
Adherencia a las guías clínicas y la calidad de atención en salud en el hospital local San José de
Achi -departamento de Bolívar -2019 -2020

Adriana Marcela Acuña Ávila

Ruth Isabel Imbett Cardozo

Blanca Cristina Suarez Sierra

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR
Escuela de Posgrado y Educación Continua
Especialización Gerencia de la calidad y auditoria en salud
Cohorte N° 30
Sincelejo, Sucre
2020

Adherencia a las guías clínicas y la calidad de atención en salud en el hospital local San José de
Achi -departamento de Bolívar -2019 -2020

Adriana Marcela Acuña Ávila

Ruth Isabel Imbett Cardozo

Blanca Cristina Suarez Sierra

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Gerente de la Calidad y
Auditor en salud

Director

German Javier Arrieta Bernate

Magister en Microbiología

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR
Escuela de Posgrado y Educación Continua
Especialización Gerencia de la calidad y auditoria en salud
Cohorte N° 30
Sincelejo, Sucre
2020

Nota de Aceptación

4.6

Aprobado



Director



Evaluator 1



—
Evaluator 2

Sincelejo, Sucre, 03 de noviembre de 2020.

Agradecimientos

A Dios

A nuestros familiares

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| Resumen | 9 |
| Abstract..... | 10 |
| Introducción | 11 |
| 1. El problema de investigación | 13 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 13 |
| 1.2 Antecedentes..... | 14 |
| 1.4 Objetivos | 19 |
| 1.4.1 <i>Objetivo General</i> | 19 |
| 1.4.2 <i>Objetivos Específicos</i> | 20 |
| 1.5 Marco Teórico | 20 |
| 1.5.1 <i>Historia Clínica</i> | 20 |
| 1.5.2 <i>Características de la historia clínica</i> | 22 |
| 1.6 Auditoría en salud | 23 |
| 1.7 Marco Institucional | 25 |
| 1.7.1 <i>Servicios prestados</i> | 25 |
| 1.7.2 <i>Planes de beneficios</i> | 26 |
| 1.7.3 <i>Actividades del portafolio de servicios</i> | 26 |
| 1.7.2 <i>Atención y apoyo a programas de salud pública y vigilancia epidemiológica:</i> | 29 |
| 1.7.3 <i>Servicios de apoyo</i> | 29 |
| 2. Diseño metodológico | 31 |
| 2.1 Tipo de Estudio | 31 |
| 2.2 Población | 31 |
| 2.3 Marco muestral | 31 |
| 2.4 Unidad de análisis | 31 |
| 2.5 Criterios de inclusión | 31 |
| 2.6 Criterios de exclusión..... | 32 |
| 2.7 Recolección de información | 32 |
| 2.8 Tabulación de datos..... | 33 |

| | |
|----------------------------------|----|
| 2.9 Consideraciones éticas | 33 |
| 3. Resultados | 34 |
| Conclusiones | 55 |
| Recomendaciones | 58 |
| Referencias bibliográficas..... | 62 |

Lista de Gráficas

| | |
|--|----|
| Gráfica 1. Pacientes crónico Hospital de Achí | 35 |
| Gráfica 2. Relación del personal de salud con pacientes crónicos Hospital de Achí | 36 |
| Gráfica 3. Crónicos atendidos en el Hospital de Achí vinculados a EPS-S | 38 |
| Gráfica 4. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas? | 41 |
| Gráfica 5. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas? | 42 |
| Gráfica 6. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado? | 43 |
| Gráfica 7. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas? | 44 |
| Gráfica 8. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico? | 45 |
| Gráfica 9. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor? | 46 |
| Gráfica 10. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal? | 47 |
| Gráfica 11. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido? | 48 |
| Gráfica 12. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)? | 49 |
| Gráfica 13. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día? | 50 |
| Gráfica 14. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero? | 51 |
| <i>Gráfica 15. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?</i> | 52 |
| Gráfica 16. Adherencia a medicamentos pacientes crónicos Hospital Achí | 54 |

Lista de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Pacientes Crónicos atendidos en la ESE Hospital de Achí | 34 |
| Tabla 2. Entrevistas a profesionales de la salud responsables de pacientes crónico Hospital de Achí | 36 |
| Tabla 3. Crónicos atendidos en el Hospital de Achí vinculados a EPS-S..... | 37 |
| Tabla 4. Cuestionario ARMS aplicado a revisión de Historias Clínicas de pacientes crónicos Hospital de Achí – Bolívar..... | 39 |
| Tabla 5. Adherencia a medicamentos pacientes crónicos Hospital Achí | 53 |

Resumen

La adherencia a los medicamentos de cada paciente está relacionada con sus condiciones clínicas, la complejidad de su patología, la atención, el conocimiento y las habilidades individuales, la efectividad con que las personas que atienden al paciente se comunican entre sí y trabajan en equipo. Estos cambios constantes que suceden en la atención en salud le dan las características de ser un sistema adaptativo, complejo, con innumerables variables que controlar.

El objetivo de este trabajo fue identificar el conocimiento y práctica sobre las diez patologías más frecuentes en los servicios de consulta externa y urgencias por parte del personal asistencial a usuarios atendidos en el hospital local San José de Achi - departamento de Bolívar en el 2019. Se revisaron las bases de datos de Medline y Google Académico y se identificaron estudios sobre adherencia. De igual manera, se revisó la Base de datos de las historias clínicas de los pacientes del programa crónicos del hospital de Achí, de I nivel de complejidad y se entrevistó a Médicos pertenecientes al programa de atención del programa crónicos del hospital de Achí. Luego del análisis se llegó a las siguientes conclusiones respecto a la adherencia de estos pacientes lo cual resultó un proceso complejo que requiere de educación sanitaria a la población y a los prestadores de salud. La falta de adherencia constituye un problema del que es preciso conocer su prevalencia real para cada entidad o enfermedad con la finalidad, en último término, de combatirla y mejorar el nivel de salud del paciente y para el diseñar estrategias de intervención que incluyan redes de apoyo al enfermo y su participación responsable en la construcción del tratamiento.

Palabras clave: adherencia, atención, pacientes, calidad.

Abstract

The adherence to the medications of each patient is related to their clinical conditions, the complexity of their pathology, the care, knowledge and individual skills, the effectiveness with which the people who care for the patient communicate with each other and work as a team. These constant changes that occur in health care give it the characteristics of being an adaptive, complex system, with innumerable variables to control.

The objective of this work was to identify the knowledge and practice on the ten most frequent pathologies in the outpatient and emergency services by the healthcare personnel to users attended at the local hospital San José de Achi - department of Bolívar in 2019. reviewed Medline and Google Scholar databases and identified adherence studies. In the same way, the Database of the clinical records of the patients of the chronic program of the Achí hospital, of level I complexity, was reviewed and Doctors belonging to the care program of the chronic program of the Achí hospital were interviewed. After the analysis, the following conclusions were reached regarding the adherence of these patients, which turned out to be a complex process that requires health education for the population and health providers. Lack of adherence is a problem for which it is necessary to know its real prevalence for each entity or disease in order, ultimately, to combat it and improve the patient's health level and to design intervention strategies that include support networks the patient and their responsible participation in the construction of the treatment.

Keywords: adherence, care, patients, quality.

Introducción

La adherencia a los medicamentos propio de cada paciente está relacionada con la atención el conocimiento y las habilidades individuales la efectividad con que las personas que atienden al paciente se comunican entre sí y trabajan en equipo., las condiciones clínicas del paciente y la complejidad de su enfermedad. Estos cambios constantes que suceden en la atención en salud le dan a la misma, las características de ser un sistema adaptativo, complejo, con innumerables variables que controlar, que favorece la aparición de errores y eventos adversos secundarios. Por esta razón, no debe ser suficiente para un gerente de un hospital, independiente del nivel de complejidad, creer que su institución entrega una atención de buena calidad; debe evidenciar que efectivamente es así y para ello, es necesario monitorizar, constantemente, la seguridad de la atención, a través de la medición planificada, periódica y sistemática, mediante los indicadores.

Los problemas de adherencia se dividen en dos categorías: -Intencional: el paciente decide no seguir las recomendaciones del tratamiento. -No intencional: el paciente quiere adherir al tratamiento recomendado, pero tiene dificultades de otro orden.

Más de la mitad los medicamentos que son ordenados para tratamientos de largo plazo no se utilizan como son recomendados. Sin embargo, los problemas de la adherencia no son exclusivos de los pacientes, ya que, además del deterioro de la salud individual, representan una pérdida económica para la sociedad. Para entender las dificultades en la adherencia es necesario considerar los factores de percepción (creencias y preferencias) que influyen en la motivación para iniciar y continuar el tratamiento, así como algunas cuestiones de orden práctico. Los pacientes a veces toman decisiones acerca de los medicamentos sobre la base de su propia comprensión respecto de su estado y sobre su punto de vista acerca de la necesidad de realizar los tratamientos.

Acorde con lo señalado anteriormente, este trabajo se ocupó de analizar la adherencia a las guías clínicas y la calidad de atención en salud de pacientes crónicos del hospital local San José de Achi -departamento de Bolívar durante el período 2019 -2020. Se realizó un estudio descriptivo y los resultados se obtuvieron a través de la aplicación de un instrumento que permitió conocer los porcentajes de adherencia de los mencionados pacientes y aportaron que en el Hospital son bajos

los casos de no adherencia a los tratamientos que generalmente obedece a decisiones propia del paciente.

1. El problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema

La seguridad del paciente es un tema que cada día cobra mayor importancia en las instituciones prestadoras de servicios, aun no se ha logrado un compromiso institucional para orientarse hacia la implementación y seguimiento de la política de Seguridad del paciente debido a que no existe cultura del reporte de fallas en la atención, falta capacitación en temas de seguridad del paciente hacia todo el personal involucrado en su manejo, falta apoyo y compromiso del nivel directivo.

En Colombia se ha adoptado el concepto de incidente cuando el evento en la atención clínica no genera daño, pero se relaciona con fallas en la atención, y evento adverso como resultado no intencional y no deseado pese al cumplimiento de los estándares del personal asistencial. Desafortunadamente, para nuestros pacientes, esto último ocurre con demasiada frecuencia, causando incluso, a veces, la muerte del paciente. Por ello, es posible afirmar que los errores clínicos son causa de morbilidad y mortalidad prevenibles.

El hospital local San José del municipio de Achí Bolívar, institución de primer nivel de complejidad de atención tiene habilitado los servicios de consulta externa, urgencias donde se brinda atención a un flujo de 200 pacientes aproximadamente cada día, distribuidos en los diferentes servicios recibidos por médicos generales quienes se rigen por las guías o protocolos de atención de acuerdo con su patología, la E.S.E. de Achí Bolívar, adapto y adopto las guías clínicas para las 10 patologías más frecuentes de los servicios de consulta externa y urgencia en la institución.

Teniendo en cuenta todo lo anterior surge el siguiente interrogante:

¿Garantiza el Hospital local San José del municipio de Achí Bolívar, el conocimiento y la aplicabilidad a las guías nacionales de seguridad del paciente por parte del personal asistencial que labora en esta institución?

Con esta investigación se busca evaluar las falencias que pueda tener la adherencia a las Guías clínicas y la calidad de atención en salud en el hospital local San José de Achí - en el departamento de Bolívar y así mejorar en la calidad de la atención brindada, no se pretende buscar sanciones al personal ni hacer señalamientos negativos, si no aportar el mejoramiento del programa a través de propuestas de fortalecimiento y actualización de las normas y protocolos, en el tema de seguridad del paciente.

