



Aquichan

ISSN: 1657-5997

aquichan@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana

Colombia

Rojas-Reyes, Jennifer; Flórez-Flórez, Magda Lucía

Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio

Aquichan, vol. 16, núm. 3, 2016, pp. 328-339

Universidad de La Sabana

Cundinamarca, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74147078005>

- 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 al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio

RESUMEN

Objetivo: identificar la asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en población con infarto agudo de miocardio (IAM). **Materiales y método:** estudio cuantitativo de diseño descriptivo correlacional de corte transversal. Se eligieron 180 participantes por muestreo de tipo probabilístico con selección aleatoria simple. Para el análisis estadístico, se utilizó estadística no paramétrica con correlación de Spearman. **Resultados:** la edad media fue de 63 años, el promedio de tiempo transcurrido después del infarto fue de 35 meses. Frente al nivel de adherencia al tratamiento, predominó la adherencia total (54 %), adherencia parcial (45%); en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, el 27 % tuvo un bajo nivel; respecto a la correlación de Spearman, se estableció un coeficiente de -0,315 con una significancia de $p=0,00$, donde el número negativo es reflejo de la naturaleza de las escalas con las que fueron medidas las variables, por lo que la correlación es positiva, significativa, pero numéricamente modesta. **Conclusión:** la asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud evidencia en una correlación estadísticamente significativa, pero catalogada como modesta, siendo estos resultados coherentes con la multidimensionalidad de los fenómenos.

PALABRAS CLAVE

Adherencia al tratamiento; calidad de vida; enfermedad coronaria; enfermería cardiovascular; cumplimiento de la medicación. (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2016.16.3.5

Para citas este artículo / To reference this article / Para citar este artículo

Rojas-Reyes J, Flórez-Flórez ML. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan*. 2016; 16(3):328-339. Doi: 10.5294/aqui.2016.16.3.5

1 orcid.org/0000-0001-8962-5135. Universidad Nacional de Colombia, Colombia. jrojasre@unal.edu.co
2 orcid.org/0000-0002-6886-1187. Universidad Nacional de Colombia, Colombia. mlflorezf@unal.edu.co

Adherence to Treatment and Quality of Life in People with Acute Myocardial Infarction

RESUMO

Objective: To identify the relationship between adherence to treatment and health-related quality of life (HRQoL) in people with acute myocardial infarction (AMI). **Materials and method:** Quantitative study of cross-sectional, descriptive and correlational design. The researchers used non-probability simple random sampling to select 180 participants and Spearman's nonparametric correlation for statistical analysis. **Results:** The average age was 63 years, and the average time elapsed after infarction was 35 months. Regarding level of adherence to treatment, total adherence (54%) predominated over partial adherence (45%). As to health-related quality of life, 27% showed a low level. Regarding Spearman's correlation, a coefficient of -0.315 with a significance of $p = 0.00$ was established, where the negative number reflects the nature of the scales with which variables were measured, and therefore the correlation was positive, numerically modest but significant. **Conclusion:** The relationship between adherence to treatment and health-related quality of life is evident in a correlation that is statistically significant but catalogues as modest, and these results are consistent with the multidimensionality of the phenomena.

KEYWORDS

Adherence to treatment; quality of life; coronary heart disease; cardiovascular nursing; medication compliance. (Source: DeCS, BIREME).

Adesão ao tratamento e qualidade de vida em pessoas com infarto agudo de miocárdio

RESUMO

Objetivo: identificar a associação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) em população com infarto agudo de miocárdio (IAM). **Materiais e método:** estudo quantitativo de desenho descritivo correlacional de corte transversal. Escolheram-se 180 participantes por amostra de tipo probabilística com seleção aleatória simples. Para a análise estatística, utilizou-se estatística não paramétrica com correlação de Spearman. **Resultados:** a idade média foi de 63 anos, a média de tempo transcorrido depois do infarto foi de 35 meses. Diante do nível de adesão ao tratamento, predominou a adesão total (54%), adesão parcial (45%); quanto à qualidade de vida relacionada com a saúde, 27% tiveram um baixo nível; a respeito da correlação de Spearman, estabeleceu-se um coeficiente de -0,315 com uma significância de $p=0,00$, em que o número negativo é reflexo da natureza das escalas com as quais as variáveis foram medidas, por isso a correlação é positiva, significativa, mas numericamente modesta. **Conclusão:** a associação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida relacionada com a saúde evidencia uma correlação estatisticamente significativa, mas catalogada como modesta, sendo esses resultados coerentes com a multidimensionalidade dos fenômenos.

