

Asociación entre el cumplimiento y adherencia al tratamiento con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica

Autora

Ana Gudelia Huamán Guerra.

Enfermera asistencial del Instituto Nacional Cardiovascular «Carlos Alberto Peschiera Carrillo»-INCOR. Maestranda en Docencia e Investigación en Salud de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

Dirección para correspondencia

Ana Gudelia Huamán Guerra

Av. San Luis N.º 1040

Distrito San Luis,

Departamento de Lima, Perú

Correo electrónico:

aniemod@gmail.com

Resumen

Objetivo. Determinar la relación que existe entre el cumplimiento y la adherencia al tratamiento con la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Cardiaca Crónica del INCOR.

Método. Estudio cuantitativo, correlacional y transversal. La muestra se obtuvo por conveniencia durante julio de 2014 a septiembre de 2015 a 40 pacientes con tratamiento domiciliario por Insuficiencia Cardiaca Crónica de un mes como mínimo. La recolección de datos fue mediante entrevista estructurada, se utilizaron los cuestionarios: adherencia al tratamiento elaborado por Bonilla, adaptado a nuestro medio y de Minnesota sobre calidad de vida. Para la correlación entre las variables se utilizó la fórmula estadística del Chi-cuadrado, y para medir la fuerza de asociación la prueba de Spearman.

Resultados. La edad media fue de 59 años. El 27,5% tuvo buen cumplimiento y adherencia al tratamiento y el 42,5% regular. La calidad de vida fue regular en el 35% y en el 32,5% fue buena. Se encontró una correlación positiva entre ambas variables ($r=0,661$; $p=0,0001$). Los factores relacionados con el sistema y equipo de salud, y los relacionados con el paciente tuvieron correlación con la calidad de vida.

Conclusiones. Se demostró la asociación entre el cumplimiento y la adherencia al tratamiento con la calidad de vida en los pacientes. Los niveles de cumplimiento y adherencia al tratamiento estuvieron en su mayoría entre adherencia buena y regular, mientras que, en la calidad de vida los resultados fueron homogéneos con un porcentaje importante de pacientes con deficiente calidad de vida.

Palabras clave: insuficiencia cardiaca, cumplimiento de la medicación, cumplimiento y adherencia al tratamiento, calidad de vida.

Association between compliance and adherence to treatment and quality of life in patients with chronic heart failure

Abstract

Objective. To determine the relationship existing between compliance and adherence to treatment and quality of life in patients with Chronic Heart Failure of INCOR.

Method. Quantitative, correlational, cross-sectional study. The sample was obtained for convenience from July 2014 to September 2015 from 40 patients with home treatment for Chronic Heart Failure of at least one month. Data collection was through a structured interview, using the following questionnaires: adherence to treatment, developed by Bonilla, adapted to our environment, and Minnesota on quality of life. For correlation between variables, the statistical formula of Chi Square was used, and to measure the association strength, the Spearman test.

Results. The mean age was 59 years. 27.5% had good compliance and adherence to treatment, while in 42.5% the result was fair. The quality of life was fair in 35%, while it was good in 32.5%. A positive correlation was found between both variables ($r=0.661$; $p=0.0001$). Factors related to the health system and team, and those related to the patient, correlated with the quality of life.

Conclusions. The association between compliance and adherence to treatment and quality of life in patients was demonstrated. The levels of compliance and adherence to treatment were mostly between good and fair adherence, while as for quality of life the results were homogeneous, with a significant percentage of patients having a deficient quality of life.

Keywords: heart failure, medication compliance, compliance and adherence to treatment, quality of life.

Enferm Cardiol. 2019; 26 (78): 74-81.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad de alta prevalencia, una actualización de 2013 de la *American Heart Association* (AHA) estimó que en 2006, 23 millones de personas fueron afectadas en el mundo¹. Latinoamérica es una de las regiones que tiene una de las cargas más altas de factores de riesgo cardiovascular, por lo tanto, la incidencia de eventos coronarios e insuficiencia cardiaca son la principal causa de hospitalización². En el caso del Perú la insuficiencia cardiaca ocupó la tercera causa de muerte dentro de las enfermedades no transmisibles en el año 2007 (18,4 x 100 mil hab.)³, en el 2013 la IC avanzada en el Instituto Nacional Cardiovascular – INCOR, mostró tasas de mortalidad elevadas; mortalidad total del 22,9%, mortalidad intrahospitalaria del 16,8% y en los pacientes inestables y dependientes de drogas, la mortalidad llegó hasta el 85%, la tasa de rehospitalización en los pacientes estables y dependientes de drogas fue de 68%, mientras que en el grupo no dependientes de drogas la tasa fue del 31%⁴.