1.2 Antecedentes

La implementación de guías clínicas en la prestación de servicios de salud no es algo nuevo, pero gracias a los grandes beneficios clínicos y financieros atribuibles a su utilización su presencia es cada vez más importante en el contexto de la prestación de servicios de salud, la formación de mejores profesionales y para contribuir a mejorar la calidad de la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y para evaluar el desempeño médico. La E.S.E de Achí Bolívar cuenta con guías clínicas para las diez patologías más frecuentes en el área de consulta externa y urgencia, sin embargo, no se existe registro sobre la adherencia a estas.

La Universidad del Rosario realizó un estudio titulado Indicadores de adherencia de las Guías de Práctica Clínica en Colombia 2016, para lo cual se buscaba establecer indicadores que evalúen el grado de cumplimiento frente a las recomendaciones presentadas por las Guías de Práctica Clínica. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, se evaluó la existencia de indicadores de adherencia a las GPC, definiendo los criterios de un indicador de adherencia y realizando el análisis de los mismos, se evidenció que existe una baja proporción de indicadores que cumplen con los criterios para su medición, escasa disponibilidad en las fuentes de información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) y el Observatorio Nacional de Salud (ONS) de Colombia. Lo referido invita a incluir dentro de la actualización y creación de nuevas GPC indicadores trazadores de adherencia.

En el hospital San Vicente de Paúl de caldas de segundo nivel de complejidad se realizó un proyecto de investigación en el año 2008 titulado “Evaluación de la baja adherencia a guías medicas implementadas en el ESE hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008”. Donde Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal o de corte en la ESE Hospital san Vicente de Paúl del municipio de Caldas Antioquia para el segundo semestre del 2008, para la obtención de información se aplicó una encuesta que permitió conocer las causas de la baja adherencia a las guías de práctica clínica. La información fue recolectada y tabulada utilizando el programa operativo Excel. Los hallazgos más relevantes nos muestran que, aunque el total de los médicos encuestados reconocen la importancia de la estandarización en la prestación de servicios de salud y casi todos participaron en el proceso de implementación de las guías y las conocen solo el 56.3% las manifiesta aplicarlas, así mismo solo el 18.8% consideran que estas guías fueron diseñadas de acuerdo con los recursos institucionales.

La revista de medicina interna de Perú en al año 2009 publica un estudio titulado Factores que limitan el uso de las guías de práctica clínica se describe a continuación Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, de junio a agosto del 2007. Se entrevistó a 26 internistas con un cuestionario semi- estructurado con preguntas cerradas y abiertas; los resultados fueron Los principales factores asociados al bajo uso de las GPC fueron: no se discutieron en consenso (22,7%), no disponían de las guías clínicas en la atención (18,2%), se hallaban desactualizadas (13,6%). Causas menos frecuentes: las GPC no se basaban en evidencias, desconocían la existencia de las guías, la economía del paciente no permitía su uso, eran muy rígidas, la infraestructura no usar las guías por el deseo de aplicar su experiencia. El grado de uso de las guías fue 38,5%. Los que tuvieron mayor probabilidad de usar las GPC fueron los internistas que realizaban docencia, publicaban trabajos de investigación, concluyo que la mayor parte de factores limitantes están relacionados a debilidades en la elaboración de las guías de prácticas clínicas. Los factores limitantes reportados, en menor medida, fueron dependientes de la actitud del médico y del equipamiento e infraestructura hospitalaria. (Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, 2007)

En la revista Elsevier de España el Doctor Enrique Fernández publicó un escrito sobre Consideraciones sobre la baja adherencia a las guías de práctica clínica donde expone que hay múltiples razones que pueden explicar la baja adherencia a las recomendaciones de las guías de práctica clínica dentro de estas la complejidad del evento o la concurrencia de comorbilidades aliándolo al área de cuidados intensivos, considera que es responsabilidad del médico que se enfrenta a un problema clínico, valorar por supuesto la bibliografía disponible pero también otras fuentes de conocimiento entre las que se incluyen la propia experiencia del clínico, las peculiaridades, las circunstancias de cada paciente, sus preferencias o las de su familia y otros matices que pueden influir en una decisión particular. Asimismo, hay que recordar que a veces, las verdades científicas tienen un carácter transitorio y lo que hoy se considera indicado, puede que en un futuro más o menos próximo, no lo esté. Es por tanto necesario la reevaluación periódica de cualquier recomendación. Además, el carácter dinámico de la producción científica conducirá a nuevos hallazgos susceptibles de ser incorporados por lo que estas recomendaciones deberán ser evaluadas de forma periódica para confirmar su validez o implementar nuevos aspectos.

La literatura muestra como por diferentes estudios la existencia de un problema nacional e internacionalmente y es la baja adherencia que se tiene en los servicios de salud a las guías de práctica clínica y como consecuencia se producen eventos adversos.

El programa Colombia vital preventiva, es un programa creado para el área de promoción y prevención, y en él se prestan las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad estipulados por la resolución 412 de 2002, de obligatorio cumplimiento por las instituciones prestadoras de servicios de salud a este nivel.

A nuestros usuarios, se les asesorará para el acceso a los servicios del programa de colombiana vital preventiva, con la seguridad de que su aplicación le permitirá disponer de una herramienta preventiva ágil, oportuna, segura, eficaz y eficiente para el mantenimiento de óptimas condiciones de salud, asegurando un excelente nivel de vida con factores de riesgo controlados y estilos de vida saludables lo que trae consigo la disminución de la morbi-mortalidad de nuestra población usuaria.

Los contenidos de las normas técnicas de protección específica, detección temprana y guías de manejo serán actualizados periódicamente, de acuerdo con los cambios estipulados en las mismas por el ministerio de protección social de acuerdo con la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

La resolución 412 de 2000, y circular externa 023 del 26 de diciembre de 2005 de la Superintendencia nacional de salud, y demás normas que las adiciones ó modifiquen serán nuestro principal marco normativo para nuestros programas de colombiana vital preventiva.

En el mundo entero el reporte “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema mundial, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas las publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones. Cinco años después de publicado el reporte y de haberse iniciado las acciones tendientes a disminuir el problema, paradójicamente la percepción del consumidor de la salud en ese país parecía mostrar que, en vez de mejorar, se había empeorado. Esto probablemente cómo un efecto de este, En el 2004 la encuesta nacional hecha por la Agencia para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS. Hecho en 5 países de la región (México, Costa rica, Colombia, Perú y Argentina) evidencio que, en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. Posteriormente el estudio de prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria, AMBEAS, fue hecho en 4 países de Latinoamérica y se basó en la ya demostrada capacidad de los pacientes como informantes de eventos adversos graves. En 2080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación.

En el estudio IBEAS, Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento. A este punto es importante advertir que, contrario a los demás países, la mayoría de los hospitales participantes en el nuestro fueron hospitales acreditados.

Desde la publicación del reporte errar es de humano, millones de dólares se han invertido en todo el mundo en investigación, en educación alrededor del tema de la seguridad de los pacientes, y en la implementación de múltiples prácticas seguras, buscando disminuir, cada vez más, la posibilidad de tener eventos adversos prevenibles durante la atención médica.

Colombia no ha sido ajena a este esfuerzo. Como muestra de ello, en el 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente. Posteriormente el componente de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente, así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias. Hoy nuestro país cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas, o más bien, de prácticas seguras, las cuales se recomiendan porque tienen suficiente evidencia o son recomendaciones de expertos, acerca de que incrementan la seguridad de la atención y por ende del paciente. Para un mejor entendimiento de estas prácticas, por parte quienes conformamos el sector salud, a cada una de ellas se le elaboró un paquete educativo que instruye al lector sobre cómo implementar la práctica en su lugar de trabajo y evaluar su impacto.

1.2 Justificación

Crear cultura organizacional es algo difícil, ya que como que se trata de alinear comportamientos individuales basados en creencias y valores compartidos que busca continuamente reducir el daño mínimo que podría sufrir los pacientes.

La implementación de las guías clínicas en la prestación de servicios de salud han demostrado contribuir a mejorar la calidad de la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y la disminución de los costos, la E.S.E de Achí Bolívar no conoce que tanta adherencia tiene los médicos a las guías clínicas al momento de brindar atención al paciente por lo tanto es incierto la calidad del servicio que se presta, con este proyecto se pretende hablar un mismo idioma entre médicos disminuyendo eventos adversos y mala praxis; En resumen una atención con calidad sin dejar a un lado la disminución de los costos que tendría la institución, los usuarios serán los más beneficiados puesto que la atención se enfocara en ellos.

Con la realización de este trabajo se pretende evaluar la existencia, compromiso e implementación de la práctica y adherencia en las guías clínicas por el personal que labora en la institución. Además de ofrecer educación y dar lugar a participación activa de pacientes, familiares y acompañantes en la comunicación de inquietudes y su influencia en el cuidado intra y extra institucional en el cuidado de la salud y seguridad del paciente mediante conocimientos básicos y de fácil entendimiento; Para que de esta manera poder brindar herramientas efectivas que evalúen las acciones desarrolladas para minimizar la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos y para que se puedan emprender acciones que permitan intervenir de manera oportuna, en busca de mejorar la calidad de la atención a los usuarios y evitar que se continúe en el desconocimiento de la importancia y trascendencia del tema.

Para tal efecto realizaremos encuestas dirigidas al personal asistencial y encuestas a los pacientes, entrevistas, folletos educativos y charlas educativas; por otra parte se hablara con el personal directivo para concientizarlo acerca de la importancia de establecer, apropiarse e impartir estrategias que busquen la seguridad del paciente en la práctica diaria de atención al usuario en cada uno de los programas ofertados a la comunidad y así lograr el apoyo continuo al personal de salud que trabaje en esta entidad.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Identificar el conocimiento y práctica sobre las diez patologías más frecuentes en los servicios de consulta externa y urgencias en la institución por parte del personal asistencial a usuarios atendidos en el hospital local San José de Achi - en el departamento de Bolívar en el año 2019.

1.3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Determinar el porcentaje de cumplimiento de las GPC y la guía el mayor y menor cumplimiento los usuarios atendidos en el hospital local San José de Achí - en el departamento de Bolívar durante 2019.
- ✓ Evaluar la efectividad y eficiencia de las GPC como la adherencia por parte del personal asistencial.
- ✓ Analizar la frecuencia de reporte de eventos adversos por parte del personal del hospital local San José de Achí - en el departamento de Bolívar durante 2019.

1.4 Marco Teórico

1.4.1 Historia Clínica

La historia clínica es el documento médico legal, que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente. "es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Este documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley" (Resolución 1995 de 1999). Por consiguiente, los registros clínicos, son la base de las historias clínicas debido a su carga de información de manera confidencial y verídica, es importante recalcar que así mismo el personal de la salud responde

a obligaciones laborales y judiciales por incumplir con el correcto diligenciamiento de las notas de enfermería (Resolución 1995 de 1999).

De acuerdo con la resolución 1995 de 1999 la historia clínica posee ciertas propiedades:

- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

- **Racionalidad:** Aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

- Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

1.4.2 Características de la historia clínica

Constituye un documento personal, confidencial, en el que se registra información de historia, antecedentes personales y familiares de salud y enfermedad del usuario, medidas de diagnóstico y tratamientos realizados; evolución de la enfermedad. En la historia clínica, también conocida como expediente clínico, constan datos e informes registrados por varios miembros del equipo de salud, a continuación, se presentan sus características:

- Dispone de un espacio para registrar nombre, número de historia clínica.
- Es un documento legal con validez jurídica y la Institución es propietaria de esta, sin embargo, el paciente tiene derechos sobre la información contenida en ella y puede solicitar se le haga conocer (casos de tipo legal).
- Es un documento reservado por las características de su contenido y solo puede manejar el personal de salud.
- Es un medio de comunicación escrita que sirve para comprobar los diagnósticos, tratamientos, calidad de cuidados recibidos y las razones que fundamentan los cuidados.
- Es un instrumento progresivo y acumulativo con una información sistemática que permite adjuntar varios documentos en diferentes momentos que acude el paciente al servicio. (Ejemplo: resultados de exámenes de laboratorio, transferencias, informes, estadísticas, epidemiología)
- Es un instrumento informativo y de investigación, proporciona información útil para estudios como incidencia o prevalencia de patologías, análisis respectivos de cuidados, diagnósticos y tratamientos recibidos.
- Es un documento que sirve para educación del personal de salud (médicos, enfermeras, laboratoristas) y como instrumento de consulta, permite conocer terminología médica, naturaleza de la enfermedad, factores que influyen en la salud – enfermedad de cada persona.
- Avala el tratamiento administrativo y el proceso de atención cumplido por los profesionales de la salud y las responsabilidades éticas.