PALAVRAS-CHAVE

Adesão ao tratamento; qualidade de vida; doença coronariana; enfermagem cardiovascular; cumprimento da adesão à medicação. (Fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), el panorama epidemiológico de las enfermedades cardiovasculares en 2011 evidencia que el 30% de las muertes mundiales fueron por estas patologías; por otro lado, las cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2), del 2012, arrojan que la enfermedad isquémica del corazón ocupa el primer lugar dentro de las 5 causas de mortalidad en Colombia, de manera que estas cifras muestran la urgencia con que se deben desarrollar estrategias, programas y políticas para disminuir su incidencia. La adherencia al tratamiento se contempla como el pilar fundamental para generar este cambio, ya que tiene una repercusión positiva sobre el estado de salud de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

La adherencia al tratamiento es un comportamiento de salud que implica un compromiso mutuo entre el paciente y el profesional, donde el primero asume una responsabilidad de acuerdo con la comprensión que tiene sobre su salud y el profesional de la salud reconoce las limitaciones y las circunstancias que influyen en la conducta de salud (3).

Una de las recomendaciones de la OMS (4) frente al estudio de la adherencia describe bien el problema de investigación, y es que los estudios deben centrarse en áreas importantes como los indicadores de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), ya que debido a la falta de indagación en este aspecto, el fenómeno de adherencia pasa desapercibido dentro de las políticas y los programas de salud; de manera que es pertinente describir si los niveles de adherencia al tratamiento tienen o no una influencia o asociación significativa con la CVRS.

La CVRS es un subconjunto de la calidad de vida, y hace referencia al impacto de la enfermedad y el tratamiento en la vida y en la percepción de bienestar de la persona (5), y, desde ese punto de vista, la satisfacción con el tratamiento es una característica básica de la adherencia, lo que evidencia una posible relación teórica, ya que ambos conceptos son multidimensionales y están relacionados con la persona. Encontrar esta asociación es importante para la sociedad y para la disciplina de enfermería porque en Colombia no se ha demostrado esta asociación, y a nivel mundial estudios han mostrado resultados opuestos en poblaciones similares (6, 7); así mismo, aunque la OMS y los estudios contemplan la relación, no son específicos y utilizan los conceptos de manera genérica.

De igual forma, los resultados de esta investigación respaldan la creación de programas como el plan de egreso, el cual se convierte en el eje para el fomento de la adherencia y mejoramiento de la CVRS de las personas.

De acuerdo con lo anterior, se planteó como objetivo de este estudio identificar la asociación entre la adherencia al tratamiento y la CVRS en población con infarto agudo de miocardio en la ciudad de Bogotá.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio de abordaje cuantitativo de diseño descriptivo correlacional de corte transversal (8), en una institución prestadora de servicios de salud de tercer nivel en la ciudad de Bogotá, que autorizó su desarrollo. Se escogieron 180 participantes por muestreo probabilístico con selección aleatoria simple, contemplándose un error tipo 1 de 0,01 y un error tipo 2 de 0,02 para el cálculo de esta muestra. Las personas seleccionadas cumplieron con los criterios de inclusión de ser mayores de 18 años, haber presentado infarto agudo de miocardio (IAM) en un tiempo mayor a 6 meses y estar asistiendo a la consulta de cardiología, cirugía cardiovascular o rehabilitación cardíaca. Se establecieron como criterios de exclusión personas que no tuvieran como diagnóstico principal IAM o que tuvieran un deterioro neurológico o cognitivo.

Para este estudio se aplicaron dos variables principales y algunas variables intervinientes como se describe a continuación:

1. Adherencia al tratamiento (variable independiente): grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones que fueron acordadas con su prestador de asistencia sanitaria (9). Estadísticamente es una variable de razón.
2. Calidad de vida relacionada con la salud (variable dependiente): medida que permite evaluar cómo se ven afectadas las actividades de la vida diaria, el funcionamiento físico, social y emocional de una persona con una enfermedad coronaria, sus secuelas, el tratamiento o las políticas de salud (10). Estadísticamente es una variable de razón.
3. Variables intervinientes: fueron variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, ingresos económicos; y variables clínicas como tiempo de la enfermedad y comorbilidades. Estadísticamente son variables ordinales.

Además de esto, para medir las variables principales se aplicaron dos instrumentos, los cuales contaron con la autorización de los autores para su uso. A continuación se mencionan:

- **Cuestionario MBG (Martín Bayare Grau) para evaluar la adherencia terapéutica (9):** este es un cuestionario cubano, genérico para la medición de la adherencia al tratamiento, que consta de 3 categorías (Cumplimiento del tratamiento, Implicación personal y Relación transaccional) y 12 ítems con escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. Frente a sus propiedades psicométricas, cuenta con una consistencia interna de 0,89 por alpha de Cronbach y una validez de constructo que explica el 68,7 % de varianza acumulada. Clasifica los niveles de adherencia así: *total* de 38 a 48 puntos, *parcial* de 18 a 37 puntos y *no adheridos* de 0 a 17 puntos.
- **Cuestionario de Velasco-Del Barrio para calidad de vida en pacientes posinfarto (11):** este es un cuestionario español, específico para medir CVRS en personas que han sufrido IAM, que consta de 3 áreas (Capacidad funcional, Síntomas, Percepciones), que su vez se dividen en 8 subáreas y 44 ítems con escala tipo Likert de 1 a 5 puntos. Frente a sus propiedades psicométricas, cuenta con una consistencia interna de 0,9 por alpha de Cronbach y una validez convergente con cuestionario patrón – MacNew de 0,81 para una $p < 0,000$, siendo significativa. Clasifica los niveles de CVRS, así: *alta*, menor a 74 puntos; *media*, de 75 a 99 puntos, y *baja*, mayor a 100 puntos.

