

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE  
SUSTITUCIÓN RENAL EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE DIÁLISIS EN LA  
CIUDAD DE CARTAGENA 2012-2014**

**DIANA PATRICIA GARCÍA MONTEALEGRE  
JENNY VANESSA LLANO OSORIO**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO AL ADULTO Y NIÑO  
EN ESTADO CRÍTICO DE SALUD  
CARTAGENA DE INDIAS  
2015**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE  
SUSTITUCIÓN RENAL EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE DIÁLISIS EN LA  
CIUDAD DE CARTAGENA 2012-2014**

**Trabajo de Grado para optar el título de Especialista en Enfermería con énfasis en  
Cuidado al adulto y niño en estado crítico de salud**

**DIANA PATRICIA GARCÍA MONTEALEGRE  
JENNY VANESSA LLANO OSORIO**

**Asesora:**

**Arleth Herrera Lián  
Magister en Enfermería con énfasis en  
Cuidado para la Salud Cardiovascular  
Especialista en Médico-Quirúrgica**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO AL ADULTO Y NIÑO  
EN ESTADO CRÍTICO DE SALUD  
CARTAGENA DE INDIAS  
2015**

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

**Presidente del Jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

Cartagena de Indias, de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_

A Dios.

A mis padres.

A mi esposo.

A mi hijo.

Diana García

A mis maestras, quienes con su tiempo dedicación y conocimiento ampliaron mis horizontes, aumentaron mi interés y amor por mi carrera más allá de un beneficio económico; sino por la oportunidad de servir a través de aplicar lo aprendido y hacer que la vida de un ser humano sea más llevadera en una Unidad de Cuidado Crítico.

Vanessa Llano

## TABLA DE CONTENIDO

	pág.
LISTA DE TABLAS	7
LISTA DE FIGURAS	8
LISTA DE ANEXOS	9
1. RESUMEN	10
2. INTRODUCCIÓN	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
4. OBJETIVOS	18
4.1 OBJETIVO GENERAL	18
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
5. MARCO TEÓRICO	19
5.1 FUENTES TEORICAS	19
5.2 CONCEPTOS Y PRINCIPALES DEFINICIONES	20
6. METODOLOGÍA	31
6.1 TIPO DE ESTUDIO	31
6.2 POBLACIÓN	31
6.3 MUESTRA	31
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	32
6.5 CRITERIO DE EXCLUSIÓN	32
6.6 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS	32
6.7 INSTRUMENTOS	32
6.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	33
6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
7. RESULTADOS	35
8. DISCUSIÓN	37
9. CONCLUSIONES	40
10. RECOMENDACIONES	41
AGRADECIMIENTOS	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	50

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Caracterización sociodemográficas de los pacientes con Insuficiencia cardiaca que asisten a consulta externa en una IPS de tercer nivel: Cartagena 2012	57
Tabla 2. Dimensión I: Factores socioeconómicos.	59
Tabla 3. Dimensión II: Factores relacionados con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud.	61
Tabla 4. Dimensión III: Factores relacionados con la terapia.	63
Tabla 5. Dimensión IV: Factores relacionados con el paciente.	65

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Dimensión I: Factores Socioeconómicos	60
Figura 2. Dimensión II: Riesgo de no adherencia a los factores relacionados con el proveedor: Sistema y Equipo de Salud	62
Figura 3. Dimensión III: Riesgo de no adherencia a los Factores relacionados con la terapia	64
Figura 4. Dimensión IV: Factores relacionados con el paciente	66
Figura 5. Evaluación global de los grados de riesgo para la no adherencia en que se encuentran los pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten a hemodiálisis en una unidad de diálisis en la ciudad de Cartagena	67



## LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1. Consentimiento Informado	51
Anexo 2. Encuesta sobre las características demográficas de los pacientes que asisten a terapia de sustitución renal mediante hemodiálisis en la Fundación Andina Unidad Renal en la ciudad de Cartagena de Indias entre el 1° de enero del 2012 al 31 de septiembre de 2014.	52
Anexo 3. Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Versión 4	53
Anexo 4. Tablas y figuras	57

## 1. RESUMEN

**CONTEXTO:** La escasa adherencia al tratamiento, constituye un problema ampliamente extendido en los pacientes con insuficiencia renal crónica, lo que puede generar graves consecuencias para el paciente, entre ellas, malnutrición, neuropatías, enfermedad en los huesos, falla cardíaca e incluso la muerte.

**OBJETIVO:** Determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de sustitución renal en pacientes de una unidad de diálisis en la ciudad de Cartagena 2012-2014.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo en una muestra conformada por 194 pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en hemodiálisis, tomando como referencia el número de pacientes atendidos durante los años 2012 al 2014 en la unidad renal objeto de estudio. Se utilizó una encuesta sociodemográfica diseñada por el grupo investigador y para determinar la adherencia el instrumento que evalúa los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Se utilizó la estadística descriptiva con un IC del 95% y la estadística inferencial con el programa *Statistical Package Socials Sciencies* (SPSS) versión 17.0.

**RESULTADOS:** La edad de los pacientes estuvo entre los 25 y 74 años cumplidos. Destacaron los pacientes entre 50-59 años con 52.06%; la edad media fue de 55.2 años; sexo femenino 54.12%; con pareja estable 54.12%; secundaria completa 37.11%, estrato uno 69.59%; régimen subsidiado 77.3%. Globalmente, el 69.1% de los pacientes se encuentran en riesgo moderado y 30.9% en riesgo alto de no-adherencia.

**CONCLUSIONES:** Factores demográficos como la edad, relación de pareja, nivel educativo y los Factores socioeconómicos, son los aspectos definidos como más influyentes en la adherencia al tratamiento terapéutico en hemodiálisis, siendo preocupante el pronóstico de comportamiento a la adherencia de este grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis.

**PALABRAS CLAVES:** tratamiento, hemodiálisis, insuficiencia renal crónica. (Fuente DeCS BIREME)

## ABSTRACT

**CONTEXT:** Poor adherence to treatment is a widespread in patients with chronic renal failure problem, which can lead to serious consequences for the patient, including malnutrition, neuropathies, bone disease, heart failure and even death.

**OBJECTIVE:** To determine the factors that influence adherence to renal replacement therapy in patients with a dialysis unit in the city of Cartagena 2012-2014.

**METHODOLOGY:** A descriptive study with a quantitative approach in a sample comprised 194 patients with chronic renal failure (CRF) in hemodialysis, by reference to the number of patients seen during the years 2012 to 2014 in the renal unit under study. One survey designed by the research group was used and for adhesion instrument that assesses the factors that influence adherence to pharmacological and non-pharmacological. Descriptive statistics were used with 95% and inferential statistics with the program Statistical Package Socials Sciences (SPSS) version 17.0.

**RESULTS:** Stressed patients 59 years with 11.86%; The age range was between 25 and 74 years old, the average age was 55.2 years; Female 54.12%; stable partner 54.12%; complete secondary 37.11%, 69.59% strata one; 77.3% subsidized regime. Overall, 69.1% of patients are at moderate risk, and 30.9% at high risk for non- adherence.

**CONCLUSIONS:** Demographic factors such as age and relationship, socioeconomic, and educational aspects are defined as most influential in poor adherence to therapeutic treatment in hemodialysis still worrying prognosis adhesion behavior of this group of patients with Renal Insufficiency chronic hemodialysis.

**KEYWORDS:** treatment, hemodialysis, chronic renal failure (Source MeSH.).

## 2. INTRODUCCIÓN

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis son uno de los grupos de enfermos que mayor cantidad de fármacos toman en comparación con otros enfermos crónicos. Estas personas no siempre se atienen a las recomendaciones dadas por el personal de salud en cuanto a su medicación, estilo de vida o dieta.

Esta investigación se desarrollará para determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de sustitución renal en pacientes de una unidad de diálisis de la ciudad de Cartagena a través de la aplicación de un instrumento elaborado por una estudiante de Maestría en Enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular de la Universidad Nacional de Colombia, que le realizó validez facial y de contenido.

La información obtenida, se convertirá en una oportunidad para crear estrategias que fortalezcan el cuidado de la enfermería especializada en los pacientes renales y de esta manera aportar a las intervenciones encaminadas a mejorar esta situación y a hacer un importante aporte a nivel de prevención secundaria (modificación de conductas inapropiadas) y terciaria (disminuir las consecuencias de la enfermedad como la repercusión en otros órganos) de los pacientes renales de acuerdo a los lineamientos propuestos por la Organización Mundial de la Salud.

El documento se encuentra dividido en ocho capítulos distribuidos así: el primer capítulo el planteamiento del problema describe los antecedentes, el segundo capítulo son los objetivos, el tercer capítulo recopila el marco teórico, el cuarto capítulo se refiere a los aspectos metodológicos del estudio, en el quinto capítulo se analizan los resultados, el sexto capítulo se refiere a la discusión, en el séptimo capítulo se describen las conclusiones y en el octavo las y recomendaciones del estudio.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes (1). En el caso de los países subdesarrollados, las enfermedades agudas y crónicas están exacerbadas por la pobreza persistente y la falta de servicios apropiados, y se presentan a más temprana edad que en los países desarrollados (2). Epidemiológicamente, en los países desarrollados como Estados Unidos, se estima que 9,6% de los adultos no hospitalizados tienen Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Estudios de Europa, Australia y Asia confirman la alta prevalencia de esta enfermedad (3).

Con respecto a la mortalidad en Colombia la insuficiencia renal es de 3.7 por 100.000 personas entre los 15–60 años los datos estadísticos nacionales señalan que anualmente fallecen en el país 4.500 personas por enfermedades del riñón, lo que daría una cifra global de fallecimientos por esta causa de 12.2 personas por 100.000 habitantes, cifra semejante a la encontrada en otros países de América y Europa (4).

Una revisión del tema hecha por Chicaiza L. (5) estableció que la insuficiencia renal crónica y el sida son las enfermedades de mayor impacto financiero y mayor desviación del perfil epidemiológico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. En el régimen contributivo, la diálisis y la hemodiálisis costaron \$55.444 millones en el primer semestre de 2002, equivalentes al 64% del costo total por enfermedades catastróficas.

Por otro lado, en el 2009, a nivel nacional, el 22.47% de los afiliados a las diferentes empresas prestadoras de salud, contributivas y subsidiadas, se reportaron con diagnóstico de insuficiencia renal crónica. Además el 5.27% de los pacientes con IRC están clasificados en estadio 5 en comparación con el año 2008 donde se presentaron 21.572 casos de IRC en el mismo estadio, equivalente al 1.43% de la población reportada, en el 2009 se identificaron 20.509 casos prevalentes equivalentes al 1.18% de esta misma población, sin embargo a esta disminución de casos no es precisamente debido a disminución de la incidencia o control de la prevalencia, sino a mejoramiento de la calidad del reporte de información (5).

Así mismo, el departamento de Bolívar presenta una prevalencia de 58.95% la cual se concentra en la ciudad de Cartagena de Indias donde la prevalencia ajustada para el año 2008 fue de 62.69% (6).

Un estudio realizado por Coronado J. (7), encontró que la prevalencia de riesgo cardiovascular de los pacientes en hemodiálisis de la ciudad de Cartagena muestra que el 90,52% de los pacientes son hipertensos, el 46,9% no está controlado y el 96.1 % reciben medicamentos antihipertensivos.

Durán A. (8) señala que las enfermedades crónicas más comunes son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la osteoartritis, la artritis reumatoidea, las enfermedades cardiovasculares, como las cardiopatías isquémicas, la dislipidemia, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal crónica. Por su parte, la diabetes mellitus tipo dos, es otra de las enfermedades que más se presenta trayendo complicaciones que causan enfermedades cardiovasculares, retinopatías y problemas renales (9).

La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas es un problema de importante incremento, pero aún más en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) que requieren de tratamiento de sustitución renal mediante diálisis para su supervivencia (9).

La insuficiencia renal crónica (IRC) es considerada hoy en día un problema de salud pública en el ámbito mundial debido a su prevalencia e incidencia creciente en la población, su importancia relativa en la carga de enfermedad del país, su comportamiento crónico o permanente, su potencial letal y porque representa un importante gasto en salud para el Sistema, dado que requiere una alta complejidad técnica en su manejo (10).

Durante los últimos decenios se ha presentado varias fases en el desarrollo de los enfoques encaminados a lograr que los pacientes sigan el tratamiento de las enfermedades crónicas durante períodos largos. Al principio, se pensó que el paciente era la causa del "problema de cumplimiento". Posteriormente, se abordó también la función del personal asistencial. En la actualidad, se reconoce que se requiere un enfoque de sistemas. La idea del cumplimiento también se asocia estrechamente con la culpa, ya sea del personal de salud o de los pacientes, y el concepto de conductas terapéuticas es una mejor manera de captar los cambios dinámicos y complejos necesarios de muchos actores durante períodos prolongados para mantener la salud óptima de las personas con enfermedades crónicas (11).

La adherencia al tratamiento es un tema complejo en diálisis porque representa una enfermedad crónica, el enfermo puede no tener síntomas; el tratamiento implica un cambio en el estilo de vida; la enfermedad impone limitaciones y la depresión es frecuente (12).

La no-adherencia es un fenómeno mundial de graves consecuencias, que se presenta en todas las edades, desde los niños hasta los ancianos. Se observa en casi todas las enfermedades crónicas y tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia (13).

El estudio realizado por Páez A. (14), sostiene que un aspecto importante en la adherencia al tratamiento en hemodiálisis son la ansiedad y la depresión que estos pacientes presentan a largo plazo expresados en el incumplimiento de las restricciones dietéticas.