Una de las principales causas documentadas del fracaso en el control de esta enfermedad es el incumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Algunos estudios han mostrado que pacientes con enfermedades crónicas no tienen adecuado cumplimiento del tratamiento y son más vulnerables a desenlaces desfavorables^{5,6}. Los pacientes comprenden las recomendaciones y conocen qué es lo que tienen que hacer, pero no saben cómo integrar esos conocimientos en su vida diaria, por lo que no pueden traducir sus conocimientos en capacidad de acción⁷.

Los objetivos del tratamiento de la IC son mejorar el estado clínico, la capacidad funcional y la calidad de vida, prevenir las hospitalizaciones y reducir la mortalidad, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, basados en las recomendaciones de la sociedad americana y europea de cardiología. Pese a los costos elevados en el tratamiento no existe un programa específicamente que controle y oriente a estos pacientes, muchos de ellos tienen poco conocimiento y conciencia sobre la cronicidad de su enfermedad, por ello que se ve afectado en su calidad de vida por los cambios que le produce la enfermedad. Es por ello necesario considerar el término calidad de vida (CV) en el tratamiento del paciente para que, junto a la adherencia al tratamiento y el problema de salud, se obtenga la orientación, ayuda profesional, y medicamentos necesarios para convivir con su enfermedad. Las investigaciones en el tema han intentado desarrollar intervenciones y políticas para lograr la disminución de estas cifras, sin embargo, muy

poco apuntan directamente a la adherencia al tratamiento como un fenómeno importante de abordar, ya que no basta la educación sobre la enfermedad y cómo prevenirla, sino también es la motivación y el interés de las personas en cambiar sus hábitos y seguir las indicaciones dadas por el personal de salud. Es importante conocer si estos niveles de cumplimiento y adherencia repercuten en su calidad de vida de los pacientes y si tienen relación entre ellas. Es así que, como respuesta a los vacíos en las investigaciones encontradas en este aspecto, y a la necesidad expresa de la OMS de tratar el tema de conjunto con la calidad de vida, esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre cumplimiento y adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica del Instituto nacional cardiovascular-INCOR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron a 40 pacientes, la media de edad de la población estudiada fue de 59 años ($\pm 12,4$ años), 67,5% de sexo masculino y 32,5% femenino, el 70% vivían en Lima y el resto era de provincias, el 82% eran casados o convivientes, sin embargo el 98% vivía acompañado. El grado de instrucción fue homogéneo, predominando el nivel secundario con un 43%, superior 35% y nivel primaria 22%; el 57% eran empleados o trabajadores independientes y el 43% jubilados o desempleados.

En cuanto a las características clínicas: la etiología isquémica de la enfermedad se presentó en el 37,5%, la media del tiempo de tratamiento fue 7,4 meses ($\pm 9,4$) y la terapia óptima se presentó en 87,5% de los pacientes.

La **figura 1** muestra la clasificación del cumplimiento y adherencia terapéutica en los pacientes estudiados.

Dentro de los factores socioeconómicos, el contar con el apoyo de la familia o personal allegado influyó de manera importante en el cumplimiento y adherencia terapéutica en el 92,5% de los pacientes, además el 90% reconoció que pese a los costos de los medicamentos valió la pena continuar con las recomendaciones. En los factores relacionados con el Sistema y Equipo de salud destacó la disponibilidad de medicamentos en la farmacia en más de 90%. En los factores relacionados con el tratamiento: el 85% no suspendió sus medicamentos cuando mejoraron los síntomas y del mismo modo un porcentaje similar piensa que los medicamentos no le crean dependencia, lo cual garantiza el interés y compromiso por parte del paciente para con su salud. En los factores relacionados con el paciente: el 90% se interesó por conocer su condición de salud y la forma de