Para la recolección de la información se aplicaron los cuestionarios previo consentimiento informado a los participantes; estos datos fueron almacenados en una base de Excel para su posterior análisis estadístico en SPSS (Statistical Package for Social Science) versión 17. El sistema de hipótesis estadística planteado fue que se aceptaba la hipótesis nula cuando el coeficiente de correlación fuera igual a cero, pero si este coeficiente era diferente de cero, entonces se aceptaba la hipótesis alterna (H_0 cuando $r = 0$ frente a H_1 cuando $r \neq 0$), que indica que existe correlación entre las variables estudiadas.

Para este fin, se aplicó la prueba de normalidad a las variables, las cuales mostraron un comportamiento sin ajuste a la normal, por lo que se utilizó estadística no paramétrica empleando la prueba de correlación de Rho de Spearman (12) para comprobar la hipótesis alterna.

Respecto a los aspectos éticos de este estudio, se contó con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, se catalogó el nivel de riesgo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 (13), como una “Investigación sin riesgo”, y se cumplió con los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía, privacidad, veracidad y justicia.

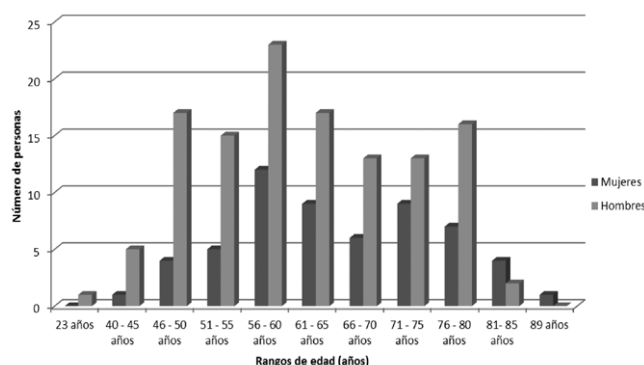
Resultados

Caracterización de la población

Como se evidencia en la figura 1, la edad de los participantes de este estudio osciló entre los 23 a 89 años, con un mayor porcentaje en el rango de 56 a 60 años, con un 19,4 % del total; con respecto al sexo, el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino con un 68 %.

Figura 1.

Caracterización por rangos de edad y sexo de los participantes

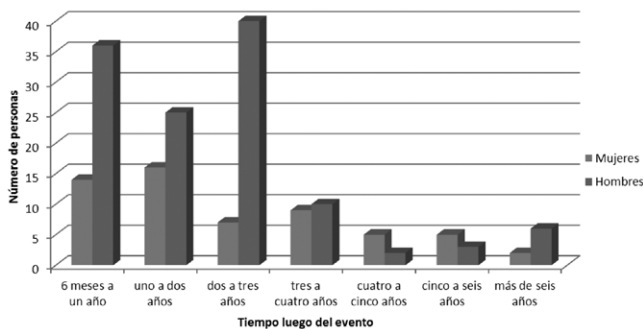


Fuente: elaboración propia.

Frente a la variable de estrato socioeconómico, la muestra poblacional presentó que el 51,7 % pertenecía al estrato 3; para la variable de ingresos económicos, el 37,2 % tenía una asignación salarial de un mínimo y el 35 % hasta de 2 salarios mínimos. Para el nivel educativo, se observó que el 28 % de los participantes tienen secundaria completa, el 23 % tienen algún estudio técnico, y el 1,6 % era analfabeta.

En cuanto al tiempo transcurrido luego del IAM, en la figura 2 se presenta que el promedio fue de 35 meses, aunque en general el 76,6 % de los participantes se concentra en el periodo de tiempo de 6 meses a 3 años.

Figura 2.
Tiempo transcurrido luego del IAM y el sexo de los participantes



Fuente: elaboración propia.

Respecto a las comorbilidades referidas por los participantes, se refleja una alta prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus (45,5 y 17 % respectivamente, y de los hipertensos 16 % padece también de diabetes), en contraposición al 23 % que no la padece.

Adherencia al tratamiento

Esta variable fue medida en general por sexo, edad y tiempo transcurrido del IAM de los participantes; los hallazgos muestran que el 54 % del total de participantes tiene adherencia total, 45 % adherencia parcial y un 1 % que no es adherente. De los que presentan adherencia total, 58 % son mujeres y 52 % son hombres. Respecto a las edades, los grupos con mejor nivel de adherencia son los de 61 a 65 años y 66 a 70 años (62 y 63 % respectivamente) y aquellos con menor nivel de adherencia estaban entre los rangos de 51 a 55 años, con un 5 % del total para esa edad.

