

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA**

**Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de  
hemodiálisis en pacientes del servicio de nefrología del  
Hospital Nacional Arzobispo Loayza - 2015**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Nefrología

**AUTOR**

Carol Criss Cossio Tanchiva

**ASESOR**

Shirley Contreras Carpio

Lima - Perú

2017

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE  
HEMODIÁLISIS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA  
DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA – 2015**

*A Dios, por darme salud y vida para  
continuar en la lucha constante para  
poder culminar mis estudios de  
enfermería especialista en Nefrología*

*A la Mg. Shirley Contreras Carpio  
por su valiosa orientación y asesoría  
en la elaboración y culminación del  
presente trabajo de investigación*

*A los docentes de la especialidad,  
por su apoyo incondicional durante  
los años de formación profesional*

*A mis padres quienes me apoyaron y orientaron en todos los momentos para llegar a ser un profesional de éxito. Asimismo, a mis queridos hermanos por su apoyo incondicional para hacer de mí un profesional con éxito*

*A mis colegas de estudios quienes me dieron aliento y apoyo para lograr culminar el estudio*

*Al Director del Hospital Nacional Arzobispo Loayza por la facilidad otorgadas para realizar el estudio. Asimismo, mi más sincero agradecimiento a los pacientes del Servicio de Nefrología por su valiosa colaboración en la implementación del presente trabajo de investigación*

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	vii
PRESENTACION	1
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	2
1.1. Situación problemática	2
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos	6
1.5. Propósito	6
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO:	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Base teórica	11
2.3. Definición operacional de términos	42
CAPITULO III. METODOLOGÍA	43
3.1. Tipo y diseño de la investigación	43
3.2. Lugar de estudio	43
3.3. Población de estudio	44
3.4. Criterios de selección	44
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.6. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información	45
3.7. Consideraciones éticas	46
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
4.1. Resultados	47
4.2. Discusión	53
CAPITULO V. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	58
5.1. Conclusiones	58
5.2. Recomendaciones	59
5.3. Limitaciones	59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
ANEXOS	64

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N°</b>		<b>Pág.</b>
1	Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima – Perú 2015	48
2	Factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del HNAL. Lima – Perú 2015	49
3	Factores familiares asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del HNAL. Lima – Perú 2015	50
4	Factores terapéuticos asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del HNAL. Lima – Perú 2015	51
5	Factores institucionales asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del HNAL. Lima – Perú 2015	52

## RESUMEN

**AUTOR:** COSSIO TANCHIVA CAROL CRISS

**ASESOR:** CONTRERAS CARPIO SHIRLEY

El objetivo fue determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2015. **Material y Método:** El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes con IRC que no asisten al tratamiento de hemodiálisis. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. **Resultados:** Del 100% (30), 63.3% (19) están presentes y 36.7% (11) ausentes. Los factores personales, 53.3% (16) están presentes y 46.7% (14) ausentes. Los factores familiares, 70% (21) están presentes y 30% (09) ausentes. Los factores terapéuticos, 60% (18) están presentes y 40% (12) ausentes. Los factores institucionales, 60% (18) están presentes y 40% (12) ausentes. **Conclusiones:** Los factores condicionantes a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica en el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; están presentes en las dimensiones personales, familiares, terapéuticos e institucionales.

**Palabras clave:** *factores asociados, adherencia, tratamiento de hemodiálisis, pacientes con insuficiencia renal crónica*

## ABSTRACT

AUTHOR: COSSIO TANCHIVA CAROL CRISS

ADVISOR: CONTRERAS CARPIO SHIRLEY

The objective was to determine the factors associated with non-adherence to hemodialysis treatment in patients of the Nephrology Service of the Arzobispo Loayza National Hospital – 2015. **Material and Method:** The study is of application level, quantitative type, descriptive method, cross-sectional. The population consisted of 30 patients with CRI who did not attend hemodialysis treatment. The technique was the survey and the instrument was the questionnaire. **Results:** Of the 100% (30), 63.3% (19) are present and 36.7% (11) are absent. Personal factors, 53.3% (16) are present and 46.7% (14) are absent. The family factors, 70% (21) are present and 30% (09) are absent. The therapeutic factors, 60% (18) are present and 40% (12) are absent. Institutional factors, 60% (18) are present and 40% (12) are absent. **Conclusions:** Factors conditioning non-adherence to hemodialysis treatment in patients with chronic renal failure in the Nephrology Service of the Arzobispo Loayza National Hospital; Are present in the personal, family, therapeutic and institutional dimensions.