- Anotar todos los datos de filiación del usuario y /o paciente, nombres y apellidos completos: N° de historia clínica, N° de cama o cuarto, Fecha actualizada.
- La historia clínica debe de ser manejada cuidadosamente; nunca borrar, poner un tachón o tinta blanca ya que esto anula la información, debe colocarse un paréntesis en el error y con el mismo bolígrafo poner la firma responsable.
- Utilizar letra clara y poner firma de responsabilidad después de cada tratamiento, prescripción, actividad o informe ejecutados.
- Revisar la numeración entregada por el departamento de estadística y registrar en todas las hojas.
- Pegar todos los resultados de laboratorio, exámenes, interconsultas, en las hojas correspondientes.
- Los estudiantes, familiares o personas ajenas al servicio deben solicitar autorización para la revisión de la historia clínica.
- Los reportes verbales deben ser consignados en las hojas de informes de enfermería.
- La enfermera utiliza las siguientes hojas de la historia clínica: hoja de signos vitales, hoja de evolución y prescripciones médicas, de registro de medicamentos, (kardex), de exámenes de laboratorio, de ingesta y eliminación, hoja de curva de temperatura.
- La historia clínica dispone de hojas permanentes y no permanentes, las que se añaden según el servicio donde se atiende al paciente o donde se ha establecido el diagnóstico provisional o definitivo (Kozier, 2005).

1.5 Auditoría en salud

Las instituciones de salud en Colombia durante su proceso de habilitación deben evidenciar su capacidad Técnico-Administrativa con la cual pretende brindar seguridad al paciente como lo registra su página web el Ministerio de Salud y de la Protección Social:

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de

obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). (Ministerio de Salud, 2012, p.3).

Así mismo, Mejía (2006), escribió en su libro *Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud* que:

Uno de los aspectos más importantes de la gestión por procesos, para el logro de las metas organizacionales, es poder desarrollar actividades de auditoría y control interno, contando con procesos formalizados y documentados, que, evaluados con indicadores válidos, permiten observar el cumplimiento global de la organización o generar elementos para una retroalimentación que le facilite a la institución en salud cumplir con su misión. (p.44).

Uno de los componentes establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud en el país es la Auditoría para el mejoramiento de la Calidad definida como: “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios”. (Ministerio de Salud, 2012, p.3).

Según lo establecido en la norma internacional ISO 19011 de 2011 en el ejercicio de la auditoría se utilizará el método que más se ajuste a la Institución o una combinación de diferentes métodos. Por lo tanto, la (Organización Internacional de Normalización, 2011), argumenta:

una auditoría puede ser realizada usando un amplio rango de métodos de auditoría. Los métodos de auditoría escogidos para una auditoría dependen de los objetivos, alcance y criterios definidos, así como la duración y ubicación. También se debería tener en cuenta la competencia del auditor disponible y cualquier incertidumbre que surja de la aplicación de los métodos de auditoría. La aplicación de una variedad y combinación de diferentes métodos de auditoría puede optimizar la eficiencia y efectividad del proceso de auditoría y su resultado (p.6).

1.6 Marco Institucional

La Empresa Social del Estado Hospital Local San José de Achí, ubicado en el Sur del Departamento de Bolívar, en cumplimiento de sus objetivos, posee una red de instituciones de servicios de salud (IPS), con la misión de prestar servicios de salud de alta calidad, oportunidad e integralidad a toda la población tanto del municipio como de las poblaciones circunvecinas que requieran de la atención del primer nivel, basados en sus principios corporativos.

La Organización constituida por un grupo de personas de alta idoneidad humana y gran formación profesional, tienen a su haber hacer crecer la empresa en forma integral, mediante el desarrollo científico y tecnológico.

Las instalaciones con las que cuenta el hospital para la prestación de sus servicios son:

Hospital local san José de Achi: Ubicado en la cabecera municipal de Achí-departamento de Bolívar; calle san José - teléfono (095) 6820398

Centro de salud Playa Alta: Ubicado en el corregimiento de Playa Alta. A 30 minutos de la cabecera municipal,

Puesto de salud de Guacamayo: Ubicado en el corregimiento de su mismo nombre, a 25 minutos de la cabecera municipal.

Puesto de salud Tres cruces: Ubicado en el corregimiento Tres Cruces, a 20 minutos de la cabecera municipal.

5- Puesto de salud los Nísperos: Ubicado en el corregimiento de los nísperos, a 30 minutos de la cabecera municipal.

1.6.1 Servicios prestados

Segmentación del mercado de servicios de salud:

- A Toda la Población.

- Población afiliada al sistema
- Régimen Contributivo
- Régimen Subsidiado
- Vinculados al sistema

1.6.2 Planes de beneficios

- Plan de Atención Básica (PAB)
- Plan Obligatorio de Salud (POS)
- Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S).

1.6.3 Actividades del portafolio de servicios

Atención ambulatoria

- Consulta paramédica:
- Consulta de enfermería
- Atención domiciliaria de enfermería: Se brinda en la residencia del usuario de acuerdo con la guía de atención integral
- Revisión o control de enfermería
- Atención grupal por enfermería.

Consulta Médica. El servicio incluye las siguientes modalidades:

- Consulta médica general (de primera vez): para el POS esta consulta no debe durar menos de 20 minutos (Resolución 5261/94 Art. 97).
- Consulta médica a domicilio
- Revisión o control por médico general

Atención Odontológica. El servicio de atención Odontológica presenta las siguientes modalidades:

- Acción Preventiva Odontológica
- Examen clínico odontológico.
- Control de placa.
- Detartraje supragingival
- Sellantes de fosas y fisuras
- Topicaciones con flúor
- Profilaxis final

Consulta Odontológica: El servicio de consulta Odontológica incluye las siguientes modalidades:

- Consulta Odontológica general
- Operatoria
- Obturación con resina de foto curado
- Obturación con amalgama de plata
- Cirugía: Extracciones dentales sencillas y/o quirúrgicas
- Periodoncia: Curetaje, Detartraje y alisado reticular
- Endodoncias

Servicios de Urgencias

Atención médica de urgencia: Atención inmediata e integral realizada por el médico al usuario que consulta por dolor intenso y agudo, o por un problema de salud cuya evolución rápida produce la muerte o secuelas si no se atiende inmediatamente. La atención médica de urgencias incluye la evaluación inmediata del daño y los riesgos, el tratamiento adecuado para limitar el daño, suturas, observación hasta por 24 horas, hidratación, cuidados y atención de enfermería, ínter consulta especializada, la prescripción de estudios y tratamientos posteriores, la remisión inmediata a otro servicio en caso de que las necesidades del paciente excedan la capacidad resolutive de la institución, los servicios públicos y el aseo. Este servicio será ofrecido las 24 horas y su prestación es obligatoria por la institución sin que se requiera contrato previo de prestación de servicios. Atendida la urgencia, su costo se facturará a la EPS o la agencia responsable del subsidio. De conformidad con las disposiciones vigentes es el médico el que define la condición de urgencias.

Es obligación de las IPS informar a las EPS el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias en las 48 horas siguientes a la solicitud del servicio.

Atención Odontológica de Urgencias

Atención inmediata realizada por el odontólogo al usuario que consulta por dolor o hemorragias; incluye evaluación Odontológica inmediata, tratamiento oportuno y remisión a otro nivel de complejidad si es necesario. Este servicio estará disponible para el usuario las 24 horas del día.

Servicios de Internación

Internación u hospitalización. Servicio de atención integral dirigida a usuarios cuyo problema de salud no pueda ser atendido adecuadamente de manera ambulatoria por razones de tipo biológico psicológico y social y requieran permanecer en la institución por más de 24 horas. Cuando la atención tenga una duración menor a este lapso se considerará ambulatoria. La unidad básica de contratación de los servicios de internación es el día "estancia" que incluye: Atención por médico, enfermera, auxiliar de enfermería, dotación básica de elementos de enfermería material de curación. La alimentación incluyendo las soluciones parentelas corre a cargo del paciente.

Los medicamentos, procedimientos diagnósticos y procedimientos terapéuticos constituyen servicios independientes

Obstetricia y atención Partos: Comprende la atención del parto y procedimientos que de conformidad se den para las instituciones de primer nivel.

Derecho de sala de partos: Comprende la dotación básica de la sala, los equipos, los accesorios e implementos, instrumental, ropas reutilizables o desechables, esterilización, instrumentación y enfermería.

Derechos de sala de recuperación: Comprende la dotación básica, los equipos, sus accesorios e implementos, ropas reutilizables o desechables y los servicios de enfermería y de personal profesional.

1.7.2 Atención y apoyo a programas de salud pública y vigilancia epidemiológica:

- Atención a programas de salud pública nacional y departamental:
- Atención a la gestante
- Atención al menor de un año
- Atención y apoyo a programas de vigilancia epidemiológica (prioridad local)

1.7.3 Servicios de apoyo

Laboratorio clínico: El servicio básico de laboratorio comprende:

- Coprológico, azúcares reductores, sangre oculta, Frotis Rectal
- Citoquímico de orina, glucosuria, cetonuria.
- Hematología básica: Hematocrito, hemoglobina, cuadro hemático, velocidad de eritrosedimentación, recuento de plaquetas, Extendido de sangre periférica.
- Química sanguínea: glicemia en ayunas, , urea y creatinina, ácido úrico, colesterol, triglicérido, bilirrubinas total y directa.
- Inmunología: Prueba inmunológica de embarazo, grupo sanguíneo y RH, VDRL, Asto.
- Microbiología y parasitología: Gota gruesa, BK de esputo, linfa y moco, directo y gran de flujo vaginal, directo y Gram de secreciones uretrales directo de hongos, Gram de Secreciones.
- Citología vaginal funcional y Frotis vaginal

Electrocardiograma: Se ofrecerán a los usuarios ambulatorios u hospitalizados como servicios de apoyo al diagnóstico. En todos los casos se realizará a solicitud de un profesional de la medicina.

Servicio de transporte de pacientes (Ambulancia): Los gastos de desplazamiento que implique la remisión son responsabilidad del paciente, excepto tres casos: Urgencia certificada, pacientes hospitalizados que requieran atención complementaria como parte de su tratamiento y zonas donde se paga una UPC mayor.

2. Diseño metodológico

2.1 Tipo de Estudio

El presente estudio será cuantitativo de tipo descriptivo observacional con corte longitudinal, dado que se buscan describir el objeto de estudio sin ser alterado, teniendo en cuenta su curso normal, además se realizará en un periodo de tiempo específico.

2.2 Población

La población que hace parte de la presente investigación está representada por los 66 pacientes que fueron en total por el servicio de atención del programa crónicos del hospital de Achí, primer nivel de complejidad, en este caso específico serán representados por sus historias clínicas.

Por otro lado, se evaluarán los 4 médicos generales que prestan la atención de los 66 pacientes anteriores.

2.3 Marco muestral

- Base de datos de las historias clínicas de los pacientes del programa crónicos del hospital de Achí, de I nivel de complejidad
- Médicos pertenecientes al programa de atención del programa crónicos del hospital de Achí, de I nivel de complejidad

2.4 Unidad de análisis

- Historias clínicas de los pacientes
- Calidad en la atención y registro de los médicos

2.5 Criterios de inclusión

Historias clínicas de pacientes pertenecientes al programa de pacientes crónicos atendidos durante el primer trimestre de 2020

Profesionales de la salud del hospital de I nivel complejidad, que atiendan el programa de crónicos del Hospital de Achí.

