

# V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

## LA NO ADHESIÓN AL TRATAMIENTO AUMENTA LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

**Autor principal** RUT ROMAN FREIRE

**CoAutor 1** CARLOS MUÑOZ GARCIA

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

**Palabras clave** enfermedades Enfermedades crónicas adhesión al tratamiento morbi-mortalidad

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en todo el mundo, la primera causa de muerte en hombres y segunda en mujeres, después del cáncer.

Los principales factores que aumentan la morbi-mortalidad, son: la HTA, la DLP, la DMII y los hábitos higiénicos dietéticos no saludables. La mayor parte de ellos son modificables.

Diferentes estudios muestran que tanto en estas patologías como en la mayor parte de las enfermedades crónicas, el 50% de los pacientes abandonan el tratamiento debido entre otras causas a factores relativos al paciente.

El término "el cumplimiento" fue definido hace más de 25 años por Sacked y Heynes como "el grado con el cual el comportamiento personal del paciente en términos de toma de medicación, seguimiento de dietas o cambios en los hábitos de vida coincide, con el tratamiento y los consejos de salud". La definición actual de adherencia es el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde a las recomendaciones aportadas (toma el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) de un prestador de asistencia sanitaria. Una enfermedad crónica es aquella con una o varias de las siguientes características: es permanente, deja discapacidad residual, es causada por una alteración anatomopatológica irreversible, requiere adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requiera un período largo de supervisión, observación o atención.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

En el 2005, 7,6 millones de personas murieron en todo el mundo a causa de un síndrome coronario agudo; la tendencia actual se estima que será de 20 millones de personas fallecidas por esta causa en el 2015.

Los principales factores que aumentan la morbi-mortalidad, entendido como factores de riesgo cardiovascular son: la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la diabetes tipo II y los hábitos higiénicos dietéticos no saludables. La mayor parte de ellos son modificables.

Diferentes estudios muestran que tanto en estas patologías como en la mayor parte de las enfermedades crónicas, el 50% de los pacientes abandonan el tratamiento debido entre otras causas a factores relativos al paciente (conocimientos sobre la enfermedad, creencia en el tratamiento, perspectiva del propio paciente, negación de la enfermedad, antecedentes de síndrome depresivo), Factores relacionados con la enfermedad (cronicidad), factores relativos al proveedor de los servicios de salud (inadecuada organización del sistema sanitario unido a una mala prescripción farmacológica, conocido con el término de "inercia clínica"), factores socioeconómicos (los grupos socioeconómicos más bajos en los países desarrollados suelen tener más prevalencia en factores de riesgo de esta enfermedad y mortalidad de la misma), relación enfermo profesional (la calidad de la atención sanitaria que reciben los pacientes tiene una clara repercusión sobre el riesgo de sufrir un evento cardiovascular), factores demográficos (sexo, edad, estado civil, estudios previos).

Entendemos Síndrome coronario agudo como aquel trastorno caracterizado por una falta del aporte de oxígeno (hipoxia) al miocardio de forma brusca.

Objetivos:

Principal: determinar las causas que producen el abandono del tratamiento en pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

La falta de adherencia al tratamiento tras un síndrome coronario agudo provoca un elevado coste económico sanitario, ya que implican un aumento de los ingresos hospitalarios. El abandono del tratamiento implica una involución de la enfermedad traducida en forma de reingresos y descompensaciones.

METODOLOGÍA:

1. tipo de diseño: hemos elaborado un estudio descriptivo, cuantitativo, con diseño transversal y prospectivo, se realizará entre Junio y diciembre del 2009.

2. ámbito de estudio: el estudio se llevará a cabo en Cataluña, en un hospital de tercer nivel ubicado en Barcelona ( Hospital Universitari Vall d'Hebron).

3. población y muestra: los criterios de selección son: pacientes ingresados más de una vez por un síndrome coronario agudo, que no sigan el tratamiento de base.

Empleamos una técnica de muestreo aleatorio simple.

La precisión será  $\alpha = 0,05$ .

1. variables de estudio:

síndrome coronario agudo: trastorno caracterizado por una falta del aporte de oxígeno (hipoxia) al miocardio de forma brusca.

adherencia: grado en que el comportamiento de una persona se corresponde a las recomendaciones aportadas (toma el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) de un prestador de asistencia sanitaria.

1. variables de confusión:

**» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

En este estudio hemos comprobado que un porcentaje elevado de los pacientes no sigue correctamente el tratamiento, ya sea en los hábitos higiénicos dietéticos, que es la parte más afectada un 90% (HTA, DMII el sedentarismo y dieta), o ya sea en la parte de la toma de medicamentos, que suele ser la que más continuada puesto que los pacientes están más concienciados y creen que es lo único que les "hará bien" y por ello este es más estricto, a pesar de toda esta creencia un 20% refiere olvidar alguna toma, no recuerdan la medicación a tomar, se la han cambiado y no se acuerdan y siguen tomando la anterior, la toman caducada, no siguen las indicaciones prescritas para cada medicación en concreto o sencillamente no la toman. Esto se debe principalmente a no entender correctamente al profesional o simplemente la no adaptación a una nueva forma de vida.

En esto también influye el nivel socio-económico del paciente, puesto que a un nivel social más alto (en estudios) no suelen tener tantas recaídas y entienden con mayor facilidad el tratamiento a seguir y el porqué de ello.

Además en los últimos años ha surgido un factor económico y de seguimiento muy importante, puesto que los pacientes que bajo nivel

**» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Con este estudio pretendemos hacer ver que la culpa no es solo del paciente sino que deberíamos valorar las informaciones al alcance de este, adaptándolas a cada persona según sus necesidades y su nivel de vida, también deberíamos tener una continuidad en la formación del paciente

**» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Trípticos, folletos, educación sanitaria, revisión de trabajos clínicos, formación de profesionales, charlas didácticas (donde participen los pacientes y de su experiencia)

**» BIBLIOGRAFÍA.**

1.- Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj, A, Fernandez-Aviles F, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2007;28:1598-660.

2.- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, Filippatos G, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2008;29:2909-45

3.- O'Connor RE, Brady W, Brooks SC, Diercks D, Egan J, Ghaemmaghami C, Menon V, O'Neil BJ, Travers AH, Yannopoulos D. Acute Coronary Syndromes: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:S787-S817.

4.-Itziar Solla Ruiz, Lorena Bembibre Vázquez, Juana Freire Corzo Manejo del Síndrome coronario agudo en Urgencias de Atención Primaria Cad Aten Primaria Año 2011 Volume 18 Pag. 49-55

5.-Obón Arellano Alfonso. Manejo actual del síndrome coronario agudo, primera parte: infarto del miocardio con onda Q. Rev. costarric. cardiol [revista en la Internet]. 2000 Dic [citado 2014 Mar 12]; 2(3): 44-67. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41422000000300008&lng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422000000300008&lng=es).