**Key words:** *associated factors, adherence, hemodialysis treatment, patients with chronic renal failure*



## **PRESENTACIÓN**

La enfermedad renal crónica dentro de uno de los tratamientos está la terapia sustitutiva de hemodiálisis que puede ocasionar serios cambios en su estilo de vida. De modo que es importante promover en el paciente la adherencia al tratamiento dialítico, ya que constituye la principal dificultad a la que se enfrenta el equipo de salud, es por ello que se identifique y aborde los factores condicionantes que afectan este problema para aumentar la calidad de vida del paciente con IRC.

El presente estudio titulado: “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”; tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. Con el propósito de identificar las situaciones más prevalentes en la adhesión al tratamiento para establecer estrategias orientadas a promover la mayor adherencia, aumentar la sobrevida y mejorar la calidad de vida contribuyendo a evitar complicaciones y secuelas que conllevan a grandes limitaciones progresivas e irreversibles.

El estudio consta de Capítulo I. Introducción; que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación e importancia, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico; que expone los antecedentes, bases teóricas y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología; que incluye el tipo y diseño de investigación, lugar de estudio, población de estudio, criterios de selección, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento para el análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente, se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

#### 1.1. Situación problemática

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es un problema de salud pública a nivel mundial, ya que el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo; toda vez que cada año un millón de personas fallece como consecuencia directa o indirecta de la insuficiencia renal. Más de 1'700,000 personas en todo el mundo se encuentran en tratamiento sustitutivo y, sin embargo, menos del 5% (alrededor de 63,000 personas) se benefician de un trasplante.<sup>1</sup>

Esta patología, representa un impacto llamado “epidemia” de la IRC; en Estados Unidos o Japón la incidencia es de 150 a 200 pacientes por millón de habitantes y la prevalencia está entre 1100 y 1300 pacientes por millón de habitantes; sin embargo, en los países latinoamericanos tienen entre 200 y 600 pacientes por millón de habitantes.<sup>2</sup>

En el Perú entre 200 y 300 mil personas son portadoras de insuficiencia renal crónica y más de 2 millones 500 mil personas se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad. El mal no diagnosticado y no tratado a tiempo puede llevar a serios problemas de salud incluida la insuficiencia renal en estadio terminal de enfermedad renal. Sin embargo, detectado a tiempo se puede manejar o detener la enfermedad.<sup>3</sup>

Los pacientes con el transcurrir del tiempo suelen desarrollar enfermedades cardiovasculares, huesos débiles, un ataque cardíaco y cerebral, daño de nervios (Neuropatía) o hipertensión arterial. Asimismo, el mal puede causar falla renal, anemia o disminución de glóbulos rojos y hasta la muerte.<sup>4</sup>

Asimismo, la IRC no sólo afecta el estado de salud del paciente y además repercute en el estado emocional, económico y social, ya que al ingresar al programa de terapia de reemplazo renal, se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, que implica modificar su vida social, alimentación, restringir los líquidos, en algunos experimentar la pérdida de esperanza de trasplante renal y en muchos casos sufrir el abandono familiar.<sup>5</sup>

Todo, ello afecta notablemente al paciente, disminuyendo su adherencia al tratamiento y en algunos casos conduciéndolo a adquirir conductas negativas al tratamiento de hemodiálisis; como en una baja adhesión a llevar las indicaciones prescritas, irregularidad o abandono en la asistencia a las sesiones. Motivados por factores personales, sociales e institucionales porque imponen numerosas restricciones y alteraciones en el estilo de vida del paciente, que hacen más difícil la rehabilitación y repercuten en el ajuste psicológico y en la calidad de vida.<sup>6</sup>

El objetivo de la terapia de sustitución renal no es sólo prolongar la vida, sino que también restaurar la calidad de esta, para lograrlo es fundamental que los pacientes se adhieran de la mejor forma posible a su tratamiento, a fin de disminuir las complicaciones que pueden surgir con la enfermedad.<sup>7</sup>

Existe evidencia de que la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis es uno de los mayores problemas en los pacientes con IRC, probablemente por las características de la enfermedad y su tratamiento; conllevando a mayores complicaciones y costo en hospitalizaciones debido a la presencia de síndrome urémico, problemas cardiacos, edema pulmonar, pancreatitis aguda, enteropatía, etc.; que conducen a la muerte del paciente.