En cuanto a la adherencia de acuerdo con el tiempo transcurrido desde el IAM, los que representan mayor adherencia son los que llevan menos de 2 años o más de 5 años luego del evento (58 y 63 % respectivamente), en contraposición a un 2 % que se ubica en no adherentes sobre el rango de tiempo de 6 meses a un año; sin embargo, es importante señalar que el porcentaje de participantes que se catalogan como no adherentes es mínimo.

Con respecto a las indicaciones no farmacológicas, el 66,7 % afirma que tiene indicada una dieta baja en sal, consumo de grasa no animal y ejercicio físico, seguido de un 28,9 % que dice solo

tener indicación de dieta baja en sal y realizar ejercicio. El 100 % afirma tener indicado el consumo diario de medicamentos.

Es importante reconocer que el Cuestionario MBG tiene 3 categorías donde el área de menor satisfacción para los participantes es la Relación transaccional, con porcentajes moderados (7, 10 y 8 % en los ítems 7, 11 y 12 respectivamente) en la respuesta “nunca”, lo que evidencia que la relación de colaboración establecida entre el paciente y el profesional de la salud para instaurar el tratamiento y elaborar una estrategia que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos no se percibe como adecuada para garantizar su adherencia.

Calidad de vida relacionada con la salud

En cuanto a la CVRS, los datos indicaron que 37 % del total de participantes tenía un nivel de CVRS alto, el 36 % un nivel medio y el 27 % un bajo nivel, siendo predominante la población femenina en este último y el rango de edad de 76 a 80 años.

Frente a la CVRS, de acuerdo con el tiempo transcurrido desde el IAM, los que mostraron una alta CVRS son los que llevaban de dos a tres años luego del evento (45 %); sin embargo, hubo una mayor prevalencia de la baja CVRS en los que llevaban de 6 meses a un año y de 5 a 6 años (34 y 38 % respectivamente).

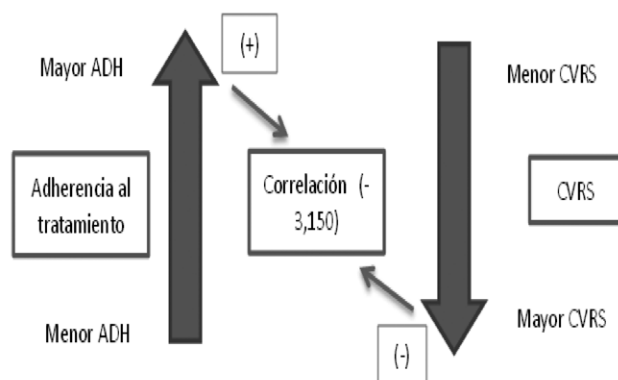
De forma general, respecto a la CVRS de esta muestra poblacional de personas con IAM no predominó un nivel sobre otro; sin embargo, y a pesar de la homogeneidad en estos resultados, hubo un porcentaje relevante en el nivel bajo de CVRS (27 %).

Correlación entre adherencia al tratamiento y CVRS

El análisis estadístico reporta que el coeficiente de correlación de Spearman es de -0,315 con una significancia de $p = 0,00001$. El valor negativo de la correlación se aduce por la naturaleza de las escalas que miden las variables de adherencia y CVRS, porque en la variable independiente, a mayor puntaje mejor adherencia, y en la variable dependiente a mayor puntaje peor es la CVRS, de manera que si una aumenta la otra disminuye, pero en la interpretación van en la misma dirección, como lo muestra el figura 3, donde un puntaje alto de adherencia se asocia con un puntaje bajo de CVRS en las escalas, pero se interpreta como a mayor adherencia, mayor CVRS.

Figura 3.

Explicación del valor negativo de correlación



Fuente: elaboración propia.

Con el valor de p que presenta este estudio, se puede decir que la correlación entre las variables existe y es estadísticamente significativa; sin embargo, el valor de r , es catalogado como débil o numéricamente modesto, ya que este número (a nivel estadístico) evidencia la fuerza de la asociación, y entre más cerca de 1 mayor es su correlación (tabla 1).

La matriz de correlación entre las dimensiones de adherencia y CVRS indican asociaciones significativas entre varias de estas. Como se observa en la tabla 1, el total de adherencia no se asocia únicamente con la dimensión de sueño y descanso de CVRS; mientras que el total de CVRS solo se correlaciona con la dimensión de implicación personal de la adherencia. Cabe resaltar que la dimensión de implicación personal de la adherencia al tratamiento se correlaciona con todas las dimensiones de CVRS excepto con sueño y descanso; mientras que las dimensiones de cumplimiento del tratamiento y relación transaccional de la adherencia solo se asocian con las dimensiones de movilidad y relaciones sociales respectivamente.

Es importante resaltar que la correlación presenta un valor relevante, que a pesar de no ser alto es evidencia estadística a favor de la hipótesis alterna, teniendo en cuenta la multidimensionalidad de los fenómenos que presenta este estudio.