2.6 Criterios de exclusión

Historias clínicas de pacientes pertenecientes a otros programas de atención

Historias clínicas de otros meses o años seleccionados para revisar

Profesionales de la salud del Hospital de Achí que pertenezcan a otros programas de atención.

2.7 Recolección de información

Los datos se recolectarán mediante el instrumento reconocido como el cuestionario *Adherence to Refill and Medication Scale* (ARMS) es considerado el más adecuado para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos por la solidez de la evidencia que lo avala, su utilidad en estos pacientes y la factibilidad de su aplicación en condiciones de práctica clínica.

El cuestionario ARMS, validado en pacientes con bajo nivel de alfabetización, consta de 12 preguntas: 8 dirigidas a evaluar la capacidad del paciente para la adecuada administración de la medicación y 4 a la correcta recogida de la misma.

Para cuantificar el grado de adherencia, se asigna un valor de 1 a 4 a cada una de las posibilidades de respuesta de acuerdo con una escala tipo Likert: nunca (valor1), algunas veces (valor2), casi siempre (valor3) o siempre (valor4). Menores puntuaciones globales indican una mejor adherencia. Sin embargo, no se ha definido una puntuación como punto de corte para considerar a un paciente adherente o no. La propia estructura del cuestionario facilita un abordaje

multidimensional de la falta de adherencia, permitiendo individualizar posibles intervenciones en función de las barreras detectadas en cada paciente.

2.8 Tabulación de datos

Los datos se tabularán en una base de datos en Excel y en esta misma herramienta se elaborará los gráficos de acuerdo con los resultados obtenidos.

2.9 Consideraciones éticas

En la presente investigación, no se realizarán procedimientos invasivos a pacientes, no se tendrá contacto directo con estos, se hace manejo de las Historias Clínicas sin tomar datos de nombre ni identificación de pacientes, funcionarios ni profesionales de la salud, se evaluará el contenido pertinente para este estudio. Las conclusiones se darán de forma anónima evitando violar normas morales y éticas.

El presente estudio es descriptivo y acorde con la normatividad emanada por el Ministerio de Salud mediante resolución 008430 de 1993 de la República de Colombia en el título II capítulo 1 artículo 11, es una investigación sin riesgo, en la cual no se realiza ningún tipo de manipulación en las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes, y por lo tanto no requiere consentimiento informado ni tiene las implicaciones éticas propias de las investigaciones en humanos.

Este es un estudio con riesgo mínimo ya que se emplea el registro a través una revisión sistematizada de historias clínicas de donde se obtendrán datos por medio de un formato de evaluación de estas, que será confidencial y no se dará el nombre de la persona que participe en la investigación.

3. Resultados

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la adherencia se define como: “el grado en el que la conducta del paciente se corresponde con lo acordado con su proveedor de salud”. Esta definición supone un convenio entre el paciente y/o su familia, y el equipo de salud tratante. El aumento de la adherencia tiene un impacto mayor en la salud pública. Evaluar el nivel de adherencia no es tarea fácil, por ello una metodología útil es mediante la utilización de un instrumento que permita evaluar episodios clínicos y la adquisición o compra de medicamentos.

Pacientes crónicos

Respecto al concepto de cronicidad, se señaló que la noción de enfermedades crónicas limitadas a algunas condiciones médicas como obesidad, la diabetes, la HTA, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad pulmonar crónica, el cáncer, síndromes convulsivos etc., y sus factores de riesgo como la hipertensión, el tabaquismo, la hiperlipemia y otras similares, se ha expandido con supervivencias más o menos prolongadas. Las enfermedades crónicas clásicas, tras un inicio como cuadro agudo o en sus formas de presentación más progresiva, se manejan fundamentalmente (salvo en los episodios de descompensación) a través de la atención extra hospitalaria, con prescripción a través de receta oficial y dispensación en farmacia comunitaria.

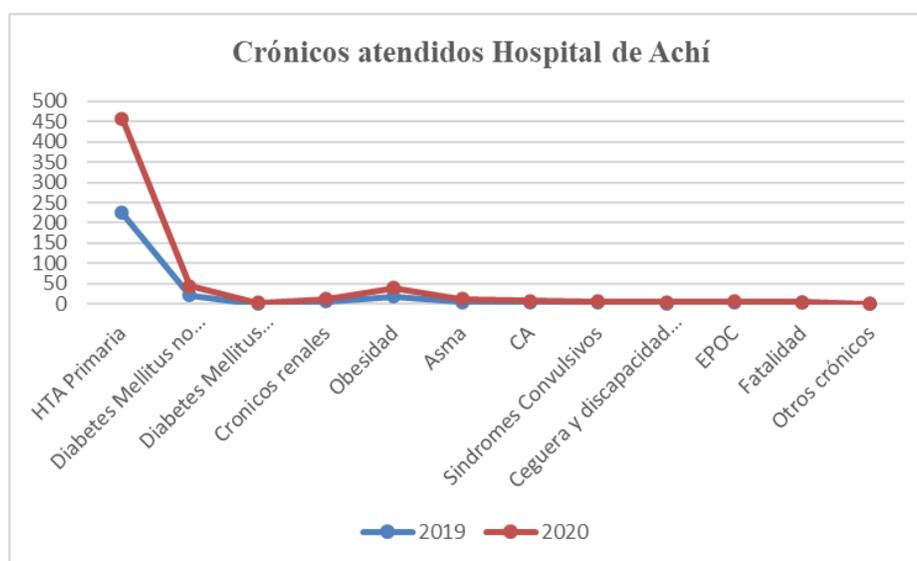
Tabla 1. Pacientes Crónicos atendidos en la ESE Hospital de Achí

| | 2019 | 2020 |
|--|------|------|
| HTA Primaria | 225 | 232 |
| Diabetes Mellitus no insulino dependiente sin complicaciones | 22 | 22 |
| Diabetes Mellitus insulino dependiente sin complicaciones | 0 | 3 |
| Crónicos renales | 6 | 6 |
| Obesidad | 18 | 22 |
| Asma | 5 | 7 |
| CA | 4 | 3 |

| | | |
|-------------------------------|----------|----------|
| Síndromes Convulsivos | 3 | 3 |
| Ceguera y discapacidad visual | 2 | 2 |
| EPOC | 4 | 2 |
| Fatalidad | 3 | 2 |
| Otros crónicos | 0 | 0 |

Fuente: Construcción propia

Gráfica 1. Pacientes crónico Hospital de Achí



Fuente: Construcción propia

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia; los más relevantes se vinculan con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos terapéuticos anteriores, los cambios constantes en el tratamiento, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima. Es necesario evaluar todo acto médico que esté acompañado de una propuesta terapéutica; sin embargo, no existe un estándar completamente aceptado para medir el cumplimiento del

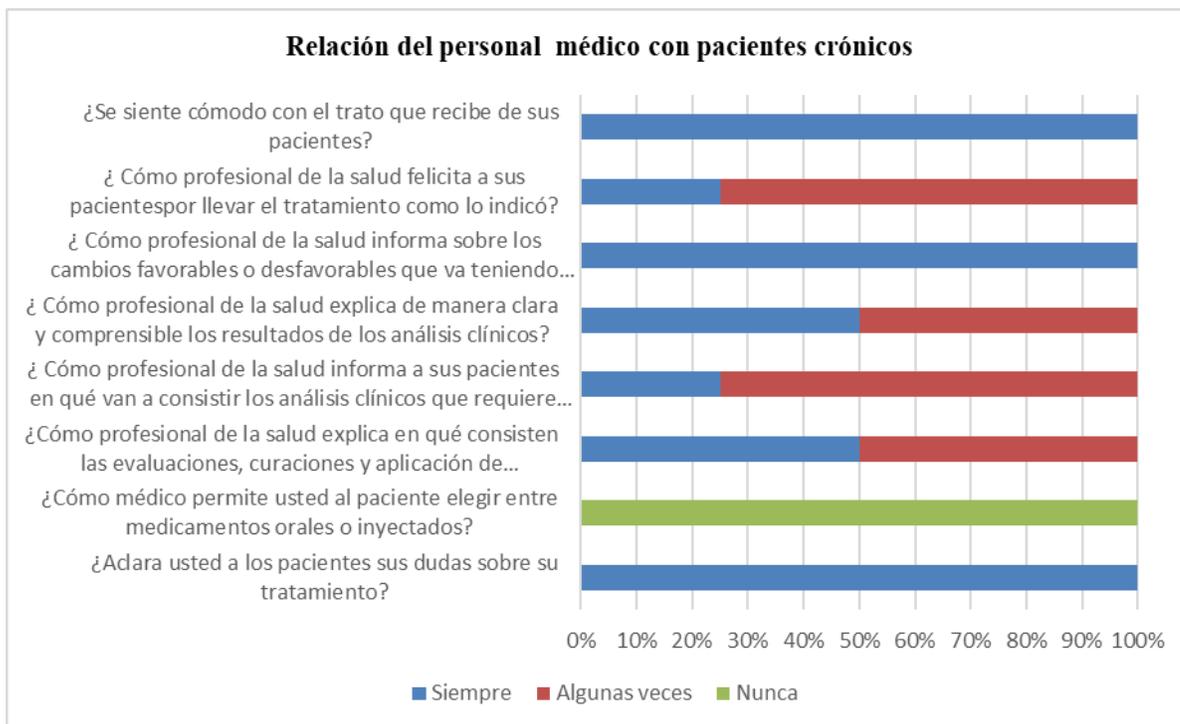
tratamiento. Se aplicaron cuatro entrevistas intencionadas cuatro 4 profesionales de la salud responsables de los pacientes crónico en el Hospital de Achí.

Tabla 2. Entrevistas a profesionales de la salud responsables de pacientes crónico Hospital de Achí

| | Siempre | Algunas veces | Nunca |
|--|---------|---------------|-------|
| ¿Aclara usted a los pacientes sus dudas sobre su tratamiento? | 4 | 0 | 0 |
| ¿Cómo médico permite usted al paciente elegir entre medicamentos orales o inyectados? | 0 | 0 | 4 |
| ¿Cómo profesional de la salud explica en qué consisten las evaluaciones, curaciones y aplicación de medicamentos? | 2 | 2 | 0 |
| ¿ Cómo profesional de la salud informa a sus pacientes en qué van a consistir los análisis clínicos que requiere y las molestias que implican? | 1 | 3 | 0 |
| ¿ Cómo profesional de la salud explica de manera clara y comprensible los resultados de los análisis clínicos? | 2 | 2 | 0 |
| ¿ Cómo profesional de la salud informa sobre los cambios favorables o desfavorables que va teniendo su paciente crónico? | 4 | 0 | 0 |
| ¿ Cómo profesional de la salud felicita a sus pacientes por llevar el tratamiento como lo indicó? | 1 | 3 | 0 |
| ¿Se siente cómodo con el trato que recibe de sus pacientes? | 4 | 0 | 0 |

Fuente: Construcción propia

Gráfica 2. Relación del personal de salud con pacientes crónicos Hospital de Achí



Fuente: Construcción propia

, Acorde con lo anterior presentaron mayor adherencia al tratamiento de manera general y en particular a la ingesta de medicamentos y alimentos, así como al seguimiento conductual, aquellos pacientes que contestaron que sí habían expuesto al médico sus dudas respecto al tratamiento, y cuando se les permitió la elección entre ingesta de medicamentos o inyecciones. Lo mismo ocurrió cuando el médico les explicó en qué consistían las evaluaciones, curaciones y aplicación de medicamentos, al igual que los análisis y sus inconvenientes.