Se estima que la no adherencia en pacientes con enfermedades crónicas llega al 45%, cifra que puede incrementarse cuando los regímenes terapéuticos consisten en un cambio de hábitos o estilos de vida; y en el caso del tratamiento de hemodiálisis, sólo el 50% se adhiere al régimen de tratamiento.<sup>8</sup>

En el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, al interactuar con pacientes que padecen IRC expresaron: “a causa de la enfermedad perdí el trabajo”, “salgo a sesiones dialíticas 3 a 4 semanales”, “tengo vergüenza por mi enfermedad”, “me duele mucho realizar el tratamiento”, “salgo descompensado de la diálisis y no puedo trabajar”, “soy un estorbo para mi familia”, “mi esposo se fue con otra mujer, porque me ve de un color azulado, el pelo reseco y mi cara con manchas”, “no quiero ir al hospital por temor a que me vean mis amigos o vecinos”, entre otros aspectos.

Por lo expuesto, se puede formular algunas interrogantes referido a: ¿Cuál es la actitud del paciente hacia la enfermera renal crónica?, ¿Cuál es la percepción del paciente sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de hemodiálisis?, ¿Cuál es el conocimiento de los familiares sobre el autocuidado en el hogar?, ¿Cuáles son los factores que evitan en la adherencia al tratamiento renal?; entre otros.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2015?.

## **1.3. Justificación**

Dado el incremento de complicaciones que afectan la función renal, es importante favorecer en el paciente renal la adherencia al tratamiento dialítico, toda vez que constituye la principal dificultad que enfrenta el equipo de salud en una unidad renal. Por lo que es necesario tener en cuenta la asistencia a la hemodiálisis como parte fundamental de la adherencia al tratamiento, proceso difícil tanto para el paciente como para su familia, ya que con frecuencia afecta y/o repercute en su estilo de vida haciendo que se altere su ritmo habitual de vida, discapacidades físicas, ausencia de apoyo familiar, entre otros; los cuales debemos tener en cuenta para poder establecer estrategias puntuales que disminuyan las inasistencias o no adherencia al tratamiento.

Por lo que el profesional de enfermería que labora en el Servicio de Hemodiálisis, debe formular los criterios de actuación en educación en salud para conseguir la mayor adherencia a su tratamiento que permita sobrellevar su enfermedad, aumentar la sobrevida y mejorar la calidad de vida de los pacientes contribuyendo a evitar complicaciones y secuelas que conllevan a grandes limitaciones progresivas e irreversibles.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2015.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Identificar los factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Identificar los factores familiares asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Identificar los factores terapéuticos asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Identificar los factores institucionales asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

## **1.5. Propósito**

El propósito del estudio está orientado a proporcionar información actualizada a la institución y a las autoridades de enfermería, a fin de que a partir de los hallazgos pertinentes diseñar programas de educación para la salud orientados a promover la cultura de la prevención, así como la adopción de estilos de vida saludable a fin de disminuir las complicaciones y mejorar su calidad de vida.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

A nivel internacional

Claudio MadeiroI Antonio, Lopes Carrilho Pammela, Melo BonfimIII Isabela, Ribeiro BraqueaisI Adna, Elisangela Teixeira Francisca; el 2012, en Fortaleza Brasil, realizaron un estudio titulado: “*Adhesión de portadores de insuficiencia renal crónica al tratamiento de hemodiálisis*”. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo. La población estuvo conformada por 45 pacientes. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario estructurado. Las conclusiones fueron entre otras que:

*“Con base en el desarrollo del presente estudio, se vio que los pacientes tienen dificultad para adherirse al tratamiento de hemodiálisis, pero la búsqueda de maneras de lidiar con ella puede ser esencial para la vida. La mayoría de los pacientes con IRC no se han adaptado a la hemodiálisis, aunque el tratamiento requiere muchas privaciones, estos clientes se han adherido a ella, porque la hemodiálisis puede dar a estos pacientes una mayor supervivencia. Las principales dificultades en la adhesión fueron: transporte; tiempo de las sesiones; dolor de la punción de la fístula; factores financieros; dependencia de acompañantes; y, déficit de conocimiento. Las estrategias de adhesión fueron: miedo a la muerte; fe en Dios; esperanza de trasplante; y, soporte familiar.”<sup>9</sup>*

Perafán Cardenas Melissa; el 2012, en Santiago de Cali Colombia, realizaron un estudio titulado: *“Factores que afectan la adherencia a diálisis del paciente con insuficiencia renal crónica en una Unidad de Popayán”*. El método fue descriptivo de corte transversal. La población fue de 43 pacientes adultos crónicos con tratamiento de hemodiálisis. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones fueron que:

*“El cumplimiento de estas restricciones es un factor fundamental, relacionado directamente con el riesgo de morbimortalidad. Además de las restricciones dietéticas, los pacientes se ven sometidos a un tratamiento farmacológico que les obliga a veces a tomar de 15 a 20 fármacos diarios. En ocasiones los pacientes incumplen las recomendaciones dietéticas, especialmente la ingesta de líquidos interdiálisis, de hecho es uno de los indicadores de adhesión más utilizados en los estudios sobre el tema. En menor medida incumplen el tratamiento farmacológico, que en la gran mayoría de los casos es debido a olvido, a confusión o a malinterpretación de pautas médicas.”<sup>10</sup>*

Huertas Vieco María, Pérez García Rafael; el 2011, en Madrid España, realizaron un estudio titulado: *“Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica”*. El método fue descriptivo, observacional, de corte transversal llevado a cabo en 35 pacientes con enfermedad renal crónica en HD (hemodiálisis). La técnica fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario. las conclusiones fueron entre otras que:

*“Los pacientes no adherentes presentan índices de depresión significativamente más elevados que los adherentes al tratamiento farmacológico. La ansiedad, el deterioro cognitivo y el apoyo social no muestran relación estadísticamente significativa con el grado de cumplimiento. Conclusiones: Estos resultados sugieren que la intervención psicológica en pacientes en HD con mayores índices de depresión podría aumentar el grado de cumplimiento y bienestar general del enfermo renal.”<sup>11</sup>*



Álvarez Mabán Erik, Barra Almagiá Enrique; el 2010, en Concepción Chile, realizaron un estudio titulado: *“Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados”*. El método fue descriptivo-correlacional, de corte transversal. La población estuvo conformada por 54 pacientes de tres centros de diálisis. Los instrumentos fueron la Escala de Autoeficacia General, la Escala de Estrés Percibido, el Autoinforme de Adherencia y la Adherencia Objetiva. Las conclusiones fueron entre otros que:

*“Se observó que la autoeficacia general presentaba relaciones directas con el auto-informe de adherencia global y a medicamentos, pero no con los indicadores objetivos de adherencia. El estrés percibido no mostró relación significativa con la adherencia, mientras que los autoinformes de adherencia a medicamentos y a dieta mostraron una relación directa con la edad y una relación inversa con el tiempo de hemodiálisis”*.<sup>12</sup>

Contreras A Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura; el 2010, en Bogotá Colombia, realizaron un estudio titulado: *“Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”*. El método fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por y se registraron datos bioquímicos y clínicos. El instrumento fue el cuestionario de salud SF-36. Las conclusiones fueron que:

*“La adhesión al tratamiento parece fortalecer la percepción de control que tiene el individuo sobre su enfermedad y tratamiento, lo que puede tener incidencia sobre los aspectos emocionales, en los que este grupo reporta mayores niveles, relacionados con puntuaciones más altas en salud mental y en el componente mental en general, aspectos que podrían relacionarse a su vez con el menor dolor percibido en este grupo de pacientes”*.<sup>13</sup>

Guerra Guerrero Verónica, Díaz Mujica Alejandro, Vidal Albornoz Katherine; el 2010, en Concepción Chile, realizaron un estudio titulado: *“La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica”*. Se realizó una revisión bibliográfica documental de artículos que abordan la temática expuesta. Describir la importancia que tiene la educación en hemodiálisis como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes. Las conclusiones fueron entre otras que:

*“La educación, es una herramienta y estrategia que debe ser abordada acabadamente por los profesionales del área de la salud, para colaborar efectivamente, especialmente si se considera que el fenómeno de la mala adherencia al tratamiento, se asocia no sólo a una enfermedad de tipo crónica, sino que también a una enfermedad de tipo terminal”*.<sup>14</sup>

Ochando García Antonio, Royuela García Catalina, Hernández Meca Encarnación, Lorenzo Martínez Susana, Paniagua Fernando; el 2010, en Madrid España, realizaron un estudio titulado: *“Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica”*. El método fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 85 pacientes. Los instrumentos fueron dos cuestionarios, para valorar la satisfacción (SERVQHOS) y la adherencia terapéutica de los pacientes (test Morisky-Green). Las conclusiones fueron entre otras que:

*“Las principales causas de no adhesión al régimen terapéutico son dejar de tomar la medicación cuando les sienta mal y se olvida alguna vez de tomar los medicamentos; sin embargo, los pacientes toman la medicación a la hora indicada y no suspenden el tratamiento cuando se encuentran bien”*.<sup>15</sup>

Por los antecedentes expuestos se puede evidenciar que existen algunos relacionadas al estudio, el cual ha permitido estructurar la base teórica y metodología, a fin de diseñar estrategias orientadas a promover actividades preventivo promocionales en la adopción de estilos de vida saludables.