Discusión

La caracterización de la población descrita, es congruente con estudios como los de Rubiera Jiménez *et al.* (14), Arroyave

y Cepeda (15), y Sánchez Torres *et al.* (16), quienes afirman que las enfermedades coronarias como el IAM son predominantes en edades de 51 a 60 años y en el sexo masculino con un porcentaje del 71 %, ya que la mujer presenta un factor protector hormonal que previene eventos coronarios, por esta razón, la relación de morbilidad cardiovascular es de 7:1 de hombres frente a mujeres, donde el sexo femenino presenta su episodio cardiovascular en promedio 10 años después que los hombres y se nivelan en la séptima década de la vida.

En relación con los factores socioeconómicos como los ingresos y el nivel educativo se deduce que, en este caso, la población estudiada cuenta con la disponibilidad económica adecuada, lo que en parte favorece el cumplimiento del tratamiento. Adicional a esto, estudios como el de Bonilla (17) y Salcedo Barajas y Gómez Ochoa (18) han demostrado que a mayor grado de escolaridad, mayor ventaja para la adherencia, por lo que el bajo porcentaje de no adherentes no dependerá de estos factores.

Con respecto a las comorbilidades de los participantes, se refleja una alta prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Estos resultados los respalda Cabrerizo y Zalba (19) y Rubiera Jiménez *et al.* (14), quienes en sus investigaciones refieren que la hipertensión arterial, diabetes mellitus, estrés, dislipidemia, antecedentes familiares, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y enfermedad coronaria previa son los 9 primeros factores de riesgo cardiovascular de la población colombiana; y de estos, los de mayor prevalencia son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y el sedentarismo, con porcentajes equivalentes al 44, 64 y 70 % respectivamente.

Al hablar de los niveles de adherencia al tratamiento, los datos mostraron que las mujeres y las personas entre los 61 y 70 años son los que más adherencia presentan, de manera que el estudio de Casas Piedrahita *et al.* (20) y de Carhuallanqui *et al.* (21) respaldan estos resultados, donde en sus investigaciones con pacientes hipertensos indican que entre el 43 y 52 % de la población tenía buena adherencia y de ellos, los más cumplidores eran los mayores de 60 años y de sexo femenino.

Al analizar la adherencia de acuerdo con el tiempo transcurrido desde el IAM, se puede decir que el tiempo de enfermedad también es determinante en el nivel de cumplimiento. Los resultados frente a esta variable, donde el menor nivel de adherencia se presenta entre los 6 meses a un año luego del evento, se logran

Tabla 1.
Matriz de correlación entre adherencia al tratamiento y CVRS

		Salud	Sueño y Descanso	Comportamiento Emocional	Proyectos a Futuro	Movilidad	Relaciones Sociales	Comportamiento de Alerta	Comunicación	Tiempo de ocio y Trabajo	Cumplimiento tratamiento	Implicación Personal	Relación Transaccional	TOTAL ADHERENCIA	TOTAL CVRS
Rho de Spearman	Salud	1,000													
	Sueño y Descanso	,445**	1,000												
	Comportamiento Emocional	,641**	,353**	1,000											
	Proyectos a Futuro	,492**	,381**	,327**	1,000										
	Movilidad	,393**	,214**	,471**	,381**	1,000									
	Relaciones Sociales	,328**	,299**	,340**	,224**	,253**	1,000								
	Comportamiento de Alerta	,410**	,294**	,513**	,269**	,447**	,241**	1,000							
	Comunicación	,417**	,266**	,340**	,422**	,299**	,318**	,378**	1,000						
	Tiempo de ocio y Trabajo	,383**	,222**	,442**	,458**	,365**	,326**	,287**	,518**	1,000					
	Cumplimiento tratamiento	-,028	,044	,105	,035	,175*	,002	,132	,037	,037	1,000				
	Implicación Personal	-,395**	-,072	-,348**	-,349**	-,331**	-,160*	-,310**	-,275**	-,323**	,145	1,000			
	Relación Transaccional	-,153*	-,096	,012	,026	,038	-,255**	,005	-,118	-,081	,145	,122	1,000		
	TOTAL ADHERENCIA	-,364**	-,101	-,201**	-,194**	-,152*	-,234**	-,149*	-,219**	-,255**	,476**	,729**	,653**	1,000	-,315**
	TOTAL CVRS	,760**	,516**	,734**	,635**	,646**	,584**	,565**	,622**	,706**	,084	-,439**	-,089	-,315**	1,000

Fuente: análisis estadístico de SPSS versión 17 derivado de la base de datos de la investigación.

sustentar con estudios como el de Rossi *et al.* (22), quienes señalaron que en una muestra de pacientes hipertensos, la adherencia no superó el 50 % luego de 6 meses de tratamiento.

Al hablar de las indicaciones no farmacológicas se observa que no todos los participantes tienen claros los hábitos saludables que deben adoptar luego del IAM. De acuerdo con el estudio de Rossi *et al.* (22), solo el 32 % de los pacientes con IAM luego de tres años de finalizado el programa de rehabilitación cardiaca realizaban caminatas y un 20 % realizaba ejercicios de fuerza y movilidad, demostrando que la falta motivación y percepción del beneficio reducen su práctica, en comparación con la modificación de otros factores de riesgo cardiovascular como la dieta (el 71 % cumple con alimentación saludable).