Igualmente es necesario señalar que el poder discriminativo de los componentes de adherencia muestra un valor moderado; sin embargo, predecir la adherencia o la falta de ella es más fácil en los pacientes que asisten a la consulta privada que en los que reciben atención en instituciones de tipo público.

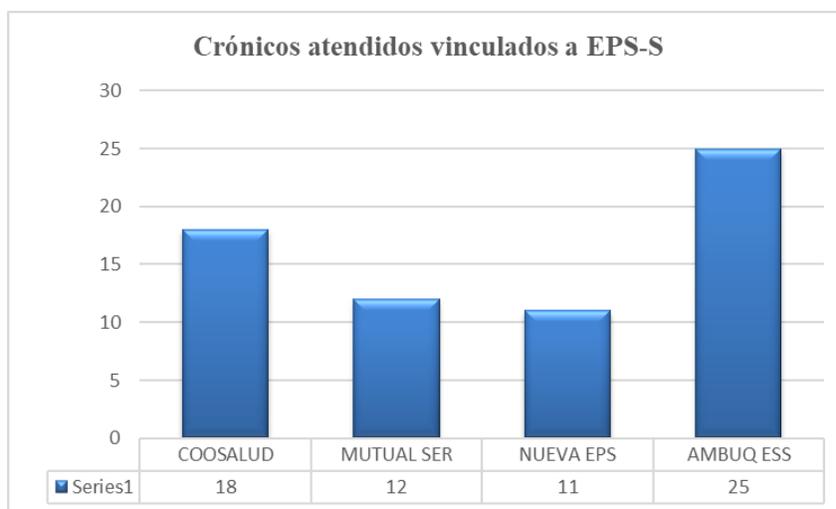
Tabla 3. Crónicos atendidos en el Hospital de Achí vinculados a EPS-S

| EPS | Frecuencia |
|-----|------------|
|-----|------------|

| | |
|------------|----|
| COOSALUD | 18 |
| MUTUAL SER | 12 |
| NUEVA EPS | 11 |
| AMBUQ ESS | 25 |

Fuente: Construcción propia

Gráfica 3. Crónicos atendidos en el Hospital de Achí vinculados a EPS-S



Fuente: Construcción propia

Así mismo, se evaluaron 66 historias clínicas de crónicos atendidos en el Hospital de Achí: 60 Hipertensos controlados; 4 pacientes de Diabetes Mellitus no insulino dependientes sin complicaciones; 2 pacientes de Diabetes Mellitus insulino dependientes sin complicaciones, 6 crónicos renales, 22 pacientes obesos, 7 asmáticos, 3 pacientes de Ca, 3 de síndrome convulsivos, 2 de EPOC, 2 con ceguera o discapacidad visual para lo cual se les aplicó el Cuestionario ARMS con los siguientes resultados.

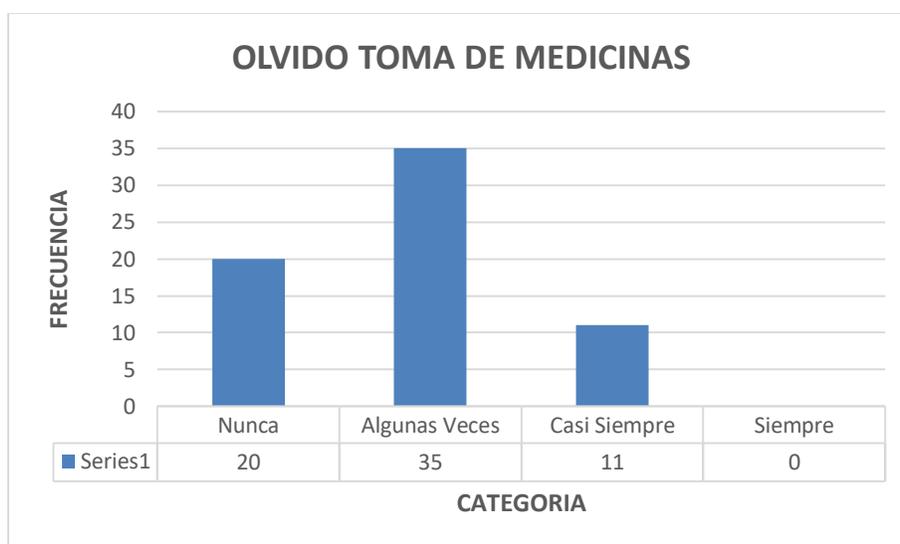
**Tabla 4. Cuestionario ARMS aplicado a revisión de Historias Clínicas de pacientes crónicos
Hospital de Achí – Bolívar**

| Pregunta | Nunca | Algunas veces | Casi siempre | Siempre |
|---|-----------|---------------|--------------|----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| Frecuencia | | | | |
| 1. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas? | 20 29% | 35 56% | 11 15% | 0 0 |
| 2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas? | 36 54% | 23 35% | 7 11% | 0 0 |
| 3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado? | 45 68% | 18 27% | 2 3% | 1 2% |
| 4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas? | 30 45% | 30 45% | 5 8% | 1 2% |
| 5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico? | 28 42% | 29 44% | 6 9% | 3 5% |
| 6. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor? | 21 32% | 17 26% | 19 29% | 9 13% |

| Pregunta | Nunca | Algunas veces | Casi siempre | Siempre |
|---|-------|---------------|--------------|---------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| Frecuencia | | | | |
| 7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal? | 54 | 9 | 3 | 0 |
| | 82% | 14% | 4% | 0 |
| 8. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido? | 18 | 38 | 9 | 1 |
| | 27% | 57% | 14% | 2% |
| 9. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)? | 43 | 18 | 4 | 1 |
| | 65% | 27% | 6% | 2% |
| 10. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día? | 21 | 36 | 7 | 0 |
| | 32% | 56% | 11% | 0 |
| 11. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero? | 36 | 27 | 1 | 2 |
| | 54% | 41% | 2% | 3% |
| 12. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben? | 18 | 21 | 12 | 15 |

| Pregunta | Nunca (1) | Algunas veces (2) | Casi siempre (3) | Siempre (4) |
|----------|-------------------|----------------------|---------------------|----------------|
| | Frecuencia | | | |
| | 27% | 32% | 18% | 23% |

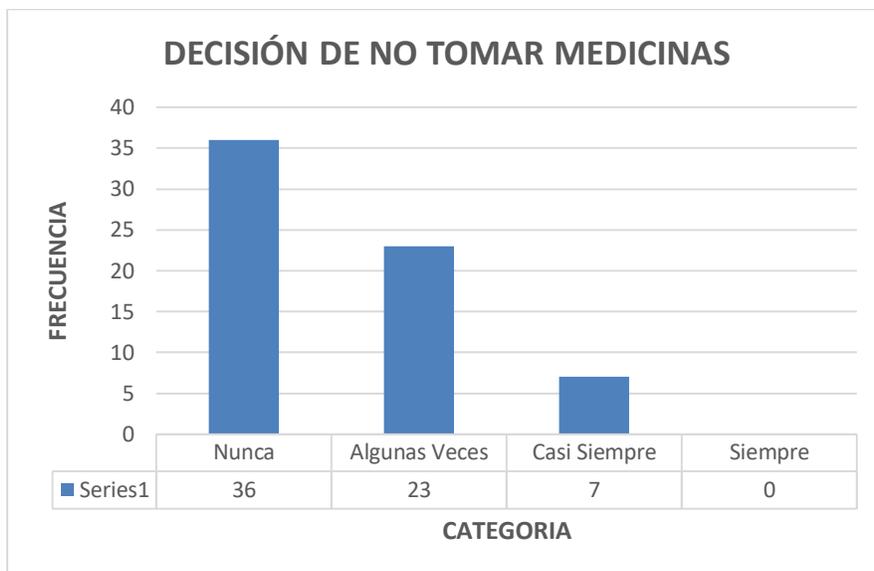
Gráfica 4. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas?



Fuente: Construcción propia

En respuesta a la primera pregunta del cuestionario de los 66 aplicados el 29% (n=20) respondieron que nunca olvidan tomar su medicación; el 56% (n=35) respondieron que algunas veces olvidan tomar sus medicamentos; el 15% (n=11) personas respondieron que casi siempre lo olvidan. Las respuestas anteriores evidencian la necesidad de fortalecer el papel de responsables y cuidadores de pacientes.

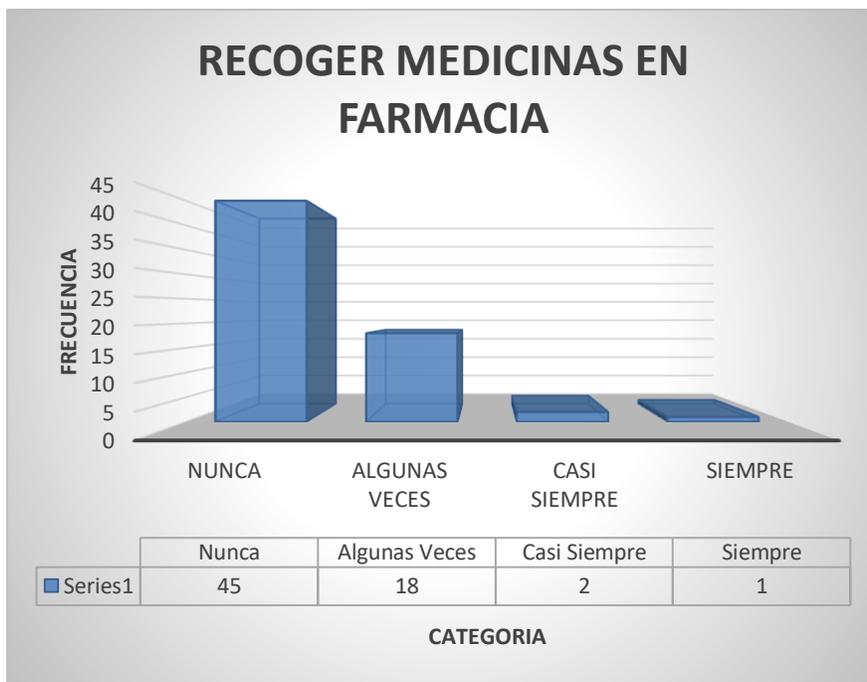
Gráfica 5. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas?



Fuente: Construcción propia

En cuanto a la decisión de los pacientes de no continuar la toma de sus medicinas un 54% (n=36) respondió que nunca dejar de tomarlas; un 35% (n=23) respondió que algunas veces decide no tomar sus medicamentos; un 11% (n=7) respondió que casi siempre suspende su medicación.

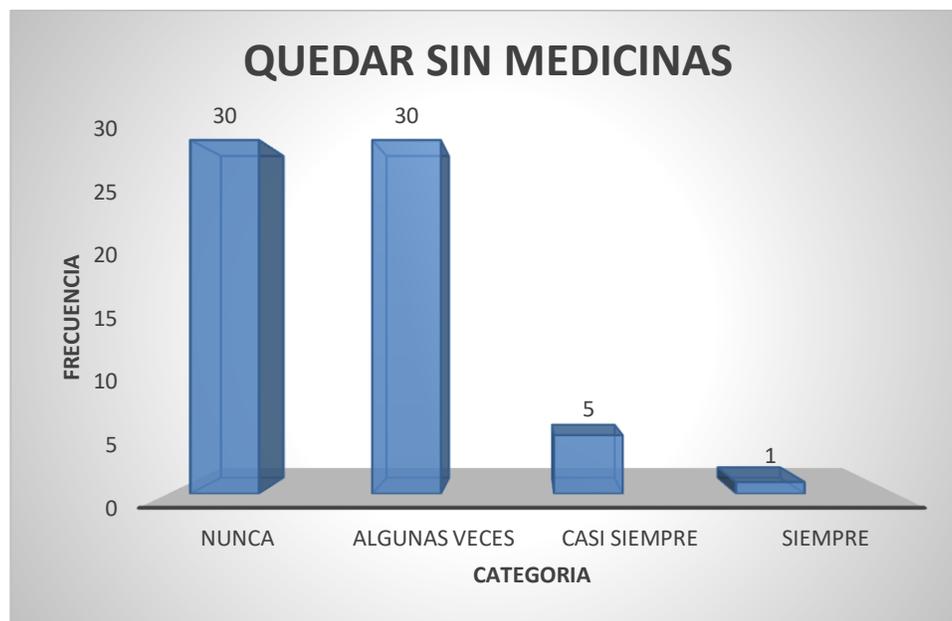
Gráfica 6. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?