## **2.2. Base teórica**

### **GENERALIDADES SOBRE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)**

Se entiende por Insuficiencia Renal Crónica (IRC) a la pérdida progresiva e irreversible de la función renal. Se inicia con el deterioro progresivo del volumen de filtrado glomerular por el reclutamiento de nefronas dañadas, al que se agregan los trastornos tubulares de homeostasis y finalmente la falla de las funciones hormonales del órgano del riñón.<sup>16</sup>

La IRC, puede continuar su progresión hasta estadios terminales sin necesidad que opere el agente etiológico inicial. Esto pareciera también muy ligado al concepto de masa renal funcionante, la que al deteriorarse conduce a una situación de hiperfiltración compensadora de las nefronas sanas. Existe suficiente evidencia de que uno de los mecanismos de mayor relevancia para el daño nefronal es esta hiperfiltración.

Es la pérdida permanente e irreversible de la función renal que puede ser el resultado de daño físico y la presencia de diabetes o la presión arterial alta. Cuando los riñones se enferman no filtran los desechos o el exceso de agua de la sangre. Se le conoce como una enfermedad silenciosa porque no produce muchos síntomas sino hasta que la enfermedad ha progresado. Esta enfermedad afecta a la mayoría de funciones y sistemas corporales, incluyendo la producción de glóbulos rojos, el control de la presión arterial, la vitamina D y la salud de los huesos.<sup>17</sup>

## **Causas de la insuficiencia renal crónica (IRC)**

Existen muchas condiciones que dañan los riñones; sin embargo, la diabetes e hipertensión arterial son las dos causas más comunes y responsables en la mayoría de casos.<sup>18</sup>

- La diabetes que es la causa principal de esta alteración, ya que es una enfermedad crónica en donde no se produce suficiente insulina para ayudar a degradar la glucosa (azúcar) en la sangre, las grandes cantidades de sangre actúan como un veneno que daña los filtros y las arterias del riñón.
- El aumento de la presión sanguínea (hipertensión) es la segunda causa que favorece la insuficiencia renal crónica, ya que daña los filtros y las pequeñas arterias y venas del órgano, lo que causa un deterioro rápido del riñón.

## **Síntomas de la insuficiencia renal crónica (IRC)**

En la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), los signos y síntomas de la enfermedad se desarrollan lentamente. A continuación, se presentan los siguientes signos y síntomas como son:<sup>19</sup>

- Al inicio están ausentes y la alteración del riñón sólo se puede detectar con análisis de laboratorio. Una persona con insuficiencia renal entre ligera y moderada presenta sólo síntomas leves a pesar del aumento de la urea (un producto metabólico de desecho) en la sangre.
- Puede sentirse la necesidad de orinar varias veces durante la noche (nicturia) los riñones no pueden absorber el agua de la orina para concentrarla normalmente en la noche.

- A menudo aparece hipertensión arterial porque los riñones no pueden eliminar el exceso de sal y agua; puede conducir a un ictus (accidente cerebrovascular) o insuficiencia cardíaca.
- A medida que la insuficiencia renal evoluciona y se acumulan sustancias tóxicas en la sangre, el sujeto comienza a sentirse pesado, se cansa fácilmente y disminuye su agilidad mental.
- Conforme aumenta la acumulación de sustancias tóxicas, se pueden presentar síntomas como espasmos musculares, debilidad muscular y calambres; también puede experimentar sensación de hormigueo en las extremidades y perderse la sensibilidad en ciertas partes.
- Las convulsiones (ataques epilépticos) se pueden producir como resultado de la hipertensión arterial o alteraciones en la composición química de la sangre que provocan el mal funcionamiento del cerebro.
- La acumulación de sustancias tóxicas afecta también al aparato digestivo, provocando pérdida del apetito, náuseas, vómitos, inflamación de la mucosa oral (estomatitis) y un sabor desagradable en la boca, que pueden llevar a la desnutrición y a la pérdida de peso.
- La enfermedad renal avanzada desarrolla frecuentemente úlceras intestinales y hemorragias. La piel puede volverse de color marrón amarillento y en algunas ocasiones la concentración de urea es tan elevada que se cristaliza en el sudor, formando un polvo blanco sobre la piel (escarcha urémica). Algunos de los que sufren de insuficiencia renal crónica tienen picores generalizados muy molestos.