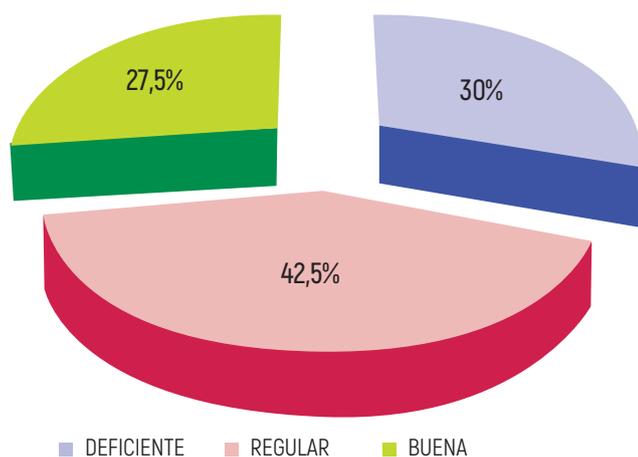


Figura 1. Distribución porcentual del Cumplimiento y Adherencia terapéutica de los pacientes con ICC del INCOR, 2014, 2015. Fuente: encuesta realizada a los pacientes con FCC del servicio de UCIN/ Hospitalización. Elaboración: EsSalud INCOR. Enfermería AGHG-2014-2015.

cuidarse, cabe destacar que es una población adulta sin ningún tipo de deterioro cognitivo. La **tabla 1** muestra la descripción de los factores de riesgo del cumplimiento y adherencia terapéutica.

La **figura 2** muestra clasificación de la Calidad de vida en los pacientes estudiados.

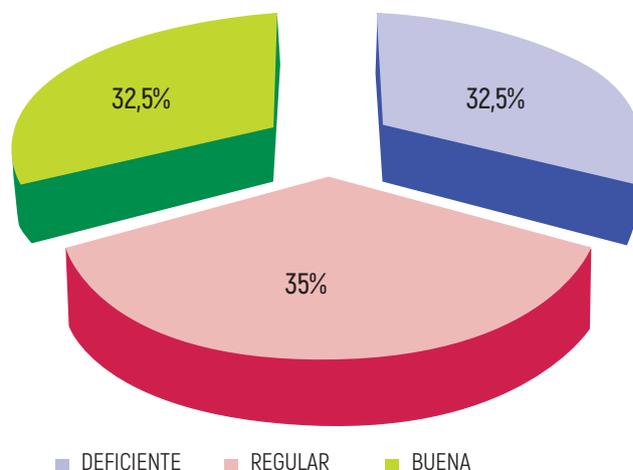


Figura 2. Distribución porcentual de la Calidad de vida de los pacientes con ICC del INCOR, 2014, 2015. Fuente: encuesta realizada a los pacientes con FCC del servicio de UCIN/ Hospitalización. Elaboración: EsSalud INCOR. Enfermería AGHG-2014-2015.

Tabla 1. Descripción de Factores de riesgo del Cumplimiento y Adherencia terapéutica de los pacientes con ICC del INCOR, 2014, 2015.

		NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL
I DIMENSIÓN: Factores socioeconómicos					
1. Reconoce que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo.	N	1	3	36	40
	%	2,5	7,5	90	100
2. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.	N	0	3	37	40
	%	0	7,5	92,5	100
3. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.	N	26	11	3	40
	%	65	27,5	7,5	100
4. El contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven de ejemplo.	N	14	6	20	40
	%	35	15	50	100
5. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.	N	22	9	9	40
	%	55	22,5	22,5	100
II DIMENSIÓN: Factores relacionados con el proveedor: Sistema y equipo de salud					
6. El personal de enfermería le enseña y da recomendaciones escritas sobre su tratamiento.	N	12	5	23	40
	%	30	12,5	57,5	100
7. La información verbal de parte del médico es detallada y precisa.	N	2	6	32	40
	%	5	15	80	100
8. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.	N	29	7	4	40
	%	72,5	17,5	10	100
9. El cambio frecuente de medicamentos lo confunde.	N	20	12	8	40
	%	50	30	20	100
10. Siente que no recibe atención de salud con la misma calidad que los demás.	N	33	4	3	40
	%	82,5	10	7,5	100
11. Puede conseguir sus medicamentos en la farmacia del INCOR.	N	0	3	37	40
	%	0	7,5	92,5	100

		NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL
III DIMENSIÓN: Factores relacionados con el tratamiento					
12. Tiene forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos.	N	8	2	30	40
	%	20	5	75	100
13. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.	N	34	5	1	40
	%	85	12,5	2,5	100
14. Piensa que algunos de los medicamentos, le crean dependencia por eso no lo toma.	N	34	6	0	40
	%	85	15	0	100
15. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.	N	22	11	7	40
	%	55	27,5	17,5	100
16. Cree conveniente para su salud controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio.	N	3	7	30	40
	%	7,5	17,5	75	100
17. Los medicamentos que toma actualmente le alivian los síntomas.	N	3	6	31	40
	%	7,5	15	77,5	100
IV DIMENSIÓN: Factores relacionados con el paciente					
18. Su enfermedad limita sus oportunidades de estar con otras personas.	N	12	7	21	40
	%	30	17,5	52,5	100
19. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.	N	3	3	34	40
	%	7,5	7,5	85	100
20. Siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce	N	34	3	3	40
	%	85	7,5	7,5	100
21. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.	N	2	2	36	40
	%	5	5	90	100
22. Se angustia y se siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad.	N	12	18	10	40
	%	30	45	25	100

Fuente: encuesta realizada a los pacientes con FCC del servicio de UCIN/ Hospitalización. Elaboración: EsSalud INCOR. Enfermería AGHG-2014-2015.