Fuente: Construcción propia

En cuanto al hábito de recoger la medicación autorizada en la farmacia, se evidenció que un 68% de pacientes nunca olvidan recoger su medicación en la farmacia; un 27% respondió que algunas veces olvidan reclamar sus medicinas en la farmacia; un 3% confirmó que casi siempre olvida reclamar sus medicamentos y el 2% de encuestados afirmó olvidar siempre recoger en la farmacia su medicación.

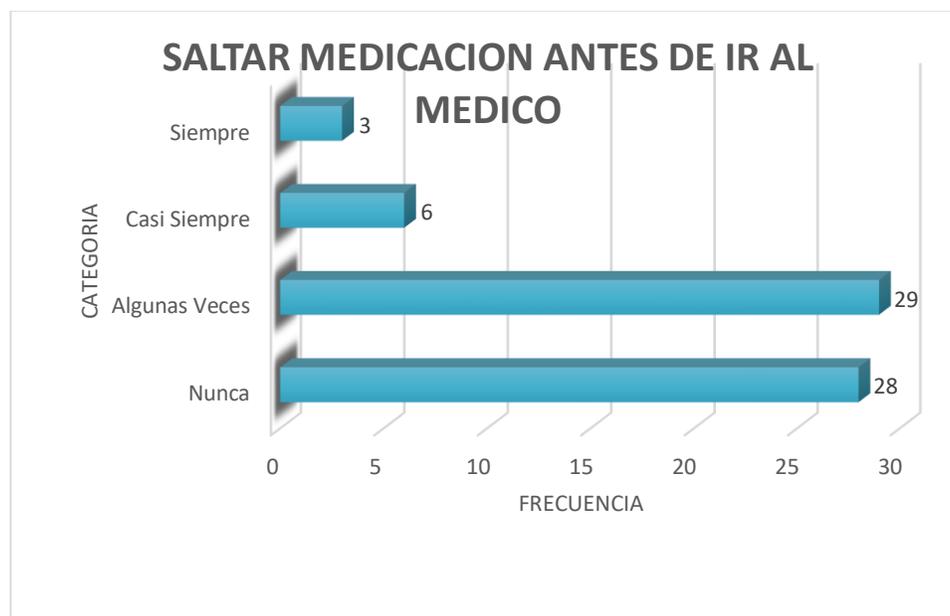
Gráfica 7. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?



Fuente: Construcción propia

En referencia con la pregunta frecuencia con que se queda sin medicinas 45% (n=30) respondió que nunca; 45% (n=30) respondió que algunas veces se quedan sin medicina porque no solicitar sus citas de control a tiempo; el 8% (n=5) pacientes respondió a esta pregunta que casi siempre se queda sin medicamentos porque sus cuidadores no están pendientes y el 2% (n=1) respondió que siempre queda sin medicación por descuido de sus cuidadores.

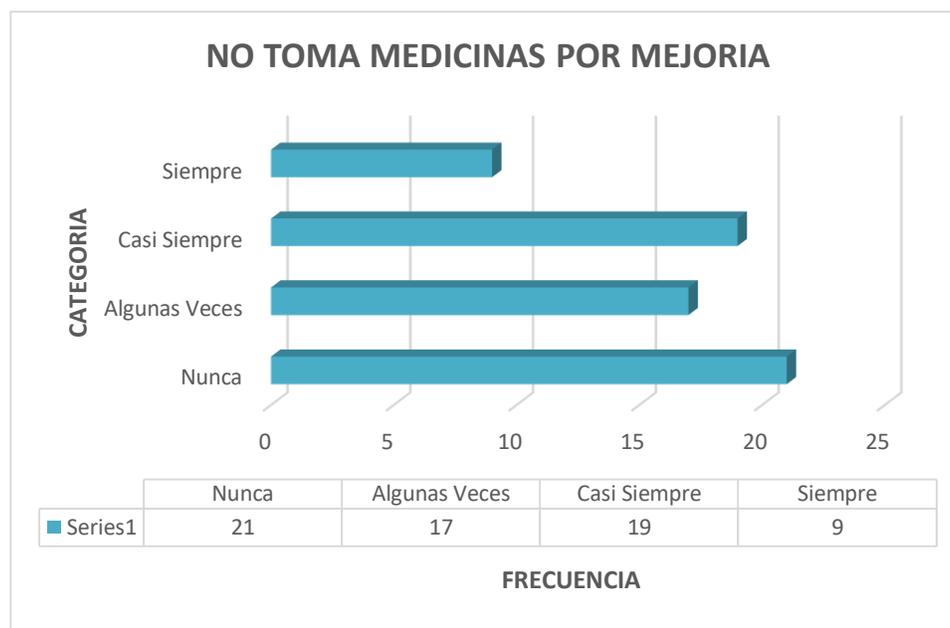
Gráfica 8. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?



Fuente: Construcción propia

A la pregunta de saltarse una dosis de los medicamentos antes de acudir el médico (n=28) es decir el 42% respondió no hacerlo nunca; (n=29) equivalente al 44% respondió que algunas veces hace esto; (n=6) que representan el 9% respondió que casi siempre lo hace y (n=3) el 5% dijo que siempre salta una dosis antes de ir al médico.

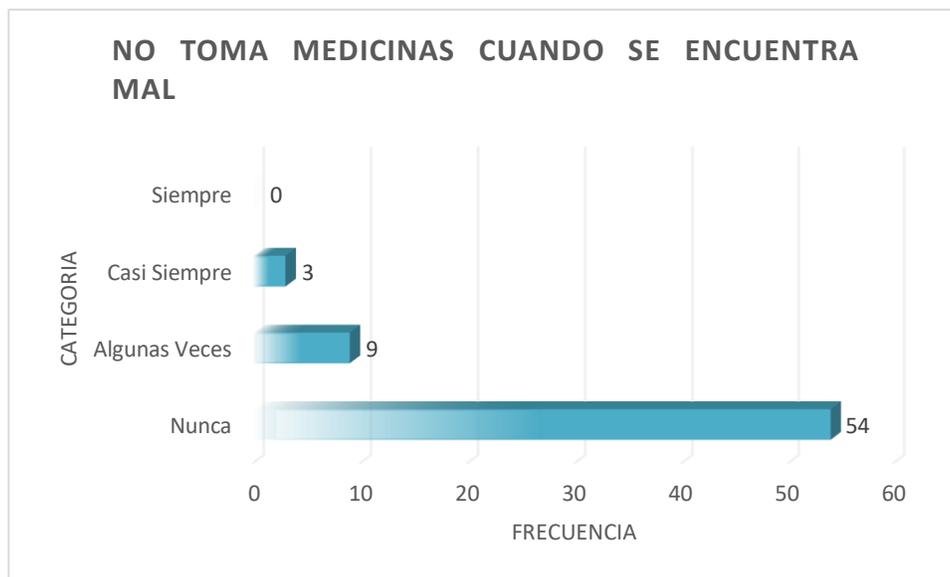
Gráfica 9. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?



Fuente: Construcción propia

Ante la pregunta dejar de medicarse por sentirse mejor (n=21) es decir el 32% respondió que nunca suspende su medicación cuando se encuentran mejor; (n=17) el 26% respondió que algunas veces, (n=19) el 29% respondió que algunas veces y (n=9) equivalentes al 13% respondió que dejan de tomar los medicamentos cuando se sienten mejor.

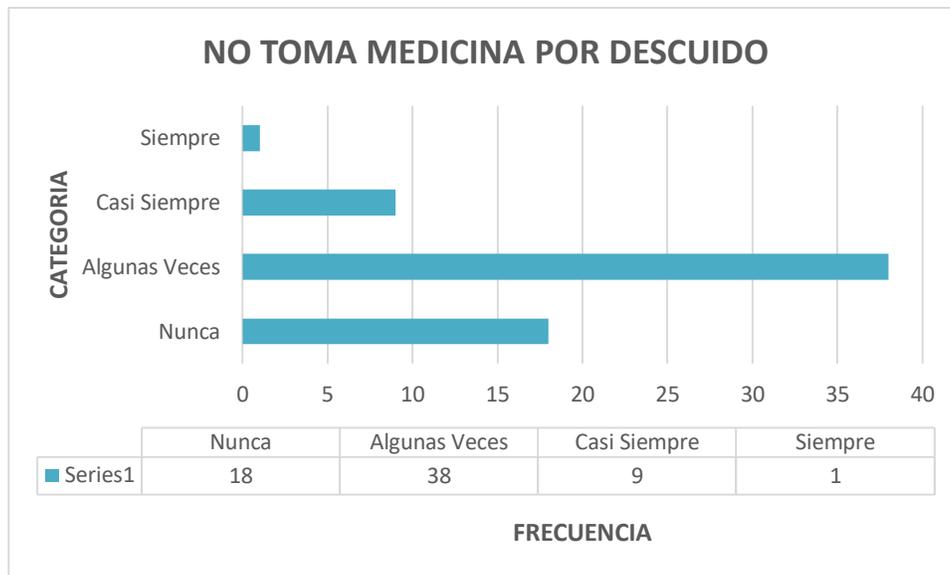
Gráfica 10. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal?



Fuente: Construcción propia

Preguntados los pacientes por la frecuencia con que dejan de tomar su medicación si sienten mal el 82% de los encuestados respondió que nunca; el 14% respondió que algunas veces y el 4% respondió que casi siempre dejan de tomar su medicación al sentirse mal.

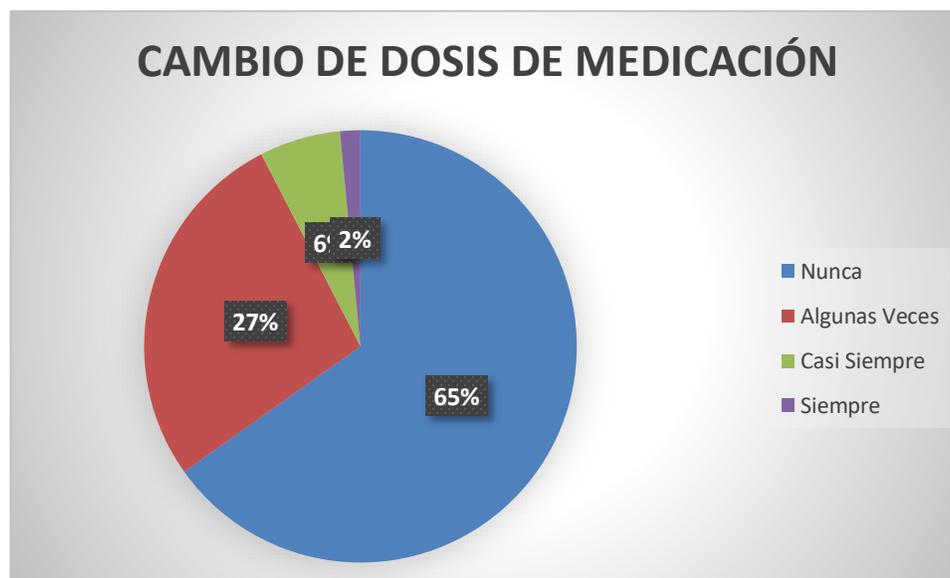
Gráfica 11 ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?