## **Diagnóstico de la insuficiencia renal crónica (IRC)**

Debe hacerse una evaluación física minuciosa. También son útiles los estudios de imagen como la tomografía computada, la pielografía intravenosa (estudio para evaluar las características de los riñones y el sistema de drenaje) y la angiografía (inyección de un líquido que permite evaluar las arterias que nutren al riñón).<sup>20</sup>

Algunas de estas pruebas son:

- **Creatinina.-** Es un producto de desecho que produce el organismo cuando convierte alimentos en energía y como resultado de la actividad muscular normal. Los riñones filtran la creatinina de la sangre y la desechan a través de la orina, en la enfermedad renal crónica se observan niveles altos de creatinina.
- **Tasa de filtración glomerular.-** Mide la tasa en la que los riñones filtran la sangre y se considera una excelente medida de la función renal.
- **Pruebas de orina.-** Puede detectarse la presencia de células rojas o blancas en la orina, lo que es un signo de la función renal.
- **Microalbúmina.-** Esta prueba se utiliza para detectar en la orina pequeñas cantidades de una proteína llamada albúmina.

## **Tratamiento de la insuficiencia renal crónica (IRC)**

El control de la presión arterial es importante para limitar el daño a los riñones, así como la protección contra ataques cardíacos y eventos vasculares. Es importante el control de los niveles de azúcar en los individuos con diabetes. La modificación de la dieta así como el menor consumo de proteínas y sal, pueden ser útiles para disminuir los síntomas de la enfermedad renal. Como la anemia es frecuente en personas con IRC es importante la administración de medicamentos que aumenten la cantidad de células rojas en la sangre. Los tratamientos sustitutivos son:<sup>21</sup>

- **Hemodiálisis:** (uso de un riñón artificial), que es la forma más habitual de diálisis. Se realiza normalmente en un centro de diálisis 3 veces a la semana durante 3-5 horas por sesión.
- **Diálisis peritoneal:** El uso del revestimiento abdominal como filtro natural, que suele aplicarse a diario en el hogar.
- **Trasplantes:** El trasplante renal restituyen la función renal sin necesidad de diálisis, aunque muchos candidatos a trasplantes comienzan su tratamiento de sustitución renal con diálisis mientras esperan un trasplante.

Se ha documentado una mayor calidad de vida y una mayor supervivencia a largo plazo con la opción del trasplante frente a la diálisis. La cirugía de trasplante renal implica la colocación de un nuevo riñón en la pelvis sin extraer los que están fallando. Algunos pacientes necesitan un período de diálisis antes de que el nuevo riñón comience a funcionar. La tasa de supervivencia a 10 años para los pacientes sometidos a tratamiento de sustitución renal es del 64% para los pacientes tras un primer trasplante renal y el 11% para los pacientes dializados.<sup>22</sup>

## **HEMODIÁLISIS (HD)**

La IRC es aquella situación patológica en la que se produce un fracaso global de todas las funciones renales, alterándose por tanto la función depuradora, la función reguladora y las funciones endocrino-metabólicas del riñón. La pérdida de las funciones depuradora y reguladora origina retención de productos metabólicos tóxicos y alteración en el volumen, en la concentración de solutos y en el equilibrio ácido-base de los distintos compartimentos corporales, poniendo en peligro la vida del paciente hasta acabar con ella, a menos que se establezca una sustitución de estas funciones.<sup>23</sup>

La pérdida de las funciones endocrino-metabólicas originan alteraciones notables en el organismo, sin embargo, no compromete la vida del paciente, aunque alteran la calidad de vida del mismo. La solución ideal sería aquella que permitiera sustituir eficazmente la totalidad de las funciones perdidas; sin embargo todavía desconocemos muchas de las funciones renales, y de aquellas conocidas solamente nos es posible suplir las que afectan a los mecanismos excretores renales.

En los últimos 30 años las técnicas sustitutivas de la función renal han experimentado un tremendo progreso que las han transformado de un procedimiento experimental lleno de riesgo, en un medio terapéutico de evidente eficacia y suficiente seguridad. Para sustituir estas funciones disponemos de distintos procedimientos de depuración extrarrenal como son HD y DP, según sea la membrana utilizada, y otros procedimientos de desarrollo más reciente como ultrafiltración y hemoperfusión.