Los pacientes en hemodiálisis viven una situación especial de dependencia de la máquina, del tratamiento y del personal que les atiende. La adaptación al tratamiento depende de

múltiples factores; personalidad previa, ayuda familiar, condición social y económica, el curso de la enfermedad (15).

No obstante, Osorio D. (16), estableció que los pacientes renales que asisten a una unidad renal en la ciudad de Armenia (Colombia), si pueden tener una alta adherencia al tratamiento por el apoyo familiar con el que cuentan, ya que de acuerdo a éste el paciente ve su diálisis como una alternativa de vida.

Por su parte, Villavicencio C. (17), concluyó en su estudio que el nivel de conocimientos encontrados guarda una relación inversamente proporcional con los reingresos de los pacientes al servicio de emergencia, lo que indica que a mayor conocimiento menor frecuencia de reingresos.

Con lo anterior puede deducirse que disponer de información sobre la no-adherencia al tratamiento en el entorno de la planificación terapéutica, desarrollar habilidades y métodos para identificar pacientes no cumplidores pueden demostrar efectividad en la mejora del cumplimiento terapéutico farmacológico. Pero, para ello, es necesario conocer el perfil no cumplidor del paciente ya que esto tiene un importante papel en la toma de las decisiones clínicas (13).

Adicionalmente, los pacientes con insuficiencia renal presentan múltiples patologías asociadas como la diabetes y la hipertensión arterial, que hacen parte de los factores de riesgo para la enfermedad renal y se constituyen como el grupo de enfermedades crónicas, que han aumentado sostenidamente su prevalencia. Por otra parte generalmente son de edad avanzada, por lo que precisan muchos fármacos para su tratamiento (18). Por ello, suelen ser pacientes con un mal cumplimiento producido por una falta de información y/o comprensión sobre el tratamiento farmacológico, por la cronicidad y la pluripatología que favorece su desmotivación y también por el hecho que se da en estos enfermos de incumplir el tratamiento cuando se encuentran controlados y creen estar mejor (19).

El comportamiento de no-adherencia se manifiesta de diversas maneras: incumplimiento en la dieta, ingesta de medicamentos y restricción de líquidos y faltar o solicitar reducir el tiempo de las sesiones de diálisis (20).

Esta poca adherencia al tratamiento, constituye un problema ampliamente extendido en los pacientes con insuficiencia renal crónica, lo que puede generar graves consecuencias para el paciente, entre ellas, malnutrición, neuropatías, enfermedad en los huesos, falla cardíaca e incluso la muerte. Por otra parte, la insuficiente adherencia al régimen terapéutico compromete gravemente su efectividad, disminuye la percepción de bienestar de los pacientes y puede generar costos adicionales al sistema de salud (18).

La adherencia al tratamiento farmacológico se ha convertido en un problema a la hora de evitar complicaciones por patologías crónicas. según el análisis realizado por la

Organización Mundial de la Salud (9), en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo del 50% y, se supone que, esta deficiencia sea aún mayor en países en vías de desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención en salud.

Ante la situación biopsicosocial por la que cursa el paciente que ingresa a una terapia de sustitución renal es importante reconocer que la adherencia al tratamiento es un proceso difícil, tanto para el paciente como para su familia. Por lo tanto, se considera que la asistencia a las sesiones en el caso de la hemodiálisis hace parte fundamental de la adherencia al tratamiento en general (6).

Por otra parte, el cumplimiento a las sesiones de hemodiálisis es uno de los aspectos menos estudiados, pero uno de los más importantes, ya que frente a la inasistencia, el paciente se expone a que la enfermedad se descontrole y a que el tratamiento no sea efectivo. “Esto conlleva a que el cuerpo acumule “pequeños daños” irremediables, produciendo, de esta manera, un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad por esta causa (21).

Ante la complejidad del tratamiento de sustitución renal se ha identificado que los pacientes perciben que su salud física interfiere en su trabajo y demás actividades diarias, lo cual se evidencia en que su rendimiento es menor que el deseado, que se sienten limitados y presentan dificultades para realizar ciertas actividades, situación que conlleva a que la persona con enfermedad renal sufra detrimento en su estado de salud general, formando reacciones emocionales como: negación, rechazo, pasividad, ansiedad, ira, culpa, disminución de la autoestima por alteración de su imagen corporal, cambios permanentes en su estilo de vida, suspensión de la vida laboral con reducción del círculo social y cambios en su tiempo libre (22).

La adherencia es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. Las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (de factores de riesgo) y la prevención secundaria de los resultados de salud adversos (19).

En la literatura se ha encontrado una gran cantidad de conocimientos sobre adherencia al tratamiento del paciente en hemodiálisis a nivel nacional e internacional, pero no se ha encontrado información de estudios realizados a nivel local.

Con el presente estudio, se pretende fortalecer la formación académica del estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, de igual forma, la información obtenida, se convertirá en una oportunidad para crear estrategias que fortalezcan el cuidado de la enfermería especializada en los pacientes renales y de esta manera aportar a las intervenciones encaminadas a mejorar esta situación y a hacer un importante aporte a nivel de prevención secundaria (modificación de conductas inapropiadas) y terciaria (disminuir las consecuencias de la enfermedad como la repercusión en otros órganos) de los pacientes renales de acuerdo a los lineamientos propuestos por la Organización Mundial de la Salud.



Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son factores que influyen en la adherencia al tratamiento de sustitución renal en pacientes de una unidad de diálisis en la ciudad de Cartagena 2012-2014?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de sustitución renal en pacientes de una unidad de diálisis en la ciudad de Cartagena 2012-2014

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características demográficas de los pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten a hemodiálisis en una unidad de diálisis en la ciudad de Cartagena.
  
- Determinar el nivel de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no-farmacológicos; los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud; relacionados con la terapia, del paciente en la sustitución renal mediante hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 FUENTES TEÓRICAS

Las enfermedades crónicas requieren de tratamientos que muchas veces son complicados puesto que los pacientes tienen que modificar notoriamente sus hábitos cotidianos: cambios en la dieta, administración de medicamentos, ejercicio físico, etcétera. Un aspecto importante para lograr el control de la enfermedad es la adherencia al tratamiento (23).

En las enfermedades crónicas y particularmente en la IRC, la educación no sólo permite que los pacientes aumenten sus conocimientos e ideas acerca de la enfermedad, sino que también mejoren su calidad de vida, ya que a través de la educación se mejora la adherencia al tratamiento (24).

La educación para mejorar la adherencia es un tema complejo y de reconocido interés en el área social y de la salud, puesto que, como señala Contreras F. (20), la adherencia al tratamiento sólo se logra en la mitad de la población que padece una enfermedad crónica. Lo mismo ocurre con la adherencia que tienen los pacientes que se encuentran en diálisis.

Guerra V. (25), en Chile publicó un trabajo con 56 pacientes para describir la implicación de la educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes que se encuentran en terapia dialítica. Concluyó que la educación en salud es una herramienta que permite a las personas asumir un rol activo en la modificación de sus conductas o comportamientos para promover la salud, a partir de la incorporación del conocimiento que se entrega por parte de los profesionales de la salud.

Vila M. (26) en su artículo sostienen que uno de los principales problemas que encuentran las enfermeras que se encargan del cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas, son las dificultades que éstos tienen para cuidarse de sí mismos y, especialmente, en los pacientes con insuficiencia renal crónica por el hecho de que estos pacientes, frecuentemente polimedicados, generan muchas dificultades para cumplir correctamente los tratamientos prescritos.

La adherencia al tratamiento es un fenómeno múltiple y complejo que puede ser definido como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido. La adherencia se ha intentado determinar desde las características de la personalidad y variables sociodemográficas, modelos operantes y sociocognitivos, pero todos ellos han resultado insuficientes. La tendencia actual es explicar la adherencia mediante una serie de variables implicadas. Aunque se ha identificado muchas, éstas se pueden reunir en siete grandes grupos: las creencias del paciente, el tipo de enfermedad, el tratamiento farmacológico, la relación que se establece entre el paciente y el profesional de la salud, la información, el apoyo social y las variables de la organización (27).

De allí, que el cumplimiento del tratamiento en enfermedades crónicas se define como un continuo a través del cual la conducta del paciente coincide en mayor o menor medida con las prescripciones médicas. A los pacientes se les demanda que se mediquen, siga dietas, introduzcan cambios en su estilo de vida, se sometan a exploraciones y controles, realicen ejercicio físico etc. Estas indicaciones no son un fenómeno dicotómico, del todo o nada. En realidad existen diferencias cualitativas y cuantitativas sobre lo que se espera en relación al paciente y lo que éste es capaz de hacer. La coincidencia mínima exigible entre la conducta del paciente y la recomendación médica resulta bastante arbitraria. El término-adherencia puede definirse como un proceso de cuidado activo y responsable en el que el paciente trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el médico. Implica el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente con las recomendaciones médicas o de los profesionales de la salud que atienden (28).

Ochando A. (29) señala que existen múltiples factores que parecen estar relacionados con la deficiente adhesión terapéutica farmacológica y realizó un estudio para valorar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo de una unidad renal, así como su posible relación con el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida no encontrando correlación entre la satisfacción media global de los pacientes en hemodiálisis y su adherencia al tratamiento.

Desde el punto de vista conductual el cumplimiento del tratamiento en enfermedades crónicas resulta problemático. Los beneficios del tratamiento se perciben a mediano o largo plazo, sin embargo la consecuencia inmediata de su aplicación no conlleva ninguna satisfacción (28).

El nivel de adherencia está relacionado con el conocimiento de detalles específicos sobre los tratamientos prescritos. Por esos es importante proporcionar información sobre la frecuencia de aplicación de sus prescripciones. Sin embargo los profesionales de la salud, no siempre justifican de modo comprensible sus indicaciones ni motivan a los pacientes para su cumplimiento, raramente abordan las dificultades para llevar a cabo sus recomendaciones y casi nunca emplean estrategias de modificación de conducta para incrementar el cumplimiento del tratamiento. El cumplimiento de las prescripciones médicas supone enfrentarse a grandes dificultades ya que implica un gran consumo de tiempo, a veces conlleva a procesos molestos o dolorosos y puede entorpecer la vida diaria, tanto del paciente como de la familia, por lo que constituye una fuente de stress para todos sus miembros (28).

## 5.2 CONCEPTOS Y PRINCIPALES DEFINICIONES

Enfermedad crónica. Una enfermedad crónica es aquella de larga duración, que se extiende en el tiempo por varios meses o años. No existe consenso respecto de cuánto tiempo debe transcurrir para poder llamarla enfermedad crónica, pero sí se tiene claro que su curación no puede preverse y tampoco se sabe si es que efectivamente podrá sanar. Si es que el paciente se cura, no se puede determinar cuándo sucederá (24).

La categorización de crónica, sólo tiene relación con el tiempo de duración, no así con la gravedad del mal. Se puede sufrir tanto de arterioesclerosis como de rinitis crónica, siendo la primera muy grave, y la segunda más sencilla (24).

Dentro de las enfermedades crónicas están: asma, cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebro-vasculares, sordera, diabetes, reumatismo, enfermedades crónicas respiratorias y renales, hipertensión, problemas a la tiroides, ceguera, asma y alergias, entre otras (24).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son responsables del 60 por ciento de la mortalidad mundial. Se estima que en 2005 murieron 35 millones de personas por causa de una enfermedad crónica, de las cuales el 70 por ciento eran mujeres. Cerca del 80 por ciento de esas muertes se producen en países que tienen ingresos medianos o bajos, sin embargo, en Estados Unidos representan la mayor fuente de invalidez y muerte (24).

Insuficiencia renal crónica (IRC). Las nefropatías médicas son aquellos padecimientos que afectan principalmente al parénquima de los riñones. Muchos de los síntomas y signos de la enfermedad del aparato urinario son comunes a los padecimientos médicos y quirúrgicos de los riñones y otros órganos de este aparato. Puede ocurrir hematuria, proteinuria, piuria, oliguria, poliuria, dolor, insuficiencia renal con azoemia, acidosis, anemia, anomalías electrolíticas, hipertensión, cefaleas y afecciones oculares en una amplia gama de trastornos, que afectan a cualquier porción del parénquima renal, sus vasos sanguíneos o aparatos excretorios (30).

Sea cual sea la causa, el problema es que el riñón deja de realizar su función de filtrado y puede llegar a instaurarse de forma eventual o permanente un proceso caracterizado por el incremento y acumulación de sustancias tóxicas en la sangre, especialmente urea, denominado uremia (31).

El riñón es fundamental para mantener el medio ambiente químico del cuerpo. Como órgano excretor, el riñón remueve sustancias de desecho del metabolismo de nitrógeno (urea, ácido úrico, creatinina), así como iones de hidrógeno y sulfato que surgen del metabolismo de los aminoácidos azufrados. También desaloja agua, sodio potasio, calcio, fosfato, magnesio y otros iones (31).

Como órgano regulador, el riñón mantiene la cantidad necesaria de agua corporal, de sodio, de iones de hidrógeno y de muchos otros electrolitos. Mediante su influencia en la composición de la orina, regula no sólo el volumen de los líquidos corporales, sino también su composición electrolítica (31).

Los riñones sanos limpian la sangre filtrando los desechos del cuerpo y el exceso de agua. También producen hormonas que contribuyen a la fuerza de los huesos y a la salud de la sangre (31).

Si la función renal se va haciendo más lenta y el riñón se lesiona gradualmente, se desencadena la incapacidad de éste para realizar su trabajo. Este fenómeno se llama insuficiencia renal crónica porque el problema se desencadena y desarrolla lentamente, pudiendo llevar al riñón a que deje de funcionar. Cuando ambos riñones fallan, el cuerpo comienza a retener líquido y sustancias nocivas. Entonces la presión sanguínea sube, aparecen edemas, el organismo no produce suficientes glóbulos rojos (comienza a producirse anemia), etcétera (31).