Para las categorías que contempla el Cuestionario MBG, la relación transaccional fue la que llamó más la atención debido a sus regulares puntajes, los cuales pueden ser sustentados con los resultados del estudio de Casas Piedrahíta *et al.* (20), quienes sostienen que el culpable es el modelo tradicional de atención, donde el rol del profesional consiste en comunicar la información claramente al paciente pasivo, lo que lleva a que estos últimos se sientan frustrados ante un tratamiento difícil y que no genera los resultados esperados, mientras que el profesional, por su parte, siente que actuó correctamente, transformando el vínculo paciente-profesional en una relación en la cual un sujeto vigila y el otro pone pretextos para justificar su fracaso. Es así como, Cazorla Roca *et al.* (23) utilizaron consultas únicamente por enfermería para el seguimiento de los pacientes que finalizaban la rehabilitación

cardíaca, concluyendo que estos encontraban allí el apoyo necesario para conseguir, modificar y mantener la adherencia a los tratamientos, en especial los relacionados con el estilo de vida. En el caso de Baez *et al.* (24), su estudio concluye que el manejo de la adherencia por un equipo multidisciplinario influye de manera positiva en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes que han presentado un evento cardiovascular, y que la intervención personalizada constituye una herramienta básica para conseguir tal propósito. Se podría asegurar que estos autores presentan la causa y la solución a los bajos niveles de la adherencia al tratamiento con respecto a la relación transaccional o a los factores relacionados con los prestadores de asistencia sanitaria, ya que al parecer la forma en que el profesional de la salud aborda la consulta influye en el cumplimiento, y enfermería es quien mejor entiende al paciente y empatiza con él, sin dejar de lado que, al ser un fenómeno multidimensional, como enfermeros se deben trabajar todos los factores implicados.

Por otro lado, en cuanto a los niveles de CVRS de esta población, estudios como el de Dessotte *et al.* (25), realizado con personas con IAM, respalda los resultados encontrados, donde los bajos niveles de CVRS tienen una prevalencia importante. Gjeilo *et al.* (26), quienes realizaron su investigación con personas con revascularización miocárdica, determinaron que los pacientes mayores de 70 años reportaban puntuaciones más bajas de CVRS, en comparación con la población general, y en el sexo femenino se observó una tendencia a marcar un nivel de CVRS más bajo que en la población femenina en general.

Por su parte, en la CVRS, de acuerdo con el tiempo transcurrido desde el IAM, diferentes estudios realizados a los tres meses y tres años luego del evento cardiovascular sustentan los resultados de esta investigación. Failde y Soto (27) realizaron seguimiento de la CVRS a pacientes con síndrome coronario luego de tres meses del evento, determinando que presentaron una disminución significativa en las dimensiones relacionadas con el componente físico. Gjeilo *et al.* (26) evaluó la CVRS en los pacientes revascularizados luego de tres años, evidenciando que la CVRS total fue buena en comparación con la población general, demostrando la adaptación de los pacientes a los cambios. Lo anterior puede indicar que con el paso del tiempo, al parecer, la persona se adapta a su enfermedad y tratamiento, la convierte en parte de su vida y, por ende, se percibe mejor CVRS luego un año del diagnóstico.

Correlación entre adherencia al tratamiento y CVRS en personas con IAM

En relación con la asociación entre la adherencia al tratamiento y la CVRS en personas con IAM, estadísticamente se demuestra que existe una correlación positiva y significativa pero débil o moderada de acuerdo con la forma en que se analice, por lo que, cuando una variable aumenta, la otra lo hará, pero no con la misma pendiente.

Como lo muestra la literatura, la CVRS es un concepto multidimensional y subjetivo que la persona tiene frente a su salud, enfermedad y tratamiento, por lo que dentro de ella está implícita la adherencia al tratamiento, la cual puede funcionar como un aspecto positivo o negativo para la calidad de vida. La adherencia, a su vez, también tiene varios factores que influyen en ella y no se determina por uno solo al igual que la CVRS; no obstante, estos constructos se asocian porque al hablar de la percepción de salud en personas con enfermedades, necesariamente se encuentra la adhesión farmacológica y no farmacológica en el proceso, no queriendo decir que tienen una relación fuerte y lineal, solo que en algún momento se cruzan e influyen una en la otra.

Es importante resaltar que la correlación presenta un valor relevante que, a pesar de no ser alto, se evidencia estadísticamente a favor de la hipótesis alterna, ya que, como se explica, los dos constructos son multidimensionales y multifactoriales, por lo que cualquier aspecto en ese momento de medición puede influir, demostrando que a pesar de estas características, hay una conexión entre ellas que hace que vayan en la misma dirección, pero no a la misma velocidad.