## **Historia de la Hemodiálisis (HD)**

Llegado a este punto es obligado recordar cómo empezó esta apasionante aventura del tratamiento de la IRC Terminal. Si alguien merece sea considerado el padre de la diálisis, no cabe duda que ese honor debe recaer sobre un investigador escocés Thomas Graham, (1830) que a la edad de 25 años fue nombrado catedrático de química en la Universidad de Anderson de Glasgow y 7 años después al University College de Londres.

Graham sentó las bases de lo que más tarde llegó a ser la química de los coloides y entre otras cosas demostró que el pergamino de origen vegetal actuaba como una membrana semipermeable. Tensó este pergamino sobre un marco cilíndrico de madera y lo depositó sobre un recipiente de agua; luego colocó en él, como un tamiz un líquido que contenía cristaloides y coloides y pudo comprobar al cabo del tiempo que sólo los cristaloides pasaban a través del pergamino.<sup>24</sup>

En otro experimento similar utilizó orina, demostró que la materia cristaloides de esta orina se filtraba al agua, ya que tras evaporar ésta, quedaba en el fondo un polvillo blanco que parecía urea. Graham otorgó el nombre de DIÁLISIS a este fenómeno. Hasta 50 años después de los experimentos de Thomas Graham no tuvo lugar la aplicación práctica clínica de su descubrimiento.

En 1913 John Abel y sus colaboradores realizaron la primera diálisis en animales y describieron una serie de experiencias con un primitivo aparato que denominaron riñón artificial.

Pero fue el Dr. George Haas que, aplicando las ideas de Abel y compañeros, llega a practicar en 1926 la primera diálisis en un ser humano. La diálisis duró 35 minutos y aparte de una reacción febril, la paciente toleró bien el procedimiento.

Lógicamente no tuvo efectos terapéuticos. Posteriormente, Haas realizaría otras 2 sesiones de diálisis, con 2 pacientes urémicos y precisamente utilizando ya la heparina recientemente descubierta por Howell y Holt, aunque con grandes problemas para su purificación. Es en los años 40 cuando la aparición del riñón rotatorio de Koll y el desarrollado por Murray, cuando la HD llega a ser un procedimiento aceptado para una aplicación clínica.

Pero a pesar del éxito de Koll, la HD no tuvo gran difusión porque su realización presentaba numerosos problemas técnicos, ya que no se había conseguido una anti coagulación eficaz, aparecieron numerosas infecciones y sobre todo no se disponía de un acceso vascular eficaz y estable que permitiera aplicar la HD como un tratamiento sustitutivo más.

En 1955 la HD sólo se aplicaba en unos cuantos hospitales y en casos excepcionales ya que muchos consideraban un procedimiento experimental laborioso, caro y peligroso. Sin embargo, la utilización con éxito de esta técnica en numerosos casos de IRA propició un nuevo impulso para su desarrollo. La HD En pacientes con IRC hubo de esperar hasta 1960 aunque Quinton y Scribner implantaron el primer shunt externo, construido con finas paredes de teflón para insertarlo en la arteria radial y en la vena cefálica de los pacientes.

Todo ello, posibilitó el acceso repetido a la circulación de los mismos y el nacimiento en 1961 del primer programa de HDP siendo creada en Seattle (en el hospital de la Universidad de Washington) la primera unidad de HD ambulatoria de la historia.

A partir de este momento la evolución natural de la IRC ya no volvería a ser la misma, porque se había conseguido estandarizar un procedimiento para sustituir la función depuradora del riñón y evitar la muerte de estos pacientes. Había nacido el tratamiento de la IRC con HDP. La difusión de este procedimiento terapéutico fue extraordinaria y en pocos años se crearon numerosas unidades de HD.

Este shunt de Scribner presentaba la ventaja de ser utilizado inmediatamente después de su inserción y de ser utilizado repetidamente durante períodos relativamente largos de tiempo lo que permitió el nacimiento de programa de HDP. A pesar de ello el problema de encontrar un acceso vascular adecuado no se había resuelto por completo ya que este shunt limitaba los movimientos del paciente, requería meticulosos cuidados de limpieza y presenta frecuentes infecciones y trombosis.

En 1966 se produce un acontecimiento histórico cuando Cimino y Brescia describen la Fístula arterio-venosa interna (FAVI), la cual venía a resolver los problemas que habían quedado pendiente con el shunt de Scribner, ya que permite obtener un flujo sanguíneo adecuado, presenta baja incidencia de procesos infecciosos y/o trombóticos y es bien tolerado por el paciente.