El deterioro progresivo de las nefronas propicia una disminución de la función renal conocida como insuficiencia renal crónica –IRC- (31).

En la insuficiencia renal crónica, la disminución de la eliminación de algunos solutos que se excretan principalmente por el riñón, originan su retención en los líquidos corporales. Estos solutos son productos renales del metabolismo de sustancias exógenas (por ejemplo, alimentos) o endógenas (por ejemplo, catabolismo tisular). Los indicadores más comunes de la insuficiencia renal son el nitrógeno de la urea sanguínea (BUN) y la creatinina sérica. Sin embargo, el aumento notable del primero puede depender de causas no renales como hiperazoemia pre renal, hemorragias gastrointestinales o ingestión elevada de proteínas. Puede utilizarse la eliminación de creatinina como una medida razonable del índice de filtración glomerular (IFG) (31).

Cuando esto sucede, es necesario recurrir a tratamientos que sustituyan el trabajo de los riñones. Estos procedimientos son la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, que es el nivel más extremo para los pacientes que sufren de IRC (31).

La diálisis peritoneal consiste en el intercambio de una solución dialítica que entra a la cavidad peritoneal a través de un catéter abdominal para realizar procesos de ósmosis y difusión utilizando la membrana peritoneal. Este tipo de diálisis puede ser diálisis peritoneal intermitente o diálisis peritoneal ambulatoria (31).

Tratamiento farmacológico. Es la prescripción de un medicamento encaminado a controlar determinada patología que se realiza como consecuencia del establecimiento del diagnóstico de un problema de salud, al que sigue una valoración de dicho problema o pronóstico. Por lo tanto, la prescripción es secuencial y último paso del proceso que sigue al diagnóstico y pronóstico, y no un hecho aislado en sí (31).

Tratamiento no farmacológico. Es aquel que complementa al tratamiento farmacológico con medidas dirigidas al cambio de hábitos, modificando el estilo de vida de los pacientes, especialmente a fin de evitar el sobrepeso y obesidad de los mismos. El tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación hipocalórico, ejercicio físico y hábitos saludables. Cumpliendo con éstos tres pilares el paciente mejorará su calidad de vida (32).

Adherencia. La adherencia se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la

capacidad del paciente para: asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados, completar los análisis o pruebas solicitadas (32).

No obstante, para la Organización Mundial de la Salud, el término-adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud. Considera dentro de esta definición el término médico como insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, ya que puede ser un prestador de asistencia sanitaria (médico, enfermera u otro profesional de la salud). Además, cuestiona la palabra *instrucciones* que implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. A su vez, plantea que es fundamental la conformidad del paciente con su tratamiento respecto a las recomendaciones que le da el prestador de asistencia sanitaria, ya que apoya que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y que es necesaria una buena comunicación entre ambos, como requisito esencial para una práctica clínica efectiva (24).

Puede entonces decirse que la adherencia es una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado (33).

**Adherencia al tratamiento.** La adherencia al tratamiento, se define como el grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el médico tratante en cuanto a la toma de medicamentos, el cambio de hábitos de vida (dejar el sedentarismo, mantener la dieta recomendada, dejar de beber o de fumar, etcétera), la asistencia a las otras citas con el médico, practicarse los exámenes por él ordenados, estar pendiente de tomarse los exámenes de control según la edad (33).

Saad C. (34), en Bogotá, investigó en 71 pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) que asistían a sesiones programadas por el Hospital Militar Central, entre los meses de abril, mayo y junio de 2007 un porcentaje de cumplimiento del 98.6% (1939 sesiones cumplidas de 1967 programadas); por tanto, sólo se incumplió el 1.4% (28) de las sesiones. Entre los factores que permitieron mantener la adherencia a las sesiones de hemodiálisis se identificaron: la concientización de estos pacientes sobre las consecuencias de la inasistencia a las sesiones de hemodiálisis, que los expone al descontrol de la enfermedad y a que el tratamiento sea ineficaz; la conformidad con el horario de las sesiones; la satisfacción con el personal de salud que los atiende y la aceptación de la enfermedad.

Para que se produzca la adherencia al tratamiento es necesario que se vislumbren en este proceso los siguientes momentos (33):

- Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.
- Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.
- Participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones, de tipo farmacológico y no farmacológico; Realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

No-adherencia al tratamiento. Se define como “no-adherencia” la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos. La falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud es, en esencia, una decisión personal de causa multifactorial (35).

Puede pensarse que el grado de abandono es inversamente proporcional al grado de adherencia. Hay que considerar que existen estrategias, con altos índices de éxito, que se pueden establecer para facilitar la adherencia y potenciar su beneficio mientras el paciente está en tratamiento. Sin embargo, una vez que el paciente abandonó el tratamiento la aplicación de estas estrategias no mostraron los mismos resultados (36).

Por el contrario hay estudios que demuestran que una vez que se produjo el abandono por parte del paciente, no sólo fracasan los modelos de reinserción que se aplicaron bajo el modo de diversas estrategias, sino que los pacientes que fueron objeto de dichas intervenciones (llamadas telefónicas, recitaciones y otras) mostraron mayor renuencia a volver a consultar frente a una reaparición de su cuadro o un agravamiento de su problemática (36).

Muchos pacientes hacen un análisis propio de riesgo-beneficio de la necesidad versus conveniencia de tomar el o los medicamentos. A menudo la decisión de si el paciente toma o no la medicación se basa en la evaluación de la importancia de cuatro factores (36):

- Qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación
- La percepción de gravedad de la enfermedad
- La credibilidad en la eficacia de la medicación y
- Aceptación personal de los cambios recomendados



Se considera que la “no-adherencia” a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente. Sin embargo, la complejidad del fenómeno de no-adherencia a la terapia, requiere un abordaje multidimensional, que integre la perspectiva paciente-médico-sistema de salud. La frecuencia de la no-adherencia al tratamiento puede variar, inclusive un mismo individuo que cumpla con el esquema de una medicación, pero no con la otra o las otras. Además, el comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo, de la eficacia de la medicación, factores económicos, socioculturales y ambientales (36).

Por lo tanto, dada la anterior definición, cuando se esté preguntando qué tanto está cumpliendo con su tratamiento, más que evaluar qué tanto sabe sobre la importancia de tomar o no el medicamento o de seguir cierta recomendación del médico; es hacer un análisis de qué tanto su comportamiento ha coincidido con las indicaciones dadas por el médico; porque muchas veces, se falta al tratamiento, inclusive sin darse cuenta (36).

Ejemplo de ello es:

- No tomar el medicamento los días indicados.
- Tomarse el medicamento un día sí y otro no. Al hacer esto, se expone a que la enfermedad se descontrole y en globalidad, el tratamiento sea infructuoso. Si por ejemplo es hipertenso, ese día que no se toma el medicamento, todos sus órganos van a estar expuestos a dañarse agudamente (puede hacer infartos, derrames) y va acumulando el daño crónico, por ejemplo, el de los riñones, pudiéndole ocasionar insuficiencia renal en un futuro (36).
- “Pecar” con la dieta. Si como parte del tratamiento médico hay una dieta, debe seguirse. En el momento en que el paciente se permite, así sea parcialmente, incumplir con su dieta, lo que está haciendo su cuerpo es acumular “pequeños daños” y el que se “comporte bien” otros días, no compensa los daños ya hechos. Es decir, el cuerpo es mejor cuando de acumular errores se trata que de compensarlos (36).
- Tomarse el medicamento sin atender a la forma como el médico indicó que se debía tomar. Cada medicamento para que se pueda absorber adecuadamente o cumplir con su misión a cabalidad o para que no produzca daños, debe tomarse en ciertas condiciones, dependiendo del medicamento: en ayunas o con el desayuno o sobre las comidas o inmediatamente antes de las comidas o en las noches (36).
- Cuando se requiere de actividad física, está debe ser constante y programada en tiempo. Dejar de hacer actividad un día y tratar de duplicarla al día siguiente, puede ocasionar la descompensación del organismo.
- Si no asiste a las citas con el médico o con la nutricionista o no se toma los exámenes en el momento ordenado; no se puede controlar la enfermedad y no se pueden

prevenir las complicaciones; es decir, no pueden aminorarse o retardarse los efectos negativos de las enfermedades

Aunque hace más de 30 años se está estudiando el fenómeno de la no-adherencia a los tratamientos y sus implicaciones en la salud de los pacientes y en los costos de la atención en salud, todavía falta mucha estandarización y lo más grave es que poco se ha avanzado: la pobre adherencia a los tratamientos, que no se veía hace treinta años, se ve en la actualidad (36).

Además del deterioro tan marcado en la calidad de vida que puede producir la complicación de una enfermedad crónica en un paciente que no toma adecuadamente su medicación; en Estados Unidos por ejemplo, se sabe que la falta de adherencia al tratamiento, causa cerca de 125.000 muertes al año y aproximadamente el 10% de los ingresos de pacientes al hospital son debidos a esto. De igual manera, al año, la no-adherencia ocasiona gastos directos al sistema de salud (36).

La Organización Mundial de la Salud en su proyecto sobre adherencia, resalta cinco dimensiones que influyen sobre la adherencia terapéutica, las cuales guardan similitud con las planteadas con Brannon y Feist (2001), tales dimensiones son: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente (36).

- **Factores socioeconómicos:** No se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un nivel predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia (24).

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, la falta de redes de apoyo social, las condiciones de vida inestable, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de los medicamentos, disfunción familiar, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento (24).

- **Factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria.** Se han realizado relativamente pocas investigaciones sobre este aspecto. Una buena relación profesional de la salud – paciente puede mejorar la adherencia terapéutica pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo, tales como servicios de salud pocos desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguros, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca

capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, como también la falta de conocimiento sobre la adherencia y de las intervenciones efectivas para mejorarla (24).

- **Factores relacionados con el tratamiento.** Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (24).

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr un adecuado beneficio (24).

En el tratamiento farmacológico se utilizan medicamentos orales o parenterales para tratar la enfermedad. En un estudio realizado en EEUU, el 67% de los pacientes con diabetes tipo 2 informaron no realizar el automonitoreo de la glucemia con la frecuencia que les fuera recomendada (es decir, una vez al día para la diabetes tipo 2 tratada con fármacos). La adherencia a los hipoglucemiantes orales fue de 75%. Las omisiones de dosis representaron la forma más prevalente de no-adherencia; sin embargo, más de un tercio de los pacientes tomaron más dosis que las prescritas. Tasas de adherencia similar, entre 70 y 80%, se informaron de los Estados Unidos en un estudio sobre hipoglucemiantes orales en una muestra de pacientes cuyo seguro de salud pagó los medicamentos prescritos, solo 15% de aquellos a los que se les había prescrito una única medicación oral todavía la tomaban regularmente (24).

Entre tanto el tratamiento no farmacológico incluye las medidas y hábitos que adopta el paciente para mejorar su calidad de vida, que no implica la ingesta de medicamentos. En la India se realizó un estudio el cual reportó que solo 37% de los pacientes siguieron las prescripciones alimentarias regularmente, mientras que en Estados Unidos, cerca de la mitad (52%) siguió un plan de alimentación. Anderson y Gustafson informaron una adherencia de buena a excelente en 70% de aquellos a quienes se les había prescrito un régimen alimentario rico en carbohidratos y con alto contenido de fibra. La adherencia a los protocolos alimentarios puede depender de la naturaleza del objetivo de tratamiento (por ejemplo, pérdida de peso, reducción de grasa alimentaria, mayor consumo de fibras (24).

- **Factores relacionados con el paciente.** Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia (24).

Algunos de los factores relacionados con el paciente que influyen sobre la adherencia terapéutica son el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el no percibir la necesidad de tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, el entender mal las instrucciones del tratamiento, la falta de aceptación del monitoreo, las bajas expectativas de tratamiento, la inadecuada asistencia a los controles de seguimiento, los sentimientos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad (37).

Bustos N. (38), en Valledupar (Colombia) elaboraron una investigación en una muestra de 21 pacientes que asistían a hemodiálisis para saber si el procedimiento afectaba a todos los pacientes. Encontró que todos veían afectado su estilo de vida; su convivencia familiar; su actividad laboral, su entorno social y algunos, su vida sexual. Otros presentan alteración en sus patrones de sueño y en la memoria reciente. Se evidenció, como resultado de las anteriores afectaciones, un alto porcentaje de baja autoestima. La mayoría de ellos, no habían podido superar la fase de duelo de la negación, considerando que la hemodiálisis era solo un paliativo a su enfermedad, por lo cual, muchos de ellos tenían una pobre percepción de su futuro, aumentando sus sentimientos de frustración y abandono, al no tener alternativas de vida que les infundiera reacciones positivas, que los animara a luchar a vencer la enfermedad. El estado emocional de los pacientes afectaba la adherencia al tratamiento de hemodiálisis.

**Consecuencias de la no-adherencia al tratamiento.** Las consecuencias de la no-adherencia al tratamiento están relacionadas con las condiciones específicas del paciente y su patología y transitan en un amplio rango de aspectos que van desde pérdida en la calidad de vida del paciente y su familia e incremento en los costos para el paciente y el sistema de salud, hasta casos de reconocida gravedad que comprometen la vida del paciente (39).

La adherencia a la terapia es un concepto relevante en caso de recomendaciones para la planificación familiar, el control de la obesidad, terapias de rehabilitación e inclusive para la apropiación de hábitos saludables (dejar de fumar, disminuir la ingesta de sal, restringir el colesterol y cumplir con el ejercicio o actividad física requerida), complementarios a la terapia farmacológica. La lista de posibles consecuencias de la no-adherencia a la terapia es amplia, como lo es la complejidad del fenómeno de adherencia a la terapia (40).