Fuente: Construcción propia

Ante esta pregunta solo 27% respondió que nunca deja de tomar sus medicinas; pero 57% manifestó que algunas veces descuidan la toma de sus medicamentos; 14% respondió que casi siempre se descuidan con su dosis de medicina y 2% expresó que siempre deja de tomar su medicación por descuido.

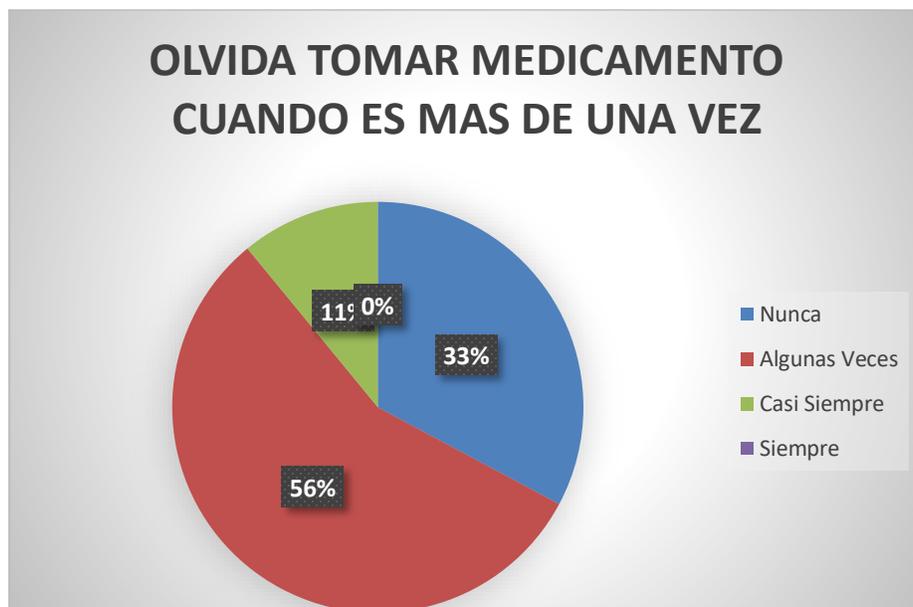
Gráfica 12. *¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?*



Fuente: Construcción propia

Ante esta pregunta n=43 (65%) respondió nunca cambiar la dosis ordenada por el personal de salud; n=18 (27%) afirmó que algunas veces cambia la dosis de medicamentos ordenada; n=4 pacientes (6%) respondió que casi siempre emplea esta práctica y n=1 paciente (2%) respondió siempre cambiar las dosis ordenadas.

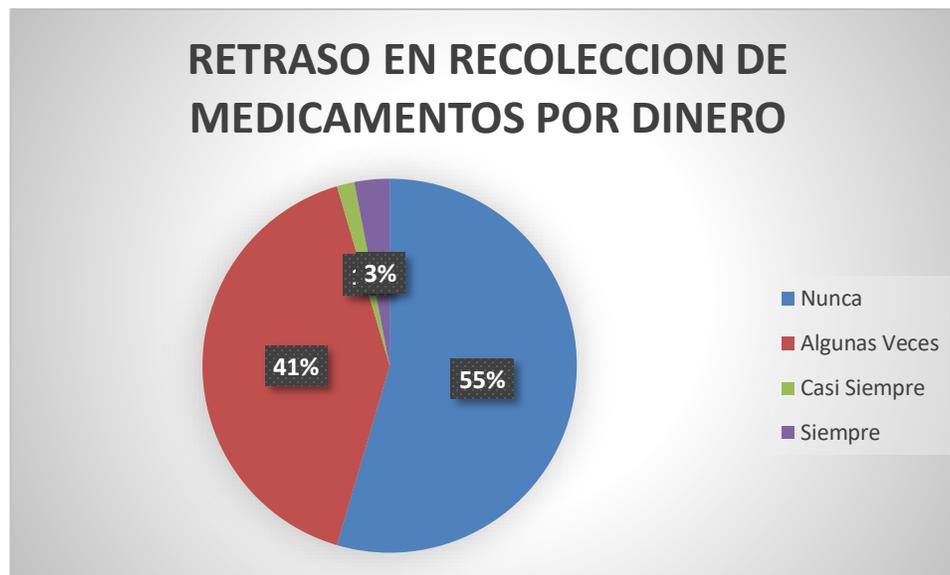
Gráfica 13. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?



Fuente: Construcción propia

Las respuestas a esta pregunta indican que n=2 (32%) nunca olvida tomar las medicinas si están recetadas para más de una dosis; n=36 (56%) respondió que algunas veces ocurría este olvido; n=7 (11%) respondió olvidar casi siempre tomar los medicamentos cuando es más de una dosis.

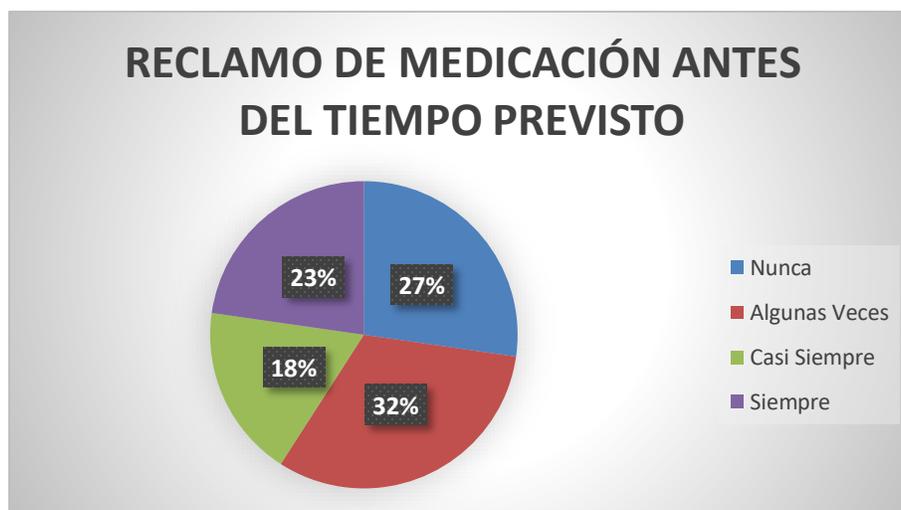
Gráfica 14 ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?



Fuente: Construcción propia

El 54% de los pacientes (n=36) manifestó que nunca se retrasa en la recolección de sus medicamentos por falta de dinero; el 41% (n=27) respondió que algunas veces retrasan la recolección de medicamento por factores económicos; y el 3% (n=1) manifestó casi siempre tener dificultades económicas para la recolección de sus medicamentos.

Gráfica 15. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?



Fuente: Construcción propia

Preguntados los pacientes sobre el reclamo de medicación antes del tiempo previsto las respuestas fueron n=18 (27%) dijo nunca hacerlo; n=21 (32%) respondió hacerlo algunas veces; n=12 (18%) afirmó hacerlo casi siempre y n=15 (23%) manifestó hacerlo siempre.

Los cuatro profesionales de la ESE Hospital de Achí, que fueron entrevistado en referencia con el índice de adherencia de los crónicos atendido tanto en consulta externa como en urgencia confirmaron que en general los pacientes acuden a sus controles y reclaman sus medicamentos casi siempre asisten a consulta acompañados de sus cuidadores quienes se enteran de las recomendaciones correspondientes para dar cumplimiento a ellos, no se evidenciaron eventos adversos en los crónicos por poca o indebida atención por sus patologías sin embargo en los porcentajes de cumplimiento que muestran los resultados de las encuestas un 43% de los crónicos atendidos tiene dificultades con su medicación bien sea por olvido de las dosis o por cambio de la cantidad de dosis medicadas o no reclamarlos a tiempo.

En cuanto a la frecuencia de reportes adversos en la población de crónicos de hospital local San José de Achí - en el departamento de Bolívar durante 2019 -2020 fue bajo y de acuerdo con la revisión de las historias clínicas correspondió a un 2% de los pacientes por complicaciones de su preexistencia médica con otras patologías.

Los resultados anteriores permiten evidenciar que la adherencia de los pacientes crónicos atendidos en la ESE Hospital de Achí es baja y en algunas circunstancias media con tendencia a porcentajes altos lo cual significa que el personal asistencial responsable de los pacientes crónicos cumple sus responsabilidades con respecto a estos; la campaña fuerte de concientización y educación para pacientes y cuidadores se debe intensificar en lo referente al olvido manifestado por algunos pacientes en la toma de algunas dosis o en el cambio de cantidades de dosis recomendadas.

Al respecto es importante acotar que el impacto clínico de la falta de adherencia depende de la interrelación entre tres factores:

- tipo de incumplimiento,
- enfermedad tratada
- propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas del medicamento

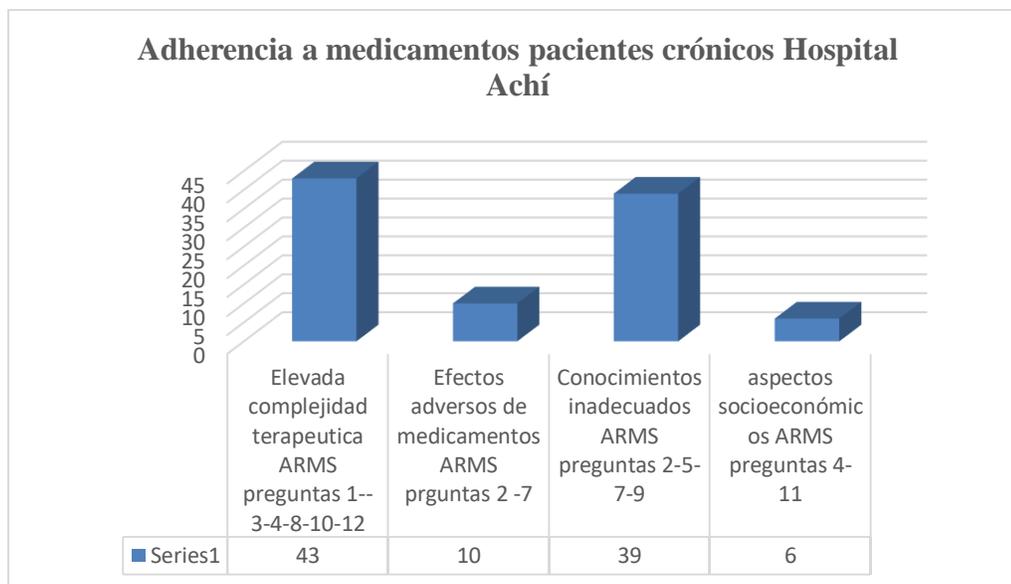
En casos como estos se requiere fomentar campañas educativas para pacientes crónicos, cuidadores y personal asistencial para fomentar la adherencia a los tratamientos correspondientes a cada una de las patologías tratadas y el cumplimiento de las asistencias a las citas programadas.

Tabla 5. Adherencia a medicamentos pacientes crónicos Hospital Achí

| | |
|---|----|
| Elevada complejidad terapéutica ARMS preguntas 1--3-4-8-10-12 | 43 |
| Efectos adversos de medicamentos ARMS preguntas 2 -7 | 10 |
| Conocimientos inadecuados ARMS preguntas 2-5-7-9 | 39 |
| aspectos socioeconómicos ARMS preguntas 4-11 | 6 |

Fuente: Construcción propia

Gráfica 16. Adherencia a medicamentos pacientes crónicos Hospital Achí



Fuente: Construcción propia

De acuerdo con las respuestas de los pacientes encuestados, la evaluación inicial de la adherencia a la medicación los pacientes describieron olvidos ocasionales relacionados tanto con la recogida como con la administración de la medicación, estos últimos especialmente por administración mediante pautas complejas (n=43). Asimismo, los pacientes indican la discontinuidad de su farmacoterapia por intolerancia a la misma (n=10) así como una persistencia irregular, al guiar equivocadamente la administración de algunos medicamentos en función de su carga sintomática (n=39). Todo ello pone de manifiesto problemas relacionados con la adherencia, a nivel tanto de la iniciación como de la implementación del régimen farmacoterapéutico.