## **Hemodiálisis en el Perú**

En el Perú, la hemodiálisis se inició en 1957 para los casos de insuficiencia renal aguda y desde 1967 para el tratamiento de los enfermos con insuficiencia renal crónica. Ha sido descollante el esfuerzo de un grupo de Nefrólogos peruanos que han aportado innovaciones que han permitido desarrollar este tratamiento en nuestro país. <sup>25</sup>

Podemos decir que en el Perú contamos con un sistema, liderado por EsSalud, nuestro antiguo Instituto de Seguridad Social (IPSS) y llamado antes Seguro Social del Perú, que cuenta con una organización que atiende directamente el tratamiento de los pacientes en Insuficiencia Renal con equipos de última generación y que coordina con muchos centros contratados la atención de un número creciente de asegurados. Mantiene una vigilancia de la calidad de la atención que se brinda. Este sistema informatizado está conectado con el Programa Nacional de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y debe coordinarse también con el Programa Nacional de Trasplantes a fin de lograr el mayor número de ellos.

Actualmente EsSalud sólo atiende a un 25% de la población nacional. El MINSA, Colegio Médico, Academia de Medicina están haciendo esfuerzos para lograr ampliar la atención médica en el Perú para toda la población. De lograrse ello el programa de atención a los enfermos con nefropatías tendrá que triplicarse y buscar otras medidas de prevención. Es fundamental contar con laboratorios de investigación incorporados a Departamentos de Nefrología de los grandes Hospitales de EsSalud.

## **Indicación de Hemodiálisis (HD)**

Para llevar a cabo el tratamiento con HDP debe resolverse previamente cuándo comenzar dicho tratamiento, a quien se debe aplicar y cómo debe manejarse el paciente antes de comenzar el tratamiento. En la actualidad, la indicación para comenzar el tratamiento con HD está clara en aquellos casos en los que el tratamiento conservador no consigue controlar los síntomas de la IR y el paciente se siente incapaz para desarrollar su vida normal.<sup>26</sup>

Los problemas surgen cuando el paciente con IRC no presenta síntomas claros de uremia. Por ello, se ha buscado en el aclaramiento de Creatinina, el parámetro objetivo para definir el momento ideal para comenzar la HD. La HD debe comenzar cuando el aclaramiento de creatinina se encuentra entre 5 y 10 ml/minuto, eligiendo, el momento adecuado en cada caso, según la situación clínica y la presencia o ausencia de síntomas urémicos. El segundo problema a resolver es la indicación o contraindicación del tratamiento con HD, debiendo tomarse la decisión de si debe o no ser incluido en programa de HD.

En la actualidad la relajación de criterios es casi absoluta y la HD se considera indicada en casi todos los pacientes con IRC. Esto ha hecho que aumente el número total de pacientes que anualmente comienzan tratamiento en HD y que aumente el número de aquellos que presentan limitaciones claras en su estado de salud y que no son trasplantables lo que supone una elevación porcentual de los llamados pacientes de alto riesgo.

## **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

La adherencia al tratamiento está definida como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas en una comunidad determinada. Desde la perspectiva psicosocial, fundamentalmente tres teorías han sido utilizadas como aproximaciones explicativas del fenómeno:<sup>27</sup>

- **Modelo de las Creencias sobre la Salud (MCS) (Becker y Rosenstok 1984)** según el cual las creencias del paciente sobre la susceptibilidad y severidad de la enfermedad, la percepción de beneficios y barreras, la motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud, constituyen aspectos asociados a conductas saludables, entre ellos, la adherencia.
- **Teoría de la auto-eficacia (Bandura 1997)** se refiere a las creencias en las propias capacidades para producir los resultados deseados. Es decir, es la creencia que se pueden producir efectos esperados mediante las propias acciones.
- **Teoría de la Acción Razonada (TAR) (Ajzen y Fishbein 1980)** es un modelo conductual teórico que ha sido probado exitosamente para predecir una variedad de conductas relacionadas con la salud. Se presume que el mejor predictor de una conducta dada es la intención a ejecutarla. Las actitudes hacia la ejecución de la conducta dependen de las creencias del individuo de que ciertas consecuencias ocurrirán como resultado de la acción, y de la evaluación de dichas consecuencias.

## **Dimensiones de la adherencia al tratamiento**

Las dimensiones que nos permiten definir el fenómeno de la adherencia, están constituidas de la siguiente manera:<sup>28</sup>

- **Dependientes del paciente.-** Se refiere a que es el paciente quien decidirá aceptar y/o cumplir con el tratamiento establecido, considerando que existe influencia del nivel socio-económico, cultural, estadio de la enfermedad, así como las