Los eventos de no-adherencia al medicamento pueden también revelar una prescripción innecesaria. Es el caso del paciente que se siente mejor cuando no toma el medicamento y el médico tratante ignora este hecho (39).

Hemodiálisis. **La hemodiálisis, o terapia de sustitución renal**, es uno de los tratamientos para la eliminación de los desechos metabólicos y del exceso de electrolitos y líquidos de la sangre que se utiliza para tratar la insuficiencia renal crónica o aguda. El procedimiento utiliza los principios de difusión, ósmosis y filtración. La sangre es bombeada desde el

acceso vascular hacia el dializador, el cual a través de una membrana semipermeable, rodeada de líquido dializante, realiza el intercambio de sustancias (agua, urea, creatinina, electrolitos). Dicha solución está constituida por elementos parecidos a los de la sangre (agua, glucosa, sodio, cloro, potasio, calcio y bicarbonato o acetato) sólo que en concentraciones diferentes, las cuales se encargarán de "arrastrar" las sustancias tóxicas hacia el líquido dializante (41).

Dicho en otras palabras, la hemodiálisis es la modalidad de tratamiento dialítico que consiste en purificar y limpiar la sangre de desechos tóxicos y que elimina el exceso de líquidos. En la hemodiálisis se utiliza un riñón artificial que está conectado a una máquina con un sistema de tubos y un filtro. Para filtrar un volumen adecuado de sangre se necesita un acceso o conexión vascular que puede ser una fístula o un catéter, a través de una operación menor para ensanchar o fortalecer su propia vena mediante la unión de una vena y una arteria, generalmente en el área de la muñeca (llamada una fístula) o colocar una vena sintética suave (llamada injerto) dentro de su brazo o muslo. Esto es llamado "acceso" porque proporciona una vía de acceso a la sangre para su limpieza. Ambos tipos de acceso están dentro del cuerpo. No hay tubos fuera del brazo o pierna. Después que las incisiones hayan sanado y el dolor desaparecido, se debe evitar cualquier cosa que presione su acceso, pues una presión prolongada puede causar coagulación sanguínea (41).

Los rápidos cambios en el balance de los líquidos y sustancias químicas del cuerpo que ocurren durante el tratamiento pueden causar efectos colaterales. Entre ellos son comunes los calambres musculares y la hipotensión. Así mismo, los pacientes suelen presentar variabilidad en las emocionales ante la expectativa de la enfermedad y si el procedimiento será o no suficiente para salvar la vida (41).

Una de las angustias más frecuentes en los pacientes que van a ser hemodializados es el temor a que la diálisis sea dolorosa. El entumecimiento de la piel o la inserción de las agujas en la vena pueden causar muchas molestias. Existen venas que tienen paredes que colapsarían si fueran usadas para diálisis (41).

Una infección puede ser el segundo problema. Para evitar esto la piel sobre el acceso será limpiada cuidadosamente antes de insertar una aguja. Cualquier enrojecimiento, pérdida o signos de infección deben ser tratados inmediatamente. El tercer problema consiste en las reacciones emocionales que presentan algunos pacientes que son sometidos a hemodiálisis (41).

Valderrama F. (42), realizó una investigación con 88 pacientes para determinar si los síntomas depresivos o ansiosos eran responsables de la mala adherencia a la dieta y restricción de fluidos en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. Edad promedio: 55,9, tiempo en hemodiálisis: 48,8 meses. La frecuencia de síntomas depresivos fue 61,4%, síntomas ansiosos 52,3%, mala adherencia a la restricción de fluidos 53,4% y dieta 35,2%. Los síntomas ansiosos y el tiempo de hemodiálisis mostraron asociación con mala adherencia en el análisis de regresión simple. La severidad de los síntomas depresivos se relacionó con una peor adherencia. Concluyeron que los síntomas

depresivos y su severidad estaban asociados a una mayor ganancia de peso interdialítica y a un mayor nivel de potasio sérico prediálisis en pacientes con terapia crónica de hemodiálisis.

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo con abordaje cuantitativo.

### 6.2 POBLACIÓN

La población de referencia correspondió a 392 pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) dializados, tomando como referencia el número de pacientes atendidos durante los años 2012 al 2014 en una unidad renal de la ciudad de Cartagena.

### 6.3 MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 194 pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) dializados tomando como referencia el número de pacientes atendidos durante los años 2012 al 2014 en una unidad renal de la ciudad de Cartagena estimadas a partir de la población finita, mediante la siguiente fórmula:

n =	(?) muestra a determinar
N =	Pacientes con IRC
Z <sup>2</sup> =	% de Confiabilidad = 95% (1.96) <sup>2</sup> = 3.8416
p =	0.5
q =	0.5
e <sup>2</sup>	0.05 <sup>2</sup> = 0.025 = 5%

$$n = \frac{N \times (Z)_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-q)}{e^2 (N-1) + Z^2 * p(1-q)}$$

$$n = \frac{392 * 1.96^2 * 0.5^2 \times 1(0.5)}{0.05^2 * (392-1) + ((1.96^2) * 0.5(1-0.5))}$$

$$n = \frac{392 * 3.8416 * 0.25}{0.0025 * 391 + 0.9604}$$

$$n = \frac{376.4768}{1.9379}$$

**n= 194 pacientes con IRC**

#### 6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de 18 años, de ambos géneros, con diagnóstico de IRC, con patología agregada de hipertensión y/o diabetes, y que tuvieran más de dos meses de asistencia a una unidad renal de la ciudad de Cartagena.

#### 6.5 CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Pacientes con IRC con dificultad en la comunicación, alteraciones mentales y que no desearan participar en la investigación.

#### 6.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para la realización de la investigación se tuvo en cuenta la autorización de la unidad renal; para la ejecución del estudio, se verificó que los pacientes cumplieran con los criterios de inclusión. Una vez seleccionados se les explicaron los objetivos y condiciones del proyecto y se diligenció su aprobación con la firma del consentimiento informado. Así mismo se les explicó que podían retirarse de la investigación cuando ellos así lo consideraran. Una vez diligenciado el consentimiento informado (Anexo 1), las investigadoras asistieron a la unidad renal en los diferentes turnos de atención para la aplicación de la encuesta sociodemográfica y el instrumento para evaluación el grado de Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y posteriormente se realizó el respectivo análisis de la información.

#### 6.7 INSTRUMENTOS

Para definición de las características sociodemográficas de los participantes se utilizó una encuesta sociodemográfica diseñada por el grupo investigador (Anexo 2) y para determinación de la adherencia se utilizó el instrumento que permitió evaluar los factores que influyeron en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (Anexo 3), elaborado por Claudia Bonilla y su directora de tesis Edilma de Reales, enfermeras docentes de la Universidad Nacional, al cual se le realizó la validez de contenido mediante la evaluación de cada ítem en cuanto a pertinencia y relevancia. La versión inicial del instrumento era de 72 ítems, actualmente está constituido por 24 ítems y consta de cuatro dimensiones que se describen a continuación:

I Dimensión. Factores socioeconómicos, que incluyen en su conformación subdimensiones de: estatus económico, educación y aspectos sociales de apoyo, Consta de 6 ítems.

II Dimensión. Factores relacionados con el proveedor: Sistema y equipo de salud. Los ítems de esta dimensión están distribuidos bajo varias subdimensiones como son: relaciones entre paciente y proveedor, acceso al cuidado y escenario del cuidado. Consta de 8 ítems.

III Dimensión. Factores relacionados con la terapia que se organiza en una sola subdimensión como es la de mediadores de la terapia. Está conformada por 6 ítems.

IV Dimensión. Factores relacionados con el paciente, que incluye una sola subdimensión como es la actitud que asume ante el tratamiento. Esta dimensión presenta con 4 ítems



Los ítems estaban formulados en sentido positivo y negativo o inverso con el fin de controlar sesgos de respuestas, para su calificación se utilizó la escala de Likert de tres puntos de 1 a 3 con tres opciones de respuesta: Nunca, A Veces y Siempre.

Para el análisis se tuvo en cuenta la recomendación de las autoras para la clasificación de los individuos en tres grupos, utilizando como puntos de corte el 60% del total y el 80% respectivamente, para los cuales correspondieron los siguientes valores en las dimensiones por separadas y global del instrumento:

**DIMENSION 1 (6 ítems)**

- Grupo en riesgo alto de no adherirse 6-10 puntos
- Grupo en riesgo moderado de no adherirse 11-14 puntos
- Grupo en riesgo bajo de no adherirse o adherido 15-18 puntos

**DIMENSION 2 (8 ítems)**

- Grupo en riesgo alto de no adherirse 8-14 puntos
- Grupo en riesgo moderado de no adherirse 15-19 puntos
- Grupo en riesgo bajo de no adherirse o adherido 20-24 puntos

**DIMENSION 3 (6 ítems)**

- Grupo en riesgo alto de no adherirse 6-10 puntos
- Grupo en riesgo moderado de no adherirse 11-14 puntos
- Grupo en riesgo bajo de no adherirse o adherido 15-18 puntos

**DIMENSION 4 (4 ítems)**

- Grupo en riesgo alto de no adherirse 4-6 puntos
- Grupo en riesgo moderado de no adherirse 7-9 puntos
- Grupo en riesgo bajo de no adherirse o adherido 10-12 puntos

**TOTAL GLOBAL PUNTOS DE CORTE (24 ítems)**

- Grupo en riesgo alto de no adherirse 24-43 puntos
- Grupo en riesgo moderado de no adherirse 44-58 puntos
- Grupo en riesgo bajo de no adherirse o adherido 59-72 puntos

**6.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los datos se almacenaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y se procesaron en el programa Statistical Package Socials Sciencies (SPSS) versión 17.0, con el cual se elaboraron tablas y gráficos y se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

## 6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación mantuvo los parámetros éticos establecidos en la resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia (43), se consideró de riesgo mínimo para los participantes; la Ley 911 de 2004 (44) por la cual se estableció la responsabilidad deontológica de la profesión de enfermería y Art. 15 de la Constitución Colombiana garantizó la privacidad de la información dada por los encuestados. Además para la recolección de la información se tuvo en cuenta el consentimiento informado en el cual el paciente autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

## 7. RESULTADOS

### **Características sociodemográficas.**

Para este estudio la muestra estuvo conformada por 194 pacientes con edades entre los 25 y 74 años presentándose el mayor porcentaje 52.06% (101) en el grupo de 50 a 59 años. En cuanto al sexo, el mayor predominio fue para el género femenino con un 54.12% (105) mientras que el 45.58% (89) correspondió al género masculino. Relativo al estado civil, 30.92% (60) de los pacientes vivían en unión libre, 23.20% (45) estaban casados y un 2,06% (4) eran divorciados. Relacionado con el nivel educativo, 37,11% (72) tenían secundaria completa y solo 0.52 (1) poseía estudio técnico completo. Respecto al estrato social, 69.59% (135) pertenecían al estrato uno y solo 1.55% eran de estrato cuatro. (Tabla 1).

### **Nivel de adherencia.**

Al analizar por dimensiones los resultados de los factores que influyeron en la adherencia a tratamiento de sustitución renal en pacientes de una unidad de diálisis de Cartagena, se obtuvieron los siguientes resultados:

**Dimensión I: Factores socioeconómicos.** Los resultados mostraron que el 40.2% de los participantes se encontraron en la categoría en riesgo alto de no adherirse, el 58.8% en riesgo moderado de no adherirse y solo el 1% se encontró adherido al tratamiento de sustitución renal (Figura 1).

Como factores socioeconómicos de relevancia se encontró que en el 69.6% (135) de los pacientes con IRC en hemodiálisis, manifestó que la familia tenía la suficiente disponibilidad económica para atender sus necesidades básicas de alimentación, salud, vivienda y educación; respecto al ítem de poder costearse los medicamentos, el 54.6% (106) a veces podía y el 40.2% (78) nunca pudo hacerlo; para trasladarse al lugar de la consulta, el 75.3% (146) de los paciente A veces contaba con los recursos económicos y al 86.6% (168) de los pacientes A veces los cambios en la dieta se dificultaba debido al alto costo de los alimentos; el 51.4% (105) Siempre pudo leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad. El último ítem de esta dimensión se refirió a si el paciente contaba con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento, es así como el 92.3% (179) Siempre contó con este apoyo.

**Dimensión II: Factores relacionados con el proveedor.** Los resultados mostraron que el 93.3% (181) de los pacientes se encontró en la categoría en riesgo bajo, es decir, se encontraban adheridos al tratamiento de sustitución renal (Figura 2).

Como factores que apoyaron esta dimensión, se encontró en lo que se refería a las personas que lo atendían, respondían sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento, la

apreciación del 92.3% (179) que tenía el paciente en hemodiálisis acerca de los profesionales de la salud definió en gran medida su adherencia al tratamiento; sobre si recibió información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico el 91.8% (178) expresó que Siempre la recibió; con respecto a la orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias, este ítem presentó también un comportamiento muy positivo ya que el 92.3% (179) de los pacientes con IRC en hemodiálisis manifestó Siempre recibir dicha orientación; si el médico y la enfermera le explicaron qué resultados tendría en su salud con el tratamiento que se le estaba dando, el 94.3% (183) manifestó que Siempre lo hacían.

**Dimensión III: Factores relacionados con la terapia.** Los resultados reportaron que el 89.20% de los pacientes se encontraban adheridos al tratamiento de sustitución renal (Figura 3).