Conclusiones

La falta de adherencia de los pacientes a un régimen terapéutico conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes no cumplidores. La importancia y tiempo en que se desarrollarán dichas consecuencias dependerán fundamentalmente del tipo de fármaco prescrito y de la enfermedad para la que esté destinado su uso. Existe una asociación clara y directa entre la falta de cumplimiento y la obtención de peores resultados en salud.

Existen varios factores que pueden desembocar en un problema de adherencia, y la mayoría de ellos están estrechamente relacionados. A continuación, se revisan las más fuertes en incidencia:

Razones relacionadas con el paciente

La edad, el entorno cultural y social del paciente, el nivel de educación, así como su personalidad, condicionan el resultado del tratamiento. Algunos pacientes no cumplen el tratamiento debido a la creencia de que no han sido tratados correctamente o de que el medicamento no es efectivo, o también por comprender con dificultad las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento.

Otras veces la causa es un simple olvido o dificultades a la hora de conseguir la medicación. La depresión o la existencia de trastornos cognitivos como el Alzheimer también son de las principales razones para el incumplimiento, por último, es necesario destacar la especial relevancia de este problema en dos poblaciones especiales: ancianos y niños, en los que aspectos como la seguridad o la simplificación de los regímenes terapéuticos son clave.

Razones relacionadas con los medicamentos

La interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es una de las causas más comunes de incumplimiento. Éstos pueden ser la causa del abandono de la pauta

terapéutica o pueden aparecer también como consecuencia de la falta de seguimiento de las recomendaciones médicas sobre las instrucciones de dosificación. Así mismo, es frecuente que el paciente abandone el tratamiento si no observa un resultado beneficioso derivado de su utilización a corto plazo.

En trastornos como la depresión, en la que se comienza a observar los beneficios tras un periodo más o menos prolongado después de tomar la medicación, se ha observado que sólo algunos de los pacientes siguen las recomendaciones de las guías clínicas en cuanto a la duración apropiada del tratamiento. Un factor importante que conduce al incumplimiento es la complejidad del tratamiento recomendado al paciente, que produce asimismo un aumento de la probabilidad de error en la toma de la medicación. Por ello, la simplificación del tratamiento aumenta la adherencia del paciente a la terapia y de este modo la probabilidad de resultados positivos.

En general las enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial son las que presentan mayores índices de incumplimiento con respecto a las enfermedades agudas. El problema cobra una especial relevancia en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, debido a la aparición de resistencias, que pueden convertirse en un problema de salud pública. Por ejemplo, el incumplimiento con la terapia antirretroviral en el tratamiento del SIDA puede conducir a la aparición de resistencias originadas por una mutación del virus, lo que genera un problema de salud pública si otros pacientes se infectan.

Comunicación médico - paciente

La falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, especialmente en niveles básicos asistenciales, unido a dificultades en la comunicación entre ambos, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico. En algunos casos, sobre todo en enfermedades crónicas, es necesario monitorear periódicamente al paciente para garantizar el éxito del tratamiento.

De todos los factores anteriormente mencionados, algunos de ellos han sido identificados como clave y predictores de una baja adherencia a la medicación. Éstos son: falta de conocimiento de la enfermedad, del régimen terapéutico y de las consecuencias del incumplimiento por parte del paciente; falta de una relación adecuada entre el paciente y el médico, complejidad y larga duración del tratamiento, enfermedad asintomática, inadecuado seguimiento o falta de un plan elaborado sobre el abandono de la medicación; presencia de efectos adversos, costo de la medicación y/o copago, no acudir a las citas médicas, presencia de problemas psicológicos como depresión o ansiedad, creencias y percepciones del paciente sobre la medicación y presencia de dificultades cognitivas

Recomendaciones

La adherencia terapéutica requiere un enfoque multidisciplinario que implique a profesionales de la salud, investigadores, administración sanitaria e industria farmacéutica en el abordaje del problema desde el punto de vista de la prevención, así como de la actuación.

Aunque no existe una estrategia general ideal para facilitar el cumplimiento terapéutico, es imprescindible adaptar la intervención al paciente individual y, cuando sea necesario, combinar varias para optimizarla. De manera general, se pueden agrupar en las siguientes categorías:

Técnicas: Dirigidas a simplificar el régimen de prescripción reduciendo el número de dosis diarias con la utilización de formulaciones de liberación controlada o reduciendo el número de medicamentos diferentes utilizando, por ejemplo, en combinación a dosis fijas.

Conductuales: las más comunes proveen al paciente de recordatorios o ayudas de memoria (a través de llamadas telefónicas, mensajes, whatsapp o correo electrónico), de sistemas de dosificación con alarmas que recuerdan la hora de la toma o de pastilleros organizadores de medicación. Otra clase de intervención consiste en monitorear la toma de medicación por medio de calendarios de cumplimiento donde se anota que se ha tomado la medicación, ofrecer recompensas en caso de cumplimiento terapéutico, etc.

Educativas: aproximaciones didácticas orientadas a que el paciente adopte voluntariamente una actitud positiva frente a la medicación a través del aumento de conocimiento sobre su enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia a éste.

De apoyo social y familiar: las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo mejorar la adherencia a través de un buen soporte social por ejemplo programas de ayuda domiciliaria, concesión de ayudas para los copagos de las consultas y medicación, prescripción de medicamentos con mejor relación costo-beneficio), y la vinculación de la familia o los amigos en el control de la enfermedad y de la medicación.

Del profesional médico y sanitario: la administración y la industria farmacéutica: tienen como objetivo ayudar a médicos, enfermeras a mejorar la adherencia del paciente a través de programas educacionales sobre técnicas de comunicación y enseñanza o estrategias conductuales normalmente basadas en recordar al médico la necesidad de abordar medidas preventivas con sus pacientes.

Es necesario que el profesional conozca la percepción que tiene el paciente sobre la enfermedad y el tratamiento. Para ello, se recomienda:

- Explicar claramente al paciente su enfermedad y los posibles tratamientos, con sus pros y contras
- Conocer qué espera el paciente de su tratamiento
- Hablar y escuchar al paciente, sin juzgar sus preferencias
- Ayudar al paciente a tomar las decisiones basándose en los posibles riesgos y beneficios
- Aceptar que el paciente puede valorar de forma diferente los riesgos, beneficios y efectos adversos el paciente, una vez informado, tiene derecho a decidir no tomar los medicamentos
- Procurar que el paciente o cuidador tenga una lista actualizada de la medicación que toma (incluyendo la de dispensación sin receta), así como de alergias y efectos adversos

Si el paciente decide no tomar la medicación o dejar de tomarla, y esto se considera perjudicial para él, se debe hacer registro en la historia clínica de esta decisión y de la información sobre riesgos y beneficios que se le ha facilitado.

Los pacientes pueden necesitar ayuda para usar adecuadamente los medicamentos. Una forma de hacerlo es mejorar el conocimiento que tienen sobre su enfermedad y tratamiento, o realizar cambios en el tipo o régimen de este. Es importante tener en cuenta que la dificultad que tienen los pacientes en adaptar las tomas a su rutina diaria tiene mayor importancia que la complejidad del régimen establecido. En cualquier caso, las intervenciones para mejorar la adherencia deben ser conversadas con el paciente, considerando sus problemas y necesidades individuales.

Si un paciente presenta falta de adherencia, indagar si es intencionada o no. • Analizar las creencias y preocupaciones del paciente sobre su medicación. • Si el problema son los efectos adversos: – Discutir con el paciente sobre los beneficios y efectos adversos, así como los efectos a largo plazo de la medicación, y sobre las preferencias del paciente a la hora de manejar los efectos adversos. – Considerar el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento y otras estrategias, como el cambio en la hora de la administración. • Preguntar al paciente si el coste de la medicación le supone un problema, y considerar opciones para reducirlo.

Una buena relación médico-paciente y establecer canales de comunicación efectivos son claves para facilitar la comprensión por parte del paciente de su patología y tratamiento, así como la toma de decisiones compartida. • Se debe evaluar la adherencia rutinariamente de manera no enjuiciadora, ya que a lo largo del tiempo pueden ir variando tanto la decisión inicial de prescribir como las experiencias del paciente en relación con la medicación o su necesidad de ayudas para aumentar la adherencia. • Con la evidencia disponible no se puede afirmar que una intervención específica para mejorar la adherencia sea mejor que otra.

Aspectos básicos que se deben considerar al abordar cualquier intervención dirigida a mejorar la adherencia:

No culpar al paciente, ya que él es sólo uno de los muchos factores implicados en el origen del problema. Individualizar la intervención, adaptándola a las circunstancias y dificultades concretas del paciente en cada caso, ya que el origen de la falta de adherencia es multifactorial y no hay una intervención específica que pueda ser recomendable para todos los pacientes. Fortalecer la relación con el paciente, favoreciendo la confianza para que exprese abiertamente sus dudas, preocupaciones o dificultades para adherirse a las recomendaciones de tratamiento que se le proponen, y pueda asumirlas como suyas.

Aceptar los principios de autonomía del paciente y la toma de decisiones compartida, lo que supone que el paciente, una vez informado de manera adecuada, tiene derecho a decidir no tomar su medicación o dejar de tomarla, aunque el profesional sanitario no esté de acuerdo con su

decisión. Ser conscientes de que las intervenciones para mejorar la adherencia son un medio para conseguir el fin último de mejorar el control de la patología, pero que estas intervenciones consumen recursos y podrían acarrear también efectos negativos (falta de privacidad y autonomía del paciente, incremento de efectos adversos).

Colaborar de manera multidisciplinar, ya que tanto la prevención como la detección y abordaje de la falta de adherencia a los tratamientos no son competencia exclusiva del médico. En varios estudios en los que se ha logrado mejorar la adherencia, las intervenciones eran lideradas por otros profesionales sanitarios (enfermeras, farmacéuticos). En este sentido, la participación del personal de enfermería es especialmente relevante, ya que la consulta de enfermería constituye un entorno ideal para la obtención de información sobre miedos y reticencias culturales o individuales de cada paciente.

La adherencia al tratamiento es clave para mejorar la confianza de los pacientes a manejar su enfermedad, mejorar los resultados clínicos, y la reducción de la utilización de los servicios de emergencia. Hacer las preguntas correctas ha hecho una diferencia real en nuestra práctica.

Referencias bibliográficas

- Características de los servicios de promoción y prevención” (colombiana de salud, 2011)
- Consideraciones sobre la baja adherencia a las guías de práctica clínica (2017). *Med Intensiva*, 41(5):265---266, consultado el 18 de marzo del 2018
- Dilla T, Valladares A, Liza L, et al. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*, 41(6):342–348
- Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente paquetes instruccionales guía técnica” (Ministerio de Salud y protección social, 2010)
- Evaluación de la baja adherencia a guías medicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008. Consultado el 18 de marzo del 2019 <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/431/1/EvaluacionAdherenciaGuiasMedicas.pdf>
- Indicadores de adherencia de las Guías de Práctica Clínica en Colombia.2016. Consultado el 18 de marzo del 2019 <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19100/Ni%C3%B1oAvenda%C3%B1o-WilsonJavier-2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Kozier, B. (2005). *Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica* (7a. ed.) (Vol. I). Madrid, España: Editorial: McGraw–Hill – Interamericano.
- Pfizer. es[Internet] La adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida;[updated 2020 enero 29]. Available from https://www.pfizer.es/salud/servicios/publicaciones/adherencia_tratamiento_cumplimiento_constancia_mejorar_calidad_vida.htm

Resolución N°. 1995 de 1999. República de Colombia. Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999.