Dentro de la dimensión física de la calidad de vida, los pacientes manifestaron que la enfermedad les afectó demasiado en su calidad de vida, ya que en un 60% les había dejado cansado, fatigado o con poca energía, el 52,5% sentía falta de aire y en porcentajes similares (50%) tuvieron dificultades para caminar y subir escaleras así como para dormir bien de noche. En la dimensión emocional, más del 50% sintió afectada su calidad de vida. En la dimensión social el 100% sintió que la enfermedad afectó demasiado su salud debido a que tuvo que internarse en el hospital, al 70% en su actividad sexual, al 60% en sus entretenimientos, deportes y diversión. La **tabla 2** muestra la calidad de vida de los pacientes según el Cuestionario de Minnesota.

La correlación entre las variables obtuvo un *rho* de Spearman = -0,661, que a mayor adherencia mayor calidad de vida y $p=0,0001$. Por lo tanto, se acepta la hipótesis general.

La **tabla 3** muestra la correlación de las dimensiones y cada variable, la cual arrojó puntuaciones mayores en la relación entre los factores relacionados con el paciente, el Sistema y equipo de salud con la calidad de vida ($p=0,661$; $0,469$), no hubo correlación entre los factores socioeconómicos y los relacionados con el tratamiento con la calidad de vida. La relación entre el

cumplimiento y adherencia al tratamiento con los síntomas emocionales arrojaron puntajes mayores ($p=0,64$), demostrando mayor correlación respecto a las otras dimensiones.

En el análisis de cada uno de los ítems: las recomendaciones escritas dadas por el personal de enfermería ($p=0,52$; $p=0,001$), así como el mantener la calma pese las incomodidades que le produce la enfermedad ($p=0,49$; $p=0,001$) tuvieron mejor relación con la calidad de vida de los pacientes.

DISCUSIÓN

La correlación entre las variables demostró que a mayor adherencia mayor calidad de vida. En relación a la adherencia terapéutica del presente estudio se obtuvo una media de 55,5 (rango: 44 a 66) que corresponde a una regular adherencia terapéutica en contraste con el estudio realizado por Chaves-Santiago et al.¹¹, quienes encontraron un 72% de pacientes cumplidores al tratamiento evaluados a los 30 días del alta, datos similares encontraron Rojas LZ et al.¹², con un promedio de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de 89,3 puntos ($DE\pm 9,04$) en pacientes con falla cardiaca, estos resultados podrían explicarse por las características de la población incluida en ese estudio. El promedio de edad fue

Tabla 2. Calidad de vida según el Cuestionario de Minnesota de los pacientes con ICC del INCOR, 2014, 2015.