Como factores importantes de esta dimensión se encontró que al 76.3% (148) de los pacientes Nunca las diversas ocupaciones que tenían dentro y fuera del hogar, les dificultó seguir el tratamiento; respecto a las distancias de su casa o trabajo al consultorio, al 72.2% (140) de los pacientes Nunca se les dificultó el cumplimiento de sus citas; el 80.4% (156) de los pacientes expresó que Nunca tenía dudas sobre la manera de tomar sus medicamentos en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas; con referencia a la suspensión del tratamiento cuando mejoraron sus síntomas, los pacientes expresaron con 84.5% (164) Nunca suspenderlo; sobre si creía que había costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar el 16.5% (32) de los pacientes señaló que Nunca. El 73.2% (142) considero que a veces había costumbres sobre los alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.

**Dimensión IV. Factores relacionados con el paciente.** Los resultados reportaron que el 97.4% (189) de los pacientes con IRC estaba en riesgo bajo, es decir, estaban adheridos al tratamiento de sustitución renal (Figura 4).

Como factores de importancia relacionados con la condición de salud del paciente con IRC se encontró que el 94.3% (183) de los pacientes Siempre estaba convencido que el tratamiento era beneficioso y por eso seguía tomándolo; respecto a si se interesaba por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse, 94.8% (184) de los participantes, siempre estaban interesados; el 93.3% (181) de los pacientes siempre creía que era importante seguir su tratamiento para mejorar su salud; por último 98.5% (191) pacientes siempre creyó que él era el responsable de seguir el cuidado de su salud.

En cuanto a la evaluación total de los 194 pacientes con insuficiencia renal crónica que asistían a hemodiálisis en una unidad de diálisis en la ciudad de Cartagena, a pesar que en algunas dimensiones el riesgo fue bajo, al hacer la sumatoria global de la puntuación alcanzada ninguno se ubicó por encima de los 59 puntos, que era la puntuación mínima total para ser considerado como grupo en riesgo bajo de no adherirse o adherido, resultando que el 69.1% (134) de los pacientes se encontró en riesgo moderado (41 a 58 puntos) y el 30.9% (60) se encontró en riesgo alto de no adherencia (entre 24 y 40 puntos) y (Figura 5).

## 8. DISCUSIÓN

Con relación a la edad, el presente estudio muestra mayor porcentaje (86.09%) en los mayores de 50 años, predominando el grupo etareo entre 50 a 59 años edad (52.06%). Osorio D. (16) señala en su estudio que los pacientes mayores de 50 años presentan mayor frecuencia de inasistencia al tratamiento. Según la OMS (45), la variable “edad” es un factor que influye sobre la adherencia al tratamiento, pero de manera irregular, y su deficiencia puede afectar a todos los grupos etarios. Por su parte, Franco A. (46), le atribuye a la edad un papel fundamental en la adherencia al tratamiento en el paciente renal crónico, coincidiendo con Osorio D. (16) A medida que se incrementa la edad, existe mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas, relacionado con la presencia en los adultos mayores de múltiples enfermedades crónicas, que requieren tratamiento complejo y prolongado; además, son ellos los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción

Con respecto al sexo, un poco menos de la mitad son hombres (45.88%). Estos resultados son similares a los hallados en los estudios de Puigventos F. (47) y Martín L. (48), donde se muestra que los hombres, especialmente en edades avanzadas, tienen la tasa más alta de incumplimiento terapéutico entre los pacientes con IRC. También coincide con los resultados hallados por Agámez A. (49), quienes encontraron en su estudio, que la falta de adherencia al tratamiento predomina en el sexo masculino. La menor adherencia de los varones es atribuible a un mayor desconocimiento de la enfermedad y a una menor frecuentación a los servicios de salud frente a las mujeres.

El 45.88% de los pacientes de este estudio no tienen pareja, lo cual es un factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento, como lo señala Coca A. (50) en el estudio que hizo en pacientes hipertensos en España, que muestra menor adherencia en grupos de personas que viven solas o que no mantienen relaciones estables y con deficiente apoyo familiar. Igualmente, De La Figuera M. (51), también reporta en su estudio resultados similares al anterior y en correspondencia con el presente estudio. Para Saad C. (34) en su estudio llevado a cabo en Colombia, los resultados le permiten señalar con respecto al estado civil, que se evidencia que el mayor porcentaje de no-adherencia se encuentra en pacientes sin parejas. Brannon L. (36) sostiene que uno de los predictores con mayor peso en la adherencia al tratamiento es el grado de apoyo social que se tiene por parte de los amigos y la familia; en general, las personas que se sienten aisladas de los demás tienden a no ser cumplidoras, mientras que aquellas que disfrutan de relaciones personales cercanas están más dispuestas a seguir con el tratamiento prescrito.

El mayor nivel de escolaridad de los pacientes que frecuentemente no se adhieren al tratamiento de sustitución renal se encuentran entre educación básica primaria, completa e incompleta, y básica media (59,79%). El nivel de escolaridad se considera como una variable determinante teniendo en cuenta que las personas que han tenido la oportunidad de acceder a estudios superiores pueden asimilar mejor las consecuencias que deriva la no

adherencia al tratamiento y conocen las complicaciones que puede desencadenar evidenciado en los resultados que alcanzan. El resultado de este estudio se compara con lo encontrado en el estudio de Lancheros L. (52) quien señala que a mejor educación se logra mejorar el nivel de adherencia al tratamiento.

En este estudio sobresalen los pacientes de los estratos 1 (69.59%) y 2 (24.23%), resultados similares a los encontrados en el estudio de Salcedo A. (53), donde se evidencia el impacto socioeconómico en relación a la estratificación social reflejando como la población de los estratos socioeconómicos 1 y 2 presentan comportamientos limítrofes de riesgo medio de adherencia, ante la ausencia de elementos y herramientas que faciliten su proceso salud enfermedad; y las personas en estrato socioeconómico 3 y 4 se encuentran en una categoría de riesgo bajo cuyo nivel de adherencia es satisfactorio. Confirmando dicho resultado con la revisión de factores socioeconómicos y culturales realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 la cual expone que el bajo nivel socioeconómico y el analfabetismo son factores de riesgo importantes de adherencia deficiente.

En lo que respecta a la Dimensión I: Factores Socioeconómicos, al determinar el nivel de adherencia al tratamiento de sustitución renal, el comportamiento global de este factor describe una categorización del riesgo de adherencia comprometida, donde el 58.8% de la población se encuentra en el nivel de riesgo moderado y el 40.2% en riesgo alto. Semejantes resultados con respecto a esta Dimensión encontró Salcedo A. (53), al ubicar su población en el 49.5% en riesgo alto de adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial.

Para la Dimensión II: Factores relacionados con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud los resultados de este estudio ubican al 93.3% de la población en la categoría en riesgo bajo, es decir, se encontraban adheridos al tratamiento de sustitución renal. Similares resultados fueron encontrados en el estudio de Contreras A, (54) donde el 95% de la población estaba en riesgo bajo, a diferencia del estudio de Salcedo A.(53), donde solo el 31.2% presentó un grado de riesgo bajo, el 36.2% mostró un grado de riesgo medio y el 32.6% presentó un grado de riesgo alto, lo que se traduce en un preocupante reporte, dado que esta dimensión evalúa el grado de comunicación asertiva, el entendimiento, la comprensión y la empatía entre el usuario o paciente y el equipo de trabajo de salud. Por otra parte, la investigación realizada en Colombia por Martínez P. (55) explica que la adherencia de los pacientes mediados por los factores con el proveedor y sistemas de salud está influenciada por el acceso a los servicios de salud y la entrega de los medicamentos a los pacientes garantizado actualmente por el Plan Obligatorio de Salud (POS), coincidiendo con los resultados con la presente investigación.

En la Dimensión III: Factores relacionados con la terapia, los pacientes en un 89.2% también se encontraban adheridos al tratamiento de sustitución renal. Al igual que en el estudio de Contreras A. (54) en esta dimensión también obtuvieron adherencia al tratamiento el 94%. Para este autor la adherencia al tratamiento aumenta cuando se

desarrolla la simplificación de los regímenes terapéuticos, se brinda educación acerca la importancia del tratamiento y se evalúa constantemente el cumplimiento del tratamiento.

En la Dimensión IV: Factores relacionados con el paciente se encontró que el 97.4% estaban adheridos al tratamiento de sustitución renal. Este resultado es similar al obtenido por Salcedo A. (53) donde el comportamiento global del 90.1% la población se encontró en un riesgo bajo, lo que se significa que en esta dimensión la mayoría de la población considera conocer, continuar y responder por su tratamiento y su enfermedad.

La evaluación del comportamiento global arroja que el 69.1% se encuentran en riesgo moderado y el 30.9% en riesgo alto, a pesar que en tres de las cuatro dimensiones predominó el riesgo bajo. Esto es debido a que el peso del riesgo alto y moderado de la Dimensión I: Factores Socioeconómicos, no permite que ningún paciente alcance una puntuación superior a 59 puntos o su equivalente del 80% de la puntuación total. Los resultados de este estudio son comparables a los referidos en el estudio de Salcedo A. (53) donde el 47.20% se encontró en riesgo moderado y 34.40% en riesgo alto. Sin embargo, el comportamiento global de adherencia encontrado, es contrario al hallado por Rodríguez A. (56) donde el mayor porcentaje su ubicó en la categoría sin riesgo o riesgo bajo.

## 9. CONCLUSIONES

La edad mayor de 50 años, el sexo masculino, no tener pareja, nivel educativo en básica primaria, completa e incompleta, y básica media, y pertenecer al estrato 1 ó 2, son factores demográficos que repercuten en la baja adherencia al tratamiento de sustitución renal en pacientes de una Unidad de Diálisis en la ciudad de Cartagena.

El apoyo familiar beneficia el cumplimiento de las recomendaciones médicas, destacando la importancia de la familia y de las personas cercanas en el recordatorio de horarios, la motivación al tratamiento, la asistencia y otras características que permiten asociar este factor como protector de la adherencia.

En los pacientes con factores de riesgo que influyen en la adherencia a tratamiento de sustitución renal de una unidad de diálisis de Cartagena, los factores socioeconómicos como la disponibilidad para atender sus necesidades básicas de alimentación, salud, costearse los medicamentos y trasladarse al lugar de la consulta, describieron un riesgo de adherencia significativamente comprometido.

Los factores relacionados con el proveedor de salud, como el buen trato y la claridad con que la enfermera y el médico les explicaron todo lo relacionado con su enfermedad y tratamiento, influyeron de manera positiva en la adherencia al tratamiento de sustitución renal de una unidad de diálisis de Cartagena.

En cuanto a los factores relacionados con la terapia, intervino de manera efectiva en la adherencia de estos pacientes, la actitud positiva hacia el cumplimiento del tratamiento y de las recomendaciones para mejorar su salud mediante la práctica de ejercicios y una dieta balanceada.

Las condiciones de salud de los pacientes con factores de riesgo que influyen en la adherencia a tratamiento de sustitución renal de la población estudiada, intervinieron positivamente en la adherencia, debido al conocimiento que tienen los pacientes acerca de su tratamiento, enfermedad y la motivación para cuidarse.

Al evaluar el nivel global del riesgo de no adherencia, según los puntos de corte del instrumento se puede determinar que más de la mitad de los pacientes se encontraba en un nivel de riesgo moderado y un menor número en un nivel de riesgo alto, por cuanto ninguno de los pacientes alcanzó la puntuación mínima para riesgo bajo, la cual es de 59 puntos.



## 10. RECOMENDACIONES

- Liderar por parte de Enfermería intervenciones con enfoque multidisciplinario y donde se adopten programas educativos basados en la caracterización e identificación de las necesidades individuales de cada paciente.
- Involucrar a la familia en los programas educativos para conseguir un apoyo más efectivo y eficaz en la adherencia del paciente.
- Establecer y mantener una sana relación entre el profesional de enfermería y el paciente y la participación de la familia, para lograr una total adherencia al tratamiento
- Procurar el apoyo económico de transporte para pacientes que asisten a hemodiálisis y que no tienen recursos para asistir a su tratamiento día de por medio
- A la Facultad de Enfermería, de la Universidad de Cartagena, en sus programas de Pregrado y Postgrado, enfatizar en nuevos estudios de adherencia, que permitan elaborar estrategias de afrontamiento con el fin de disminuir las preocupaciones y angustias por los cambios que la enfermedad genera en el quehacer diario y que repercuten en la no-adherencia al tratamiento de sustitución renal en los pacientes con IRC.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, en cuyas manos pusimos toda nuestra fe y confianza y fue nuestra guía.

A la docente *Arleth Herrera Lían*, quien nos guio y orientó durante todo el proceso, aportándonos sus valiosos conocimientos para conseguir hacer de este trabajo investigativo una realidad.