Diversa literatura respalda o se contrapone a los resultados de esta investigación. Entre quienes presentan resultados contradictorios están Saleh *et al.* (28), quienes realizaron un estudio con pacientes diabéticos en Bangladesh para verificar la asociación entre la adherencia a algunas prácticas de autocuidado y la CVRS, encontrando que no se asociaron significativamente; sin embargo, algunas variables como el cumplimiento en el cuidado de los pies, el ejercicio y el tabaquismo mostraron una correlación con la CVRS. Sus autores concluyen que una educación orientada y eficaz culturalmente será una intervención para la mejora de la adherencia y, al mismo tiempo, de la calidad de vida.

Para Saleem *et al.* (6), quienes desarrollaron un estudio en Pakistán, con una muestra de pacientes hipertensos, en los que

realizaron la correlación entre adherencia y CVRS, concluyeron que era negativa y débil, explicando estos resultados como la falta de interés y participación de los pacientes en mejorar su salud, y, por otra parte, la CVRS es una percepción compleja que tiene en cuenta las características psicosociales que pueden afectar la capacidad del paciente para manejar su enfermedad, y aquí el contexto social fue determinante en estos resultados, pues la violencia desplaza aspectos como la salud en enfermedades crónicas.

Por otra parte, están las investigaciones que sustentan los hallazgos de este estudio, la de Castañeda Hernández (29), quien realizó la misma asociación pero con pacientes oncológicos que tenían menos de 6 meses en tratamiento y encontró una correlación positiva débil ($r = 0,23$). Respecto de los factores de la adherencia al tratamiento, se evidencia que los socioeconómicos, los relacionados con la terapia y con el paciente pueden generar afectación sobre la medición de la calidad de vida.

Con los resultados de esta investigación es relevante que enfermería intervenga para mejorar los niveles de CVRS en esta población; para ello, varios de los autores citados proponen el trabajo interdisciplinario como un modelo de atención que responda a las necesidades de adherencia y de calidad de vida, donde predominen la comunicación, la motivación y las intervenciones conductuales (30).

Conclusiones

Los resultados obtenidos sobre la adherencia al tratamiento ponen en evidencia que las dificultades en el cumplimiento de las recomendaciones pueden estar ligadas mayormente a la relación transaccional, a ese vínculo que se genera entre el profesional de la salud y el paciente, más que en la motivación propia. Adicional a esto, los resultados con respecto a la dieta y la actividad física si-

guen siendo puntos álgidos en cuanto a la modificación en el estilo de vida, aspectos que tal vez se relacionen con las características propias de la persona o con la falta de apoyo en sus redes sociales.

Por otra parte, es preocupante la presencia de un porcentaje significativo de participantes con bajo nivel de CVRS (27%), ya que estos niveles se relacionan con baja adherencia a los tratamientos; no obstante, no solo el cumplimiento se afecta, sino también se debe verificar la conducta, la motivación y el proceso de adaptación a la enfermedad, junto con factores externos que llevan a la persona a considerar que las cosas en su vida y específicamente en su salud no mejoran sino empeoran.

Por último, dando cumplimiento al objetivo general de este estudio, se demostró la asociación entre la adherencia al tratamiento y la CVRS en personas con IAM, evidenciado en una correlación estadísticamente significativa, pero catalogada como modesta. Estos resultados son coherentes con la multidimensionalidad de los fenómenos que presenta este estudio.

Limitaciones

Aunque la población de personas con IAM es amplia, el SGSSS es una limitación para acceder a ellos ambulatoriamente, ya que no es oportuno al momento de autorizar las consultas y, por esta razón, no asisten a ellas. Además, la dificultad en la participación de la personas fue una limitante, esto debido a que ni los usuarios ni otros profesionales de la salud entienden la importancia de la investigación para el avance de la disciplina.

Agradecimientos

Agradecimientos a la Clínica Vascular Navarra (Bogotá, Colombia) y a la Universidad Nacional de Colombia por el apoyo con la asignación de la Beca Asistente Docente.