		NO		MUY POCO			DEMASIADO		TOTAL
		0	1	2	3	4	5		
1 Le ha provocado hinchazón de tobillos y piernas	N	10	4	4	5	6	11	40	
	%	25	10	10	12,5	15	27,5	100	
2 Usted ha tenido necesidad de sentarse o acostarse	N	3	4	6	4	9	14	40	
	%	7,5	10	15	10	22,5	35	100	
3 Su marcha y subida de escaleras se han vuelto difíciles	N	3	3	4	6	4	20	40	
	%	7,5	7,5	10	15	10	50	100	
4 Sus tareas del hogar se han vuelto difíciles	N	6	2	3	7	6	16	40	
	%	15	5	7,5	17,5	15	40	100	
5 Sus salidas de casa se han vuelto difíciles	N	5	2	6	5	8	14	40	
	%	12,5	5	15	12,5	20	35	100	
6 Tener una buena noche de sueño se ha vuelto difícil	N	3	0	3	5	9	20	40	
	%	7,5	0	7,5	12,5	22,5	50	100	
7 Sus relaciones o actividades con familiares y amigos se han vuelto difíciles	N	7	5	4	2	5	17	40	
	%	17,5	12,5	10	5	12,5	42,5	100	
8 Su trabajo para ganarse la vida se ha vuelto difícil	N	3	4	4	5	6	18	40	
	%	7,5	10	10	12,5	15	45	100	
9 Sus entretenimientos, deportes y diversión se han vuelto difíciles	N	2	3	1	4	6	24	40	
	%	5	7,5	2,5	10	15	60	100	
10 Su actividad sexual se ha vuelto difícil	N	3	1	3	2	3	28	40	
	%	7,5	2,5	7,5	5	7,5	70	100	
11 Sus ganas de comer las comidas que más le gusta, ha disminuido	N	11	4	2	9	5	9	40	
	%	27,5	10	5	22,5	12,5	22,5	100	
12 Ha sentido falta de aire	N	0	4	2	4	9	21	40	
	%	0	10	5	10	22,5	52,5	100	
13 Le ha dejado cansado, fatigado o con poca energía	N	1	4	1	2	8	24	40	
	%	2,5	10	2,5	5	20	60	100	
14 Le ha obligado a quedar hospitalizado	N	0	0	0	0	0	40	40	
	%	0	0	0	0	0	100	100	
15 Le ha hecho destinar dinero para la atención médica	N	12	5	6	4	3	10	40	
	%	30	12,5	15	10	7,5	25	100	
16 Las medicaciones le han provocado reacciones adversas	N	20	4	3	4	2	7	40	
	%	50	10	7,5	10	5	17,5	100	
17 Le ha hecho sentir que Ud. es una carga para sus familiares y amigos	N	12	4	5	6	3	10	40	
	%	30	10	12,5	15	7,5	25	100	
18 Usted ha sentido que pierde el control de su vida	N	7	7	2	6	5	13	40	
	%	17,5	17,5	5	15	12,5	32,5	100	
19 Usted se ha preocupado últimamente	N	1	4	3	5	6	21	40	
	%	2,5	10	7,5	12,5	15	52,5	100	
20 Concentrarse o acordarse de las cosas se ha vuelto difícil para usted	N	13	7	2	10	4	4	40	
	%	32,5	17,5	5	25	10	10	100	
21 Usted se ha sentido deprimido	N	5	6	5	9	3	12	40	
	%	12,5	15	12,5	22,5	7,5	30	100	

Tabla 3. Correlación entre las dimensiones del cumplimiento y la Adherencia al tratamiento y de la Calidad de Vida en los pacientes con ICC del INCOR, 2014, 2015.

VARIABLE	DIMENSIONES	Coefficiente de Spearman	p valor
Calidad de vida	Factores socioeconómicos	0,333*	0,036
	Factores relacionados con el Sistema y Equipo de Salud	0,469**	0,002
	Factores relacionados con el tratamiento	0,290	0,070
	Factores relacionados con el paciente	0,661**	0,0001
Adherencia al tratamiento	Síntomas físicos	0,541**	0,0001
	Síntomas emocionales	0,644**	0,0001
	Síntomas sociales	0,579**	0,0001

Fuente: encuesta realizada a los pacientes con FCC del servicio de UCIN/ Hospitalización.
Elaboración: EsSalud INCOR. Enfermería AGHG-2014-2015.

de 76,5 y 66 años en los estudios de Chaves- Santiago et al.¹¹ y Rojas LZ et al.¹² respectivamente con un nivel de instrucción de primaria y bajo, mientras que en nuestro estudio el promedio de edad fue de 59 años, prevaleció el nivel secundario y un 54% aún se desempeñaban en algún trabajo, solo un 27,5% tuvo buen cumplimiento y adherencia dado el poco compromiso del paciente en el cambio de hábitos alimenticios y la forma de cuidarse a pesar de las recomendaciones dadas por el personal de salud.

Con respecto a los factores relacionados con el cumplimiento y adherencia al tratamiento, del factor socioeconómico, los resultados muestran que solo el 10% tenían dificultades económicas para conseguir los medicamentos y seguir las recomendaciones pese a los costos, ya que todos son asegurados. Florián, et al.¹³ encontraron dificultades económicas en el 22,5% de los pacientes, lo cual explica la relación interdependiente y bidireccional entre las dificultades económicas y las enfermedades crónicas. La OMS expresa al respecto que países en desarrollo el nivel socioeconómico puede poner a los pacientes en una situación dilemática al tener que elegir entre prioridades en competencia. En este estudio, el apoyo familiar o de personas allegadas corresponde a un 92,5% a siempre y 7,5% a casi siempre, Rojas LZ et al.¹² en su estudio encontraron que, a pesar que el 89,44% cuenta con soporte de cuidador, el indicador busca refuerzo externo para cumplir con los comportamientos de salud es poco adherente, Chaves-Santiago et al.¹¹ mostraron que los pacientes tenían adecuada funcionalidad y redes de apoyo, lo que refleja la importancia de la familia en el mantenimiento de la salud. Según Vega¹⁴, el apoyo social visto sistemáticamente provee de efectos protectores y amortiguadores de la enfermedad, en nuestro caso un 92,5% contó con apoyo familiar para cumplir el tratamiento y el 50% manifestó participar en grupos de ayuda y apoyo como rehabilitación cardíaca; por lo tanto el apoyo externo genera mayor motivación por parte del paciente y lo hace capaz de realizar sus propias actividades y aumenta su compromiso en el manejo adecuado del tratamiento.