A todas las personas, que de una u otra forma, nos apoyaron y alentaron para que superáramos todas las dificultades y hacer de este sueño una meta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schmid H, Hartmann B, Schiff H. Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: a critical review of the literature. *Eur J Med Res* 2009; 14:185-90. [Pubmed] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19541573> (Consultado el 30 de noviembre de 2014)
2. Organización Mundial de la Salud/OMS. Enfermedades Crónicas. Temas de Salud. Publicaciones de la OMS. Ginebra (Suiza) 2012; Disponible en: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/) . (Consultado el 4 de septiembre de 2012)
3. Levey A, Atkins R, Coresh J, Cohen EP, Collins AJ, Eckardt KA. Insuficiencia renal crónica como problema global en salud pública: Abordajes e iniciativas propuesta de la Kidney Disease Improving Global Outcomes: 2007 Disponible en: [http://www.nefrodial.org.ar/descargas/Posicion\\_KDIGOERC\\_como\\_problema\\_desalud\\_publica.pdf](http://www.nefrodial.org.ar/descargas/Posicion_KDIGOERC_como_problema_desalud_publica.pdf). (Consultado el 5 de septiembre de 2012).
4. Rodríguez A. Características de los pacientes con insuficiencia renal crónica. Estadios I, II, III, IV. Punto de Salud Itagüi (Colombia) 2007. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/370/1/CARACTERISTI\\_CAS\\_PACIENTES\\_ENFERMEDAD\\_RENAL.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/370/1/CARACTERISTI_CAS_PACIENTES_ENFERMEDAD_RENAL.pdf). (Consultado el 6 de septiembre de 2012)
5. Chicaiza L. Fallas del mercado de la salud en Colombia: El caso de la insuficiencia renal crónica. *Revista de Economía Institucional* 2005; 7(12): 191-208 (Consultado el 20 de febrero de 2013). Disponible en: <http://revistas.uexternado.edu.co/index.php/ecoins/article/view/148>
6. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la Insuficiencia renal crónica en Colombia 2009. Bogotá. Disponible en: <http://www.cuentadealtocosto.org/byblos/Docs/Situacion%20de%20la%20Enfermedad%20Renal%20Cronica%20en%20Colombia%202009.pdf>. (Consultado el 6 de septiembre de 2012).
7. Coronado J, Lujan M. Prevalencia a factores de riesgo cardiovascular en pacientes con insuficiencia renal crónica dializados en las unidades renales de la ciudad de Cartagena 2004-2007. *Rev. Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial*. 2009; 1 (4): 18-23.(Consultado el 6 de septiembre de 2012) Disponible en: <http://www.asocolnef.com/userfiles/file/Revista%20Asocolnef%20Oct%20-%20Dic%202009.pdf>

8. Durán A, Valderrama L, Uribe AF, González A, Molina JM. Enfermedad crónica en adultos mayores. Univ. Méd. Bogotá (Colombia). 2010. 51 (1): 16-28. (Consultado el 4 de septiembre de 2012); Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%E1g.%2016-28.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud/OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de Orientación. Ediciones de la OMS Ginebra. 2011 Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf). (Consultado el 4 de septiembre de 2012).
10. García R, Tejuca A, Tejuca M, Sálcas E, Carmona MC, Fuentes L. De la teoría a la práctica: registros para el cuidado del paciente renal. Rev. Enfermería Global. 2004; 3 (2) Murcia (España). (Consultado el 6 de septiembre de 2012). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/545>
11. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005;17 (5/6):353–61.(Consultado el 3 de septiembre de 2012); Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>
12. Mautone M. Adherencia al tratamiento en hemodiálisis. Disponible en: <http://www.comepa.com.uy/emc/courses/C1/document/Ponencias/bioeticajornadaspa ysanduparadifundir.pdf?cidReq=C1>. (Consultado el 7 de septiembre de 2012).
13. Vinaccia, S, Quiceno, J. Resiliencia y Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica. Buenos Aires (Argentina) Rev. Argentina de Clínica Psicológica.2011; 20 (3):201-211 (Consultado el 10 de septiembre de 2012) Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=281922826002>
14. Páez A, Jofré M, Azpiroz C. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Rev. Universitas Psychological. Bogotá. 2009: 8 (1): 117-124 (Consultado el 21 de febrero de 2013). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a9.pdf>
15. Daugirdas J, Blake P, Tood I. Manual de Diálisis. 4a ed. Madrid: Lippincott Williams y Wilkins; 2008.
16. Osorio D, Serna K, Vélez GC. Inasistencia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica a su tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal de Fresenius Medical Care en Armenia durante el primer semestre del año 2011. Universidad Católica de Manizales. 2011: 1-39 (Consultado el 21 de febrero de 2013) Disponible en:

<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/10839/193/1/Diana%20patricia%20Oosorio%20choa.pdf>

17. Villavicencio C, Ramírez A, Sáez J. Nivel de conocimiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal de los pacientes que reciben hemodiálisis y el reingreso por el servicio de emergencia. Hospital Central Militar. Lima. Rev. Ciencias de la Salud. 2006; 1(1): 1-5 (Consultado el 21 de febrero de 2013). Disponible en: <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/file/70-74.pdf>
18. Flores, J. Insuficiencia renal crónica: epidemiología y factores de Riesgo. Chile. Rev. Med. Clin. Condes. 2010; 21 (4): 502-507. (Consultado el 9 de septiembre de 2012). Disponible en: [http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED\\_21\\_4/01\\_Dr\\_Flores.pdf](http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_21_4/01_Dr_Flores.pdf)
19. García A, Leiva F, Martos F, García AJ, Prados D, Sánchez F. *et al.* ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Málaga (España) Rev. Medicina de Familia. 2000; 1 (1): 13-19. (Consultado el 6 de septiembre de 2012). Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/numero%201/013-19.pdf>
20. Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Rev. Universitas. Psychologica. 2008; 5 (3): 487-500. (Consultado 3 de septiembre de 2012). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttexty pid=S1657-92672006000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttexty pid=S1657-92672006000300005&lng=es&nrm=iso)
21. Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento: Implicaciones de la no-adherencia. Colombia Rev Acta Médica Colombiana. 2005; 30 (4): 268-273. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1631/163113820004.pdf>.
22. Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud/OMS, 2004; traducción de la OPS. Artículo en línea. (Consultado el 7 de septiembre de 2012). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>
23. Soria R, Vega C, Nava C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Rev. Altern. Psicol. Mexico. 2009; 14 (20): 89-103 (Consultado el 12 de noviembre de 2012). Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttexty pid=S1405339X2009000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttexty pid=S1405339X2009000100008&lng=pt&nrm=iso)
24. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas y promoción de la salud. (Consultado el 15 de septiembre de 2012). Disponible en: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/).

25. Guerra V, Díaz A, Vidal K. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. *Revista Universidad de Concepción*. Chile: 2010. (Consultado el 10 de septiembre de 2012). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26\\_2\\_10/enf07210.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_2_10/enf07210.htm)
26. Vila M, García N, Gómez AM; García R, Tejuca M, Tejuca A. Cumplimentación terapéutica de pacientes en diálisis. *Hospital U Puerto Real*. Cadiz (Consultado el 21 de febrero de 2013). Disponible en: [http://www.revistaseden.org/files/1822\\_h8.pdf](http://www.revistaseden.org/files/1822_h8.pdf)
27. Ortego M. La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. *Rev. Educare21*; 8 Valencia (España); 2004. (Consultado el 10 de noviembre de 2012). Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando2.htm>
28. García M. Relación Médico-Paciente: Adherencia al Tratamiento en Enfermedades Crónicas. *Rev. Eprocad*. Abril Bs As (Argentina): 2007 (Consultado 10 de noviembre de 2012). Disponible en: [http://www.fuedin.org/ArticulosDestacados/Sub\\_07/Art\\_04\\_07.htm](http://www.fuedin.org/ArticulosDestacados/Sub_07/Art_04_07.htm)
29. Ochando A, Royuela C, Hernández M, Lorenzo F, Paniagua F. Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica. *Rev. Seden Org*. 2008; 11(4): 271-276 (Consultado el 21 de febrero de 2013). Disponible en: <http://www.revistaseden.org/imprimir.asp?idArticulo=2093>
30. D'Achiardi R, Ariza M. Insuficiencia Renal Crónica. En: Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. *Nefrología*. 4ª ed. Medellín: Fondo Corporación para Investigaciones Biológicas. 2008: 728-38
31. Machuca M, Martínez F, Faus M. Informe farmacéutico-médico según la metodología Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico y no-farmacológico. *Rev. Pharm Care Esp*: Granada (España): 2000: 2:358-363. (Consultado el 10 de septiembre de 2012). Disponible en: <http://www.ugr.es/~cts131/documentos/DOC0023.PDF>
32. Martin L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*, sep.-dic. Santiago de Cuba.2004; 30(4): 10-20.(Consultado el 14 de septiembre de 2012). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_4\\_04/spu08404.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm)
33. Agrest A. La adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas. *Rev Medicina*. Sociedad Argentina de Investigación Clínica. Buenos Aires 2007; 57 (1): 111-13. (Consultado el 15 de septiembre de 2012). Disponible en: <http://books.google.com.co/books?id=9WnXip7NmMQCy&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q=Adherenciay&f=false>
34. Saad C, Sepúlveda G, Ibañez E, Flores C, Herrán M, Márquez N, et al. Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del

- Hospital Militar Central, Bogotá. Rev. Colombiana de Enfermería. 2008; 3 (3):61-67 (Consultado el 11 de septiembre de 2012). Disponible en: [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen3/adherencia\\_pacientes\\_insuficiencia\\_renal\\_cronica\\_sesiones\\_hemodialisis\\_hospital\\_militar\\_central.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen3/adherencia_pacientes_insuficiencia_renal_cronica_sesiones_hemodialisis_hospital_militar_central.pdf)
35. Palacin F, Silva J, Krotter L. Factores cognitivos en la adherencia al tratamiento. En: IX Congreso Internacional de Psicología. Buenos Aires: 2002. Disponible en: [www.equipsy.com.ar/archivo/files/FCCognitivos.doc](http://www.equipsy.com.ar/archivo/files/FCCognitivos.doc). (Consultado el 15 de septiembre de 2012).
  36. Brannon, L., & Feist, J. Adherencia a las prescripciones médicas. In Brannon L & Feist, J Psicología de la salud (pp. 107-137). Madrid, España: Paraninfo
  37. Infac.com. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Boletín. 19 (1) Euskadi: 2011 Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85pkcevi04/eu/contenidos/informacion/cevime\\_infac/eu\\_miez/adjuntos/infac\\_v19\\_n1.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85pkcevi04/eu/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf). (Consultado el 14 de septiembre de 2012)
  38. Bustos N, Mejía A. Influencia de los factores socioeconómicos para la no-adherencia de los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad Renal RTS Santa Rita. Valledupar. 2006 Trabajo de Grado (Enfermera) Universidad Popular del Cesar. Facultad de Ciencias de la Salud
  39. Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. Salud, Barranquilla, 2010. 26 (2). Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttexty pid=S0120-55522010000200004y lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttexty pid=S0120-55522010000200004y lng=es&nrm=iso). (Consultado 10 de noviembre de 2012).
  40. Ayala A. Factores psicosociales que intervienen en la adherencia al tratamiento, en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Monografía en línea. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos67/factores-psicosociales/factores-psicosociales.shtml>. (Consultado el 10 de noviembre de 2012).
  41. Reyes F. Hemodiálisis y terapias continuas. Gac Méd Méx.2008; 144 (6) 517-19 (Consultado el 14 de septiembre de 2012). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2008/gm086j.pdf>
  42. Valderrama F, Fajardo C, Guevara, R, Gonzales V, Hurtado, A. Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. Revis de Nefrología. 2002; 22 (3). Lima (Perú). (Consultado 10 de septiembre de 2012) Disponible en: <http://revistanefrologia.com/revistas/P1-E194/P1-E194-S132-A3499.pdf>

43. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, 4 de octubre. Por el cual se establecen las normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C; 1993 (Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=25017&id\\_seccion=1784&id\\_ejemplar=2583&id\\_revista=115](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=25017&id_seccion=1784&id_ejemplar=2583&id_revista=115)). (Consultado el 28 de octubre de 2012).
44. Colombia. Ley 911 de octubre 5 de 2004. Disponible en: [http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=46&Itemid=59](http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=59). (Consultado 28 de octubre de 2012)
45. Organización Mundial de la Salud OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [monografía en Internet]. Washington, D.C: LILACS ID; 2012. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-426503>. (Consultado el 24 noviembre de 2014)
46. Franco A, Silva-Valido J, Soto-Martínez O, Franco-Bonal AJ. Evaluación de adherencia terapéutica en el adulto mayor. Revista de información Científica Guantánamo 2010; 68(Consultado el 24 de noviembre de 2014).
47. Puigventos F Llodrá V, Villanova M, Delgado O, Lázaro M, Forteza-Rey J, Serra J, et al. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la Insuficiencia renal crónica asociada a hipertensión arterial: Revisión sistemática (PubMed) de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011; Revista Semergen Medicina Familiar Elsevier España. Vol. 38. Núm. 05. Julio 2012 - Agosto 2012 Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen---medicina-familia-40/cumplimiento-farmacologico-tratamiento-hipertension-arterial-revision-los-90145136-formacion-continuada-2012>. (Consultado el 24 de noviembre de 2014).
48. Martín L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Revista Cubana Salud Pública. 2013; 30(4):350-2. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_4\\_04/spu08404.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm). (Consultado el 24 de noviembre de 2014).
49. Agámez A, Hernández R, Cervera L, Rodríguez Y. Factores relacionados con la no-adherencia al tratamiento. Arch. méd. Camaguey 2008; 12(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552008000500009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552008000500009&script=sci_arttext). (Consultado el 25 de noviembre de 2014)
50. Coca A, Aranda P, Bertomeu V, Bonet A, Esmatjes E, Guillén F, et al. Estrategias para un control eficaz de la hipertensión Arterial en España. Documento de Consenso Rev Esp Cardiol. 2010; Vol. 58 Núm.04:359-66. Disponible en: [www.semeg.es/docs/docum/Consenso\\_Control\\_Hipertension.pdf](http://www.semeg.es/docs/docum/Consenso_Control_Hipertension.pdf). (Consultado el 25 de noviembre de 2014)



51. De La Figuera M, Arnau J, Brotons C. Hipertensión arterial en atención primaria: evidencia y práctica clínica. Barcelona:Euromedicine. Ediciones Médicas; 2012. (Consultado el 25 de noviembre de 2014)
52. Lancheros L, Pava A, Bohórquez P. Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. *Diaeta* (B.Aires) 2010; v.28 (133):17-23. Disponible en: [www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v28n133/v28n133a03.pdf](http://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v28n133/v28n133a03.pdf). (Consultado el 25 de noviembre de 2014).
53. Salcedo A, Gómez A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial. *Av.Enferm.* 2014 Jan; 32(1): 33-43. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002014000100004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002014000100004&lng=en).
54. Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (2): 201-211. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/961/826.pdf>.
55. Martínez, P. Rodríguez, L. Agudelo, C. Equidad en la política de los Sistemas de salud. En: revista *Salud Pública*; 2010; vol.3.p.23. Disponible en: [www.bdigital.unal.edu.co/22100/1/18664-60626-1-PB.pdf](http://www.bdigital.unal.edu.co/22100/1/18664-60626-1-PB.pdf) (Consultado el 26 de noviembre de 2014)
56. Rodríguez A, Gómez A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular en la Fundación Cardiovascular de Colombia. Tesis para optar al título de Magister en Enfermería Bogotá. Universidad Nacional. Facultad de enfermería. 2008. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/ojs/index.php/avenferm/article/view/15656> (Consultado el 30 de noviembre de 2014)

# **ANEXOS**

Anexo 1. Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad e identificado (a) con  
cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ con domicilio en la ciudad de  
\_\_\_\_\_ dirección \_\_\_\_\_ y  
teléfono \_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que luego de la explicación realizada por estudiantes de enfermería de la Universidad de Cartagena acerca de la investigación a realizar **sobre Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de sustitución renal en pacientes de una unidad de diálisis en la ciudad de Cartagena 2012** autorizo participar en dicha investigación y a todas las actividades realizadas en esta.

