 64 años. *Gaceta Sanitaria*. 2000; 14(5): p. 363-370. 37. Noguera JMS, Montaña MCB, Bastú NB, Gastalver DC. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimiento. *Atención Primaria* 2000;25(5):35-38
- 8 Gómez A, Román M, Larraz C, Esteva M, Mir I, Tomás V, Macho, A. Eficacia de la rehabilitación respiratoria en pacientes con EPOC moderada en atención primaria y mantenimiento de los beneficios a los 2 años. *Atención Primaria*. 2006; 38(4): 230–233. doi: 10.1157/13092346
- 9 Naranjo A. *Cuidado Respiratorio en Casa*. Cali: Editorial USC; 2015
- 10 Coll-Artés R, Boqué-Argemí R. Rehabilitación respiratoria. *FMC Formacion Medica Continuada En Atencion Primaria*. 2006; 13(8): 469–477. doi: 10.1016/S1134-2072(06)71364-0
- 11 Organización Mundial de la Salud. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2003.
- 12 Paternina APA, Riera RH, Estrada LC, García YR.. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Archivo Médico de Camagüey* [Revista en internet] 2008 [Acceso 20 de febrero de 2015] 12(5). Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116122009>
- 13 Medel Romero, B. C., & González Juárez, L. Estilos de vida: Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. *Index de Enfermería*. 2006; 15(52-53): 1–7. doi: 10.4321/S1132-12962006000100004
- 14 Ramos Morales L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* [revista en la Internet]. 2015 Dic [citado 2015 Nov 26] ; 16(2): 175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es.