Por su parte, acerca de los factores relacionados con el sistema y equipo de salud, la mayoría de sus ítems fueron

evaluados en la frecuencia siempre en porcentajes superiores al 57,5% de los encuestados, en aspectos que indican que el equipo de salud responde sus inquietudes y dificultades respecto a su tratamiento, que no tiene dudas sobre la tomar los medicamentos y que pueden conseguir los medicamentos en la farmacia (92,5%). Datos similares encontraron Florián et al.¹³ con porcentajes superiores a 65% en la frecuencia siempre en estos ítems. En cuanto a la confianza en el profesional de la salud, la media de la adherencia indicaba que se encontraron adheridos en el estudio de Rojas LZ et al.¹², lo cual demuestra que los profesionales están dispuestos a responder las dudas e inquietudes de los pacientes a fin de garantizar niveles mínimos de comprensión para el paciente, así asegurar el cumplimiento y adherencia logrando en los pacientes seguir las recomendaciones. Sin embargo, en este estudio, en el ítem: la información verbal por parte del médico es detallada y precisa, solo el 80% refirió siempre, lo cual resulta preocupante e indica que se requiere por parte del personal médico fortalecer estrategias de comunicación para así mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes.

Con respecto a los factores relacionados con la terapia, se encontró que un porcentaje alto, el 85% no suspende el tratamiento al mejorar los síntomas lo que favorece el mantenimiento de la adherencia sin importar signos o síntomas de mejoría, similar a lo encontrado por Florián et al.¹³, y lo descrito por Ortega¹⁵ en donde el 73,3% y el 80% no suspendieron su tratamiento respectivamente.

Además, se resalta que un 77,5% manifestó que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar y un 25% a veces o nunca seguían la dieta y ejercicios recomendados, Florián et al.¹³ encontraron que el 57,5% consideró que algunas veces y 28,8% siempre se les dificultaba seguir la dieta recomendada, igual sucede en el estudio realizado por Ortega¹⁵ donde el 50,7% consideró que algunas veces y el 14% que siempre se les dificultaba. Esto pone en evidencia que el cambio de conducta es un problema principal de la adherencia, de ahí la importancia de trabajar con el equipo multidisciplinario de salud.

Por otra parte, sobre los factores relacionados con el paciente, interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de

cuidarse, Florián et al.¹³ encontraron que en el 90% se evidencian altos porcentajes que influyen en la adherencia superiores al 82% en la frecuencia siempre, lo que revela la conducta de compromiso con la salud y los beneficios e importancia del tratamiento. Por otro lado, Salinas y Nava¹⁶ concluyen que algunas causas de incumplimiento terapéutico se deben a no aceptar el diagnóstico, la negación de la enfermedad, la estigmatización entre otras.

Respecto a la variable calidad de vida, el 67,5% tenían una calidad de vida de regular a deficiente, los más afectados eran los síntomas físicos y los menos afectados los síntomas emocionales. Nogueira et al.¹⁷ en su estudio la CV medida por el SF-36 se encontró alterada en casi todos los dominios con compromiso mayor en el aspecto físico y evidenciaron un score total elevado para el MLHFQ, que implica empeoramiento de la CV en dicha muestra. En contraste Aguirre et al.¹⁸, encontraron una media de 38,85 (DE=16,77), lo cual demuestra poca afectación en la calidad de vida de los pacientes con IC en una primera visita y una mejoría a los 6 meses, con una media de 22,85 (DE=26,77), así mismo los síntomas sociales y emocionales fueron los menos afectados, en la primera visita con una mejoría significativa en los 3 síntomas: físicos, emocionales y sociales a los 6 meses tras una terapia educacional específica.