En Cartagena de Indias a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_

**PACIENTE**

**INVESTIGADORAS**

\_\_\_\_\_  
**Firma**  
**c.c.**

\_\_\_\_\_  
**Jenny Vanessa Llanos**  
**Diana Patricia Llanos**

Anexo 2. Encuesta sobre las características demográficas de los pacientes que asisten a terapia de sustitución renal mediante hemodiálisis en la Fundación Andina Unidad Renal en la ciudad de Cartagena de Indias entre el 1° de enero del 2012 al 31 de septiembre de 2014.

MARCAR CON UNA X LA CASILLA QUE CORRESPONDA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2

1. Edad del paciente (en años)	<input type="text"/>		
2. Sexo del paciente		5. Estrato Socioeconómico	
Femenino	<input type="checkbox"/>	Uno	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>	Dos	<input type="checkbox"/>
		Tres	<input type="checkbox"/>
3. Estado civil del paciente		Cuatro	<input type="checkbox"/>
Soltero	<input type="checkbox"/>	Cinco	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>	Seis	<input type="checkbox"/>
Unión Libre	<input type="checkbox"/>		
Divorciado	<input type="checkbox"/>	6. Escolaridad del paciente	
Viudo	<input type="checkbox"/>	No estudió	<input type="checkbox"/>
Separado	<input type="checkbox"/>	Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
		Primaria completa	<input type="checkbox"/>
4. Seguridad Social		Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Régimen contributivo	<input type="checkbox"/>	Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Régimen subsidiado	<input type="checkbox"/>	Técnica incompleta	<input type="checkbox"/>
Régimen especial	<input type="checkbox"/>	Técnica completa	<input type="checkbox"/>
No pertenece a ningún régimen	<input type="checkbox"/>	Superior incompleta	<input type="checkbox"/>
		Superior completa	<input type="checkbox"/>
		Postgrado	<input type="checkbox"/>

Anexo 3. Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Versión 4

### **Instrucciones**

A continuación encuentra usted, una serie de ítem que expresan aspectos o experiencias que influyen, en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la FRECUENCIA con que ocurre cada evento en su situación en particular.

<b>FACTORES INFLUYENTES</b>			
<b>I DIMENSIÓN: Factores Socioeconómicos</b>	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)			
2. Puede costearse los medicamentos.			
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.			
4. (-) Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
5. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
6. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			

<b>FACTORES INFLUYENTES</b>			
<b>II DIMENSIÓN: Factores Relacionados con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud</b>	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
7. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
8. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
9. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			
10. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.			
11. En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.			
12. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.			
13. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
14. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo es sus hábitos.			

<b>FACTORES INFLUYENTES</b>			
<b>III DIMENSIÓN: Factores relacionados con la terapia</b>	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
15. (-) Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
16. (-) Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
17. (-) Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
18. (-) Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
19. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
20. (-) Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			

<b>FACTORES INFLUYENTES</b>			
<b>IV DIMENSIÓN: Factores Relacionados con el Paciente</b>	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
21. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
22. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
23. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
24. Cree que es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			



Anexo 4. TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1. Caracterización sociodemográficas de los pacientes con Insuficiencia renal que asisten a consulta externa en una IPS de tercer nivel: Cartagena 2012

<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Femenino	105	54,12
Masculino	89	45,88
Total	194	100,00
<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Entre 20-29 años	2	1.03
Entre 30-39 años	3	1.55
Entre 40-49 años	22	11.33
Entre 50-59 años	101	52.06
>60 años	66	34.03
TOTAL	194	100,00
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Soltera(o)	14	7,22
Separada(o)	24	12,37
Casada(o)	45	23,20
Divorciada(o)	4	2,06
Viuda(o)	47	24,23
Unión Libre	60	30,92
Total	194	100,00
<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Primaria Incompleta	32	16,49
Primaria completa	47	24,23
Secundaria Incompleta	37	19,07
Secundaria Completa	72	37,11
Técnica Incompleta	5	2,58
Técnica Completa	1	0,52
Total	194	100,00
<b>ESTRATO SOCIOECONOMICO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	135	69,59
2	47	24,23
3	9	4,64
4	3	1,55
Total	194	100,00

<b>AFILIACIÓN EN SALUD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Régimen contributivo	44	22,70
Régimen Subsidiado	150	77,30
Total	194	100.00

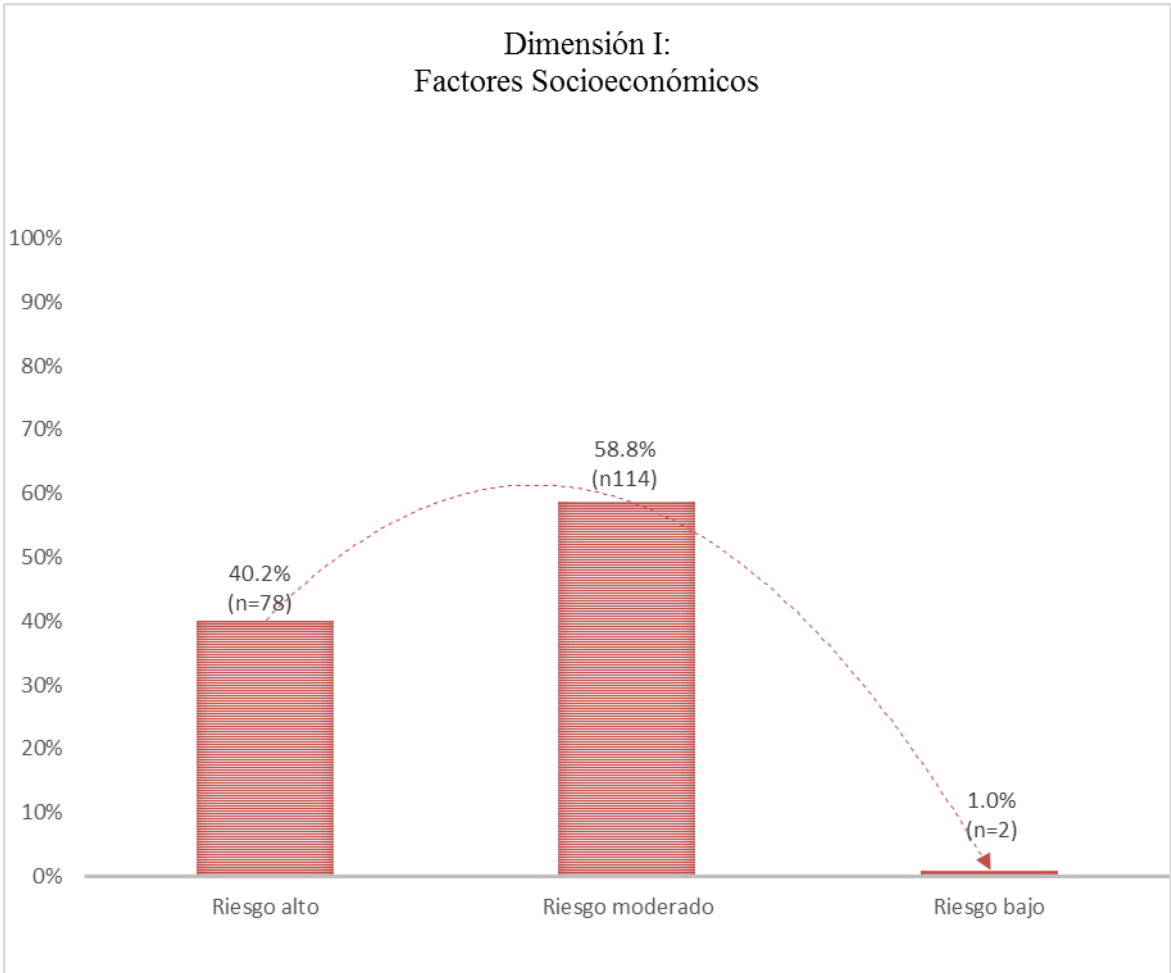
**Fuente:** Datos de Estudio

Tabla 2. Dimensión I: Factores socioeconómicos.

<b>I DIMENSIÓN:</b>							
<b>Ítem</b>	<b>Factores Socioeconómicos</b>	<b>NUNCA</b>	<b>%</b>	<b>A VECES</b>	<b>%</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>%</b>
1	Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)	3	1,5	56	28,9	<b>135</b>	<b>69,6</b>
2	Puede costearse los medicamentos.	78	40,2	<b>106</b>	<b>54,6</b>	10	5,2
3	Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.	2	1,0	<b>146</b>	<b>75,3</b>	46	23,7
4	Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.	11	5,7	<b>168</b>	<b>86,6</b>	15	7,7
5	Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.	10	5,2	79	40,7	<b>105</b>	<b>54,1</b>
6	Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.	1	0,5	14	7,2	<b>179</b>	<b>92,3</b>

Fuente: Datos Escala para evaluar los factores que influyen en la adherencia.

Figura 1. Dimensión I: Factores Socioeconómicos



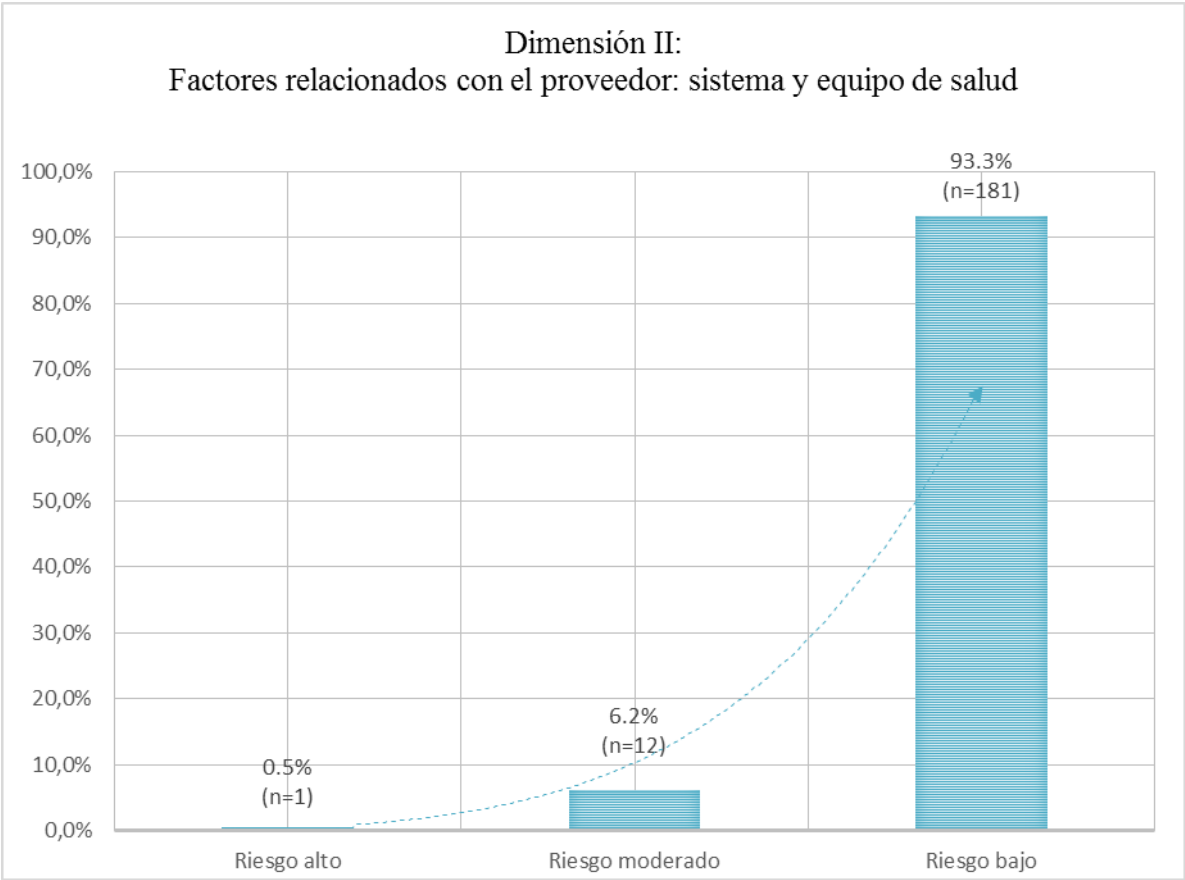
Fuente: Base de datos Programa Estadístico Statistical Package Socials Sciencies (SPSS) versión 17.0

Tabla 3 Dimensión II: Factores relacionados con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud.