Referencias

4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2011 [citado 2013 abr 15]. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
5. DANE. Estadísticas Vitales. Defunciones no fetales. 2013 [citado 2014 oct 17] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2877-defunciones-no-fetales>
6. Martín Alfonso L, Grau Ábalo J, Espinosa Brito A. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev Cubana Salud Pública. 2014 [citado 2014 nov 20];40(2):225-238. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v40n2/spu07214.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2004 [citado 2012 abr 15]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid
8. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. RevMed Chile. 2010 [citado 2013 abr 20];138(3):358-365. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
9. Saleem F, Hassali M, Shafie A, et al. Does treatment adherence correlates with health related quality of life? Findings from a cross sectional study. BMC Public Health. 2012 [citado 2013 feb 12];12(318):1-10. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/318>
10. Martín Alfonso L, Bayarre Veja H, Corugedo Rodríguez M, Vento Iznaga F, La Rosa Matos Y, Orbay Araña M. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev Cubana Salud Pública. 2015 [citado 2015 nov 20];41(1):33-45. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf>
11. Burns N, Grove S. Diseños de investigación. En: Investigación en ciencias Enfermería. España: Elsevier; 2004. p. 209-250.
12. Martín Alfonso L, Bayarre H, Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cub Salud Pública. 2008;34(1):1-9.
13. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. En: Terapia Psicológica. 2012 [citado 2013 abr 20];30(1):61-71. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
14. Velasco J, Del Barrio V, Mestre M, Penas C. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes posinfarto. Rev Esp Cardiología. 1993;46(9):552-558.
15. Tristan A, Vidal R. Manual de fórmulas de correlación. Victoria: Trafford; 2006. p. 119.
16. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 (4 de octubre de 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [citado 2014 feb 14]. Disponible en: https://www.redjurista.com/documents/r8430_93.aspx
17. Rubiera Jiménez R, Lara Negret A, Ramos Torres N, Palacio Pérez H, Vignier Figueredo D. Síndrome coronario agudo, caracterización clínico-epidemiológica. A propósito de nuestro primer año. Rev Cub Med Int Emerg. 2009 [citado 2013 jun 20];8(3): 1450-1461. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol8_3_09/mie07309.htm
18. Arroyave J, Cepeda M. Caracterización de la re-estenosis de stents coronarios convencionales y liberadores de medicamentos en pacientes incluidos en el registro Drug Eluting Stent (DREST). Rev Col Cardiología. 2012 [citado 2013 ago 20];19(3):121-131. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v19n3/v19n3a4.pdf>
19. Sánchez Torres N, Pérez del Todo J, Del Pino Sánchez E, Martínez García G, Suárez Rivero A, Guevara Mirabal G. Caracterización por sexo de los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST sometidos a intervencionismo coronario. Rev Cub Cardiol Cir Cardiovasc. 2011 [citado 2013 ago 20];17(3):225-233. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/viewFile/82/74>
20. Bonilla C. Adherencia y factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con riesgo cardiovascular. Revisión Literaria. Bogotá: Unibiblos-Universidad Nacional de Colombia; 2007.

21. Salcedo Barajas A, Gómez Ochoa A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. *Av. Enferm.* 2014 [citado 2015 nov 15];32(1):33-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a04.pdf>
22. Cabrerizo García J, Zalba-Etayo B. Características del síndrome coronario agudo en pacientes ancianos españoles. *Rev salud pública* [en línea]. 2012 [citado 2013 jun 20];14(4):657-667. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42226912010>
23. Casas Piedrahíta M, Chavarro Olarte L, Cardona Rivas D. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. *Promoción Salud* [en línea]. 2013 [citado 2013 jun 20]; 18(1):81-96. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n1/v18n1a07.pdf>
24. Carhuallanqui R, Diestra Cabrera G, Tang Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered.* 2010 [citado 2013 jun 20]; 21(4):197-201. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v21n4/v21n4a04.pdf>
25. Rossi E, Perman Gastón, Michelangelo H, Alonzo C, Brescacin L, Kopitowski K, et al. Adherencia a la prevención secundaria de la enfermedad coronaria. *Medicina.* 2014 [citado 2013 jun 20];74(2):99-103. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v74n2/v74n2a02.pdf>
26. Cazorla Roca M, Galán Fernández S, Corcoy Rigola R, Carrau Vidal E, Gusi Tragant G, Martínez Rubio A. Rehabilitación cardíaca. ¿Cómo mantener los cambios en el estilo de vida de los pacientes? *Enferm Cardiol.* 2004 [citado 2013 jun 20];(32-33):58-61. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/res3309.htm>
27. Báez L, Camacho P, Abreu P, Arenas I, Jaimes G. La importancia de la rehabilitación cardiovascular: experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia. *Rev Col Cardiol.* 2006 [citado 2014 ene 20];13(2):90-96. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332006000500009&lng=en
28. Dessotte C, Dantas R, Schmidt A, Rossi L. Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011 [citado 2013 abr 17];19(5):1106-1113. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/evidences/resource/es/lil-602816>
29. Gjeilo KH, Wahba A, Klepstad P, Lydersen S, Stenseth R. Health-related quality of life three years after coronary surgery: A comparison with the general population. *Scan Card J.* 2006 [citado 2013 nov 17];40:29-36. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16448995>
30. Soto M, Failde I. Changes in health related quality of life 3 months after an acute coronary syndrome. *BMC Public Health.* 2006 [citado 2013 nov 17];6(18):1-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1413520/>
31. Saleh F, Mumu Sh, Ara F, Hafez A, Alí L. Non-adherence to self-care practices & medication and health related quality of life among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2014 [citado 2013 nov 17];14(431):1-10. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/431>
32. Castañeda Hernández A. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *Rev Cuidarte.* 2015 [citado 2015 nov 20];6(1):906-913. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207028>
33. Silva Fernández C, Agudelo Vélez D. Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombiana de Psicología.* 2011 [citado 2014 sep 15];14(1):47-60. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79822602005>