En la dimensión de los síntomas físicos el grado de afectación fue demasiado en más del 35% de los pacientes en la mayoría de ítems, un 60% se había sentido cansado fatigado y con poca energía, en contraste Aguirre et al.¹⁸ encontraron poca afectación en estos ítems; además en este estudio que un 27,5% había tenido hinchazón de tobillos y piernas, datos similares a los encontrados por Aguirre et al.¹⁸. De acuerdo a Fleg et al.¹⁹, la salud física interfiere en las actividades del trabajo, mostrando de esa forma que la limitación funcional impuesta por la enfermedad está asociada al empeoramiento de la calidad de vida.

En la dimensión de los síntomas sociales los resultados encontrados por Aguirre et al.¹⁸ demuestran que la enfermedad afecta poco o muy poco a la mayoría de los pacientes en general, en este estudio más de 42% se sintió afectado su calidad de vida en esta dimensión.

En la dimensión emocional, los pacientes tuvieron que permanecer hospitalizados y el 52,5% se habían preocupado últimamente, dato similar encontraron Aguirre et al.¹⁸, en el 60% de pacientes, sin embargo los pacientes en general sienten poco afectados los síntomas emocionales en ambos estudios.

Se encontró una correlación positiva moderada y fuerte entre ambas variables en nuestro estudio. Castañeda²⁰ encontró una relación débil debido a la pérdida de calidad de vida relacionada más con la enfermedad que con la adherencia al tratamiento en sí. Rojas J²¹ encontró un porcentaje significativo de pacientes con bajo nivel de calidad de vida relacionada con la salud relacionada con la adherencia al tratamiento, atribuyéndolo a la multidimensionalidad de fenómenos en su estudio.

Los factores relacionados con el paciente tuvieron mayor relación con la calidad de vida respecto a las otras dimensiones, y la adherencia terapéutica tuvo mejor correlación con los síntomas emocionales, además en el análisis de cada ítem: las recomendaciones dadas por el personal de enfermería y el

no perder la calma por las incomodidades que le produce la enfermedad, tuvieron mejor relación con la calidad de vida de los pacientes en el presente estudio. Según Rojas J²¹ «La actitud de autocuidado, intervención de enfermería y la promoción de autocuidado influyen en el resultado de la calidad de vida relacionada con la salud; asimismo características individuales y el ambiente», por lo tanto, la influencia de múltiples factores internos y externos influyen en la percepción de la calidad de vida, es necesario la creación y fortalecimiento de programas que respalden estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, un porcentaje importante de nuestros pacientes requieren reforzar este aspecto.

CONCLUSIONES

El cumplimiento y adherencia al tratamiento está asociada a la calidad de vida de los pacientes con Falla Cardíaca Crónica del INCOR. El nivel de cumplimiento y adherencia al tratamiento fue regular.

El nivel de la calidad de vida percibida por los pacientes fue regular, siendo los síntomas físicos los más afectados.

Existe relación significativa entre los factores relacionados con el sistema y Equipo de Salud y los factores relacionados con el paciente con la calidad de vida; las relaciones terapéuticas de personal de salud favorecen el cumplimiento y la adherencia al tratamiento, sobretodo el de enfermería, los pacientes tienen una buena percepción de su calidad de vida.

No existe relación entre los factores socioeconómicos y los factores relacionados con el tratamiento con la calidad de vida de los pacientes, la mayoría tenía el apoyo de su pareja y familiares y representaron una población adulta en etapa productiva, además muy pocos pacientes (15%) suspendieron sus medicamentos al sentir mejoría o pensaban que creaba dependencia.

Existe relación significativa entre el cumplimiento y adherencia terapéutica con los tres síntomas de la calidad de vida; las dificultades producidas por la enfermedad y el haberse hospitalizado no debilitaron el aspecto emocional, los pacientes se preocuparon más por la calidad de vida que el tiempo que les queda de vida en sí.

Sesgos y limitaciones

El tipo de muestreo llevado a cabo fue no probabilístico, aunque el tiempo para la ejecución del estudio fue de 14 meses para que sea representativo, sin embargo estos resultados no se pueden extrapolar, se tomaron medidas para evitar los sesgos de información, garantizado por la confiabilidad de los instrumentos de medición.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

FINANCIACIÓN

Recursos propios de la autora.

OTRA INFORMACIÓN

El trabajo fue presentado como póster y presentación oral en el I Congreso Interamericano de Falla Cardíaca – CIFACA 2018, Panamá.