<b>II DIMENSIÓN:</b>							
<b>Ítem</b>	<b>Factores Relacionados con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud</b>	<b>NUNCA</b>	<b>%</b>	<b>A VECES</b>	<b>%</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>%</b>
7	Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.	4	2,1	11	5,7	<b>179</b>	<b>92,3</b>
8	Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.	3	1,5	14	7,2	<b>177</b>	<b>91,2</b>
9	Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.	4	2,1	12	6,2	<b>178</b>	<b>91,8</b>
10	Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.	1	0,5	14	7,2	<b>179</b>	<b>92,3</b>
11	En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.	1	0,5	82	42,3	<b>111</b>	<b>57,2</b>
12	El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia, o usted, entienden.	2	1,0	17	8,8	<b>175</b>	<b>90,2</b>
13	El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.	1	0,5	10	5,2	<b>183</b>	<b>94,3</b>
14	Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo es sus hábitos.	14	7,2	39	20,1	<b>141</b>	<b>72,7</b>

Fuente: Datos Escala para evaluar los factores que influyen en la adherencia.

Figura 2. Dimensión II: Riesgo de no adherencia a los factores relacionados con el proveedor: Sistema y Equipo de Salud



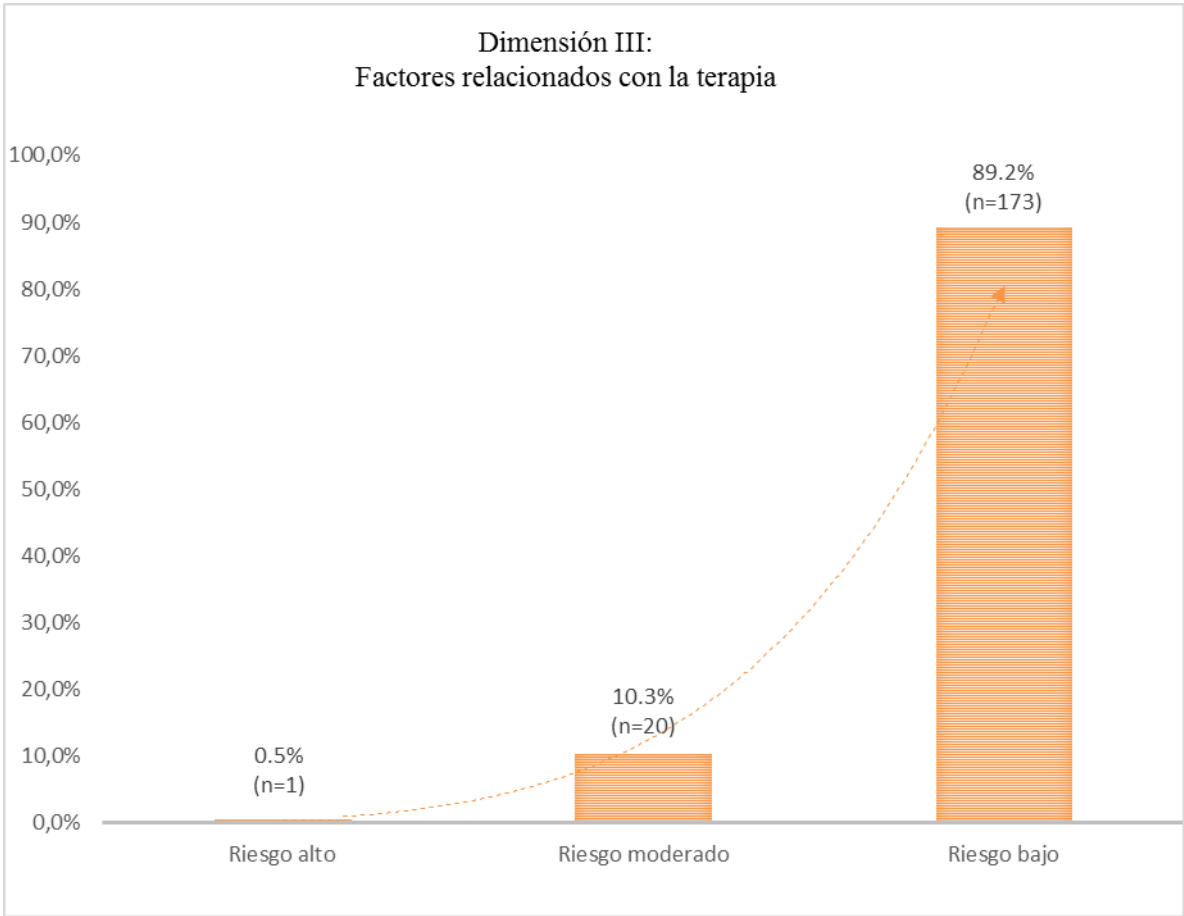
Fuente: Base de datos Programa Estadístico Statistical Package Socials Sciencies (SPSS) versión 17.0

Tabla 4. Dimensión III: Factores relacionados con la terapia.

<b>III DIMENSIÓN:</b>							
<b>Ítem</b>	<b>Factores relacionados con la terapia</b>	<b>NUNCA</b>	<b>%</b>	<b>A VECES</b>	<b>%</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>%</b>
15	Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.	<b>148</b>	<b>76.3</b>	35	18,0	11	5.7
16	Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.	<b>140</b>	<b>72.2</b>	52	26,8	2	1.0
17	Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.	<b>156</b>	<b>80.4</b>	30	15,5	8	4.1
18	Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.	<b>164</b>	<b>84.5</b>	16	8,2	14	7.2
19	Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.	61	31.4	<b>128</b>	<b>66,0</b>	5	2.6
20	Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.	32	16.5	<b>142</b>	<b>73,2</b>	20	10,3

Fuente: Datos Escala para evaluar los factores que influyen en la adherencia.

Figura 3. Dimensión III: Riesgo de no adherencia a los Factores relacionados con la terapia



Fuente: Base de datos Programa Estadístico Statistical Package Socials Sciencies (SPSS) versión 17.0

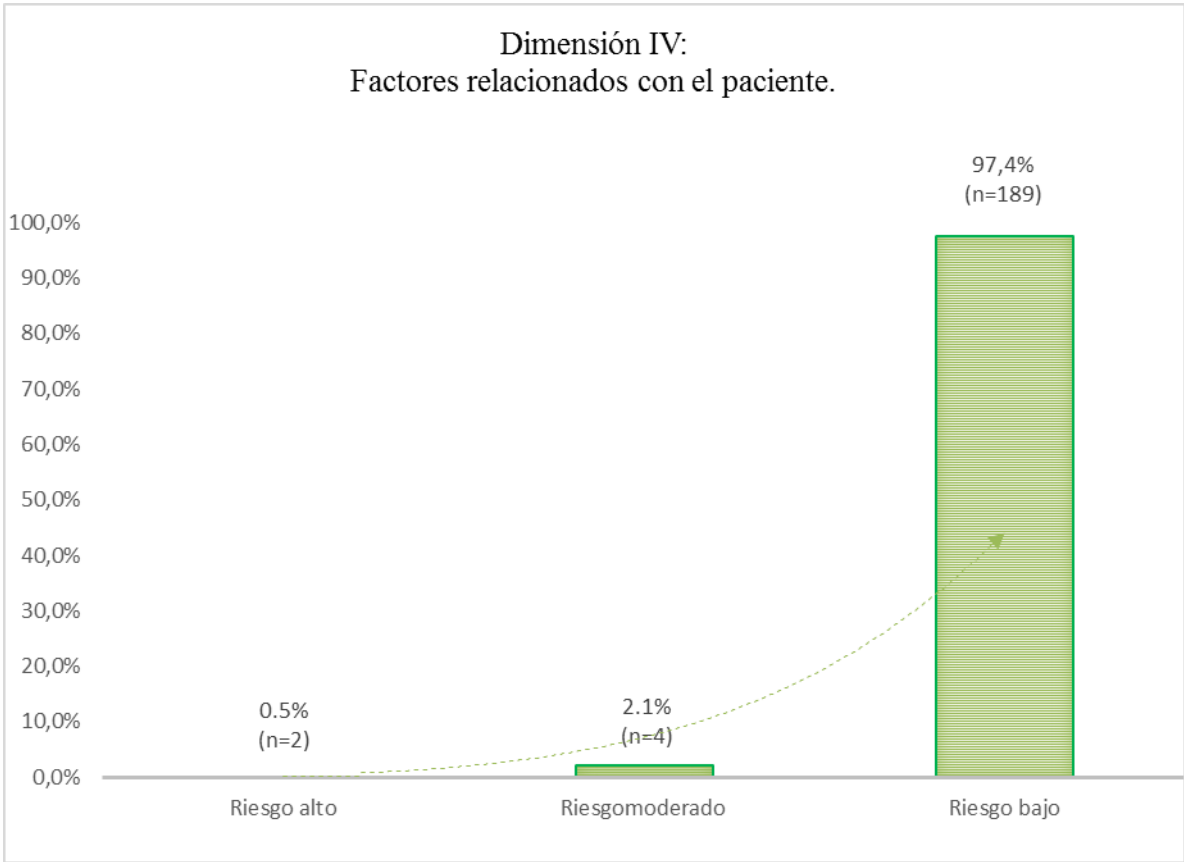


Tabla 5. Dimensión IV: Factores relacionados con el paciente.

<b>IV DIMENSIÓN:</b>							
<b>Ítem</b>	<b>Factores relacionados con el paciente</b>	<b>NUNCA</b>	<b>%</b>	<b>A VECES</b>	<b>%</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>%</b>
21	Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.	1	0,5	10	5,2	<b>183</b>	<b>94,3</b>
22	Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.	1	0,5	9	4,6	<b>184</b>	<b>94,8</b>
23	Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.		0,0	13	6,7	<b>181</b>	<b>93,3</b>
24	Cree que es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.	1	0,5	2	1,0	<b>191</b>	<b>98,5</b>

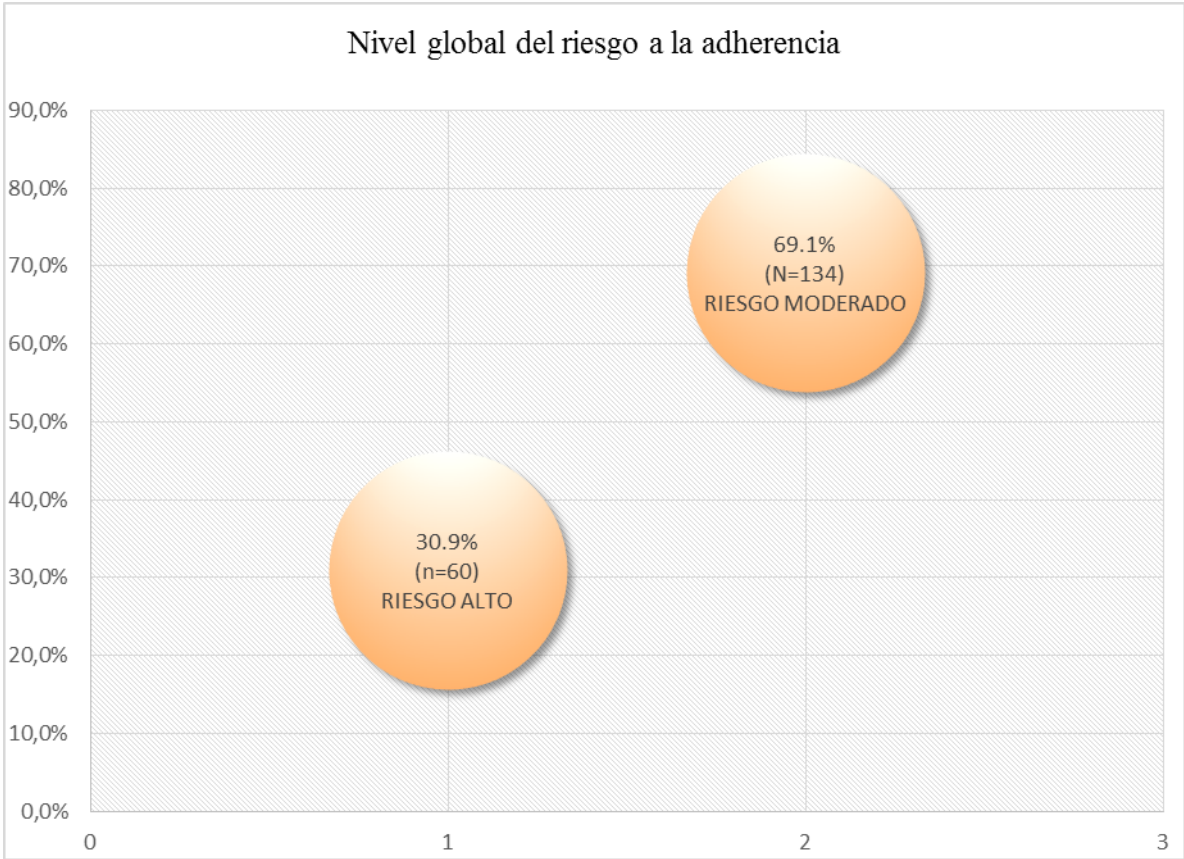
Fuente: Datos Escala para evaluar los factores que influyen en la adherencia.

Figura 4. Dimensión IV: Factores relacionados con el paciente



Fuente: Base de datos Programa Estadístico Statistical Package Socials Sciencies (SPSS) versión 17.0

Figura 5. Evaluación global de los grados de riesgo para la no adherencia en que se encuentran los pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten a hemodiálisis en una unidad de diálisis en la ciudad de Cartagena



Fuente: Base de datos Programa Estadístico Statistical Package Socials Sciencies (SPSS) versión 17.0