BIBLIOGRAFÍA

1. MCMURRAY JJ, et al. Clinical epidemiology of heart failure: public and private health burden. *European heart journal*. 1998; 19 (P): 9-16. Disponible en: <https://europemc.org/article/med/9886707>
2. Bocchi EA, Arias A, Verdejo H, Diez M, Gómez E, Castro P, et al. The reality of heart failure in Latin America. *Journal of the American College of Cardiology*. 2013; 62 (11): 949-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.06.013>
3. Valdez W, Ramos W, Miranda J, Mariños J. Análisis de la Situación del Perú. 2010. Pg. 47. Disponible en: www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf
4. ESSALUD. Mejora de la sobrevivencia y calidad de vida del paciente con insuficiencia cardíaca avanzada mediante la implementación de un programa de trasplante cardíaco en el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR-ESSALUD). Reconocimiento a la Gestión de Proyectos de Mejora. Categoría: Sector Público. 2016. ESSALUD, Perú. Disponible en: http://www.cdi.org.pe/pdf/PNC_2016/RGPM/IP%20INCOR%20RGPM%2016.pdf
5. Cutler DM, Everett W. Thinking outside the pillbox--medication adherence as a priority for health care reform. *New England Journal of Medicine*. 2010; 362 (17): 1553-1555. DOI: 10.1056/NEJMp1002305
6. Maeda U, Shen BJ, Schwarz ER, Farrell KA, Mallon S. Self-efficacy mediates the associations of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2013; 20 (1): 88-96. DOI:10.1007/s12529-011-9215-0
7. Gálvez M. ¿Cómo experimentan y entienden pacientes y médicos las recomendaciones al alta que se suministra a los enfermos que padecen insuficiencia cardíaca? *Index Enfermería*. 2010; 19(2-3): 226-228. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200035&lng=es
8. Instituto Nacional Cardiovascular. Registro de Ingresos y Egresos hospitalarios de la Unidad de Cuidados Intermedios de Cardiología Clínica. 2013-2014. INCOR –ESSALUD, Lima, Perú.
9. Bonilla C. (2007). Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances de Enfermería*. 2007; 25(1):46-55. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35900/36915>
10. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patients' self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: Content, reliability and validity of a new measure-the Minnesota Living with Failure questionnaire. *Heart Failure*. 1987; 3: 198-209.
11. Chaves- Santiago WG, Rincón IA, Bohórquez HD, Gámez LR, Téllez JA, Villarreal M. Seguimiento del cumplimiento del tratamiento en casa del paciente que egresa con diagnóstico de falla cardíaca. *Acta Médica Colombiana*. 2016; 41(4):243-247. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163149123007>
12. Rojas LZ, Echeverría LE, Camargo FA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca. *Enfermería global*. 2014; 13(36): 1-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400001&lng=es
13. Florián B, González Y, González V, Mejía G, Narváez M. Factores asociados a la adherencia a los tratamientos en pacientes con insuficiencia cardíaca en Cartagena, 2013. Tesis para optar el grado de licenciada en Enfermería. Universidad de Cartagena, Cartagena.
14. Vega O.M., González D.S. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*. 2009 ;(16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es
15. Ortega S. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Montería. 2010. Tesis Magistral. Universidad Nacional De Colombia. Bogotá. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8599/1/539502.2010.pdf>
16. Salinas E, Nava MG. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol(Mex)*. 2012; 11(2):102-104. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>
17. Nogueira I, Servantes I, Silva P, Pelcerman A, Miranda X, Salles F, Rodrigues D, Túlio de Mello M, Campos O, Oliveira J. Correlación entre Calidad de Vida y Capacidad Funcional en la Insuficiencia Cardíaca. *Arq. Bras Cardiol* 2010; 95(2): 238-243. Disponible en: <http://www.arquivosonline.com.br/espanol/2010/9502/pdf/e9502015.pdf>
18. Aguirre J, Carmona A, Pinedo M, Rius L, Salmerón M, De Castro R, Valdovinos P. Estudio de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Enfermería en Cardiología*. 2009; 16(46):11-16. Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/4601.pdf>
19. Fleg JL, Piná IL, Balady GJ, Chaitman BR, Fletcher B, Lavie C et al. Assessment of functional capacity in clinical and research applications: an advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology. *Circulation*. 2000; 102 (13): 1591-7. DOI:10.1161/01.cir.102.13.1591
20. Castañeda A. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica, 2014. Tesis para optar el título de Magister en Enfermería con énfasis en el cuidado al paciente crónico. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
21. Rojas J. Asociación entre adherencia al tratamiento y Calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de miocardio. Tesis para optar el título de Magister en Enfermería con énfasis en el cuidado de la salud cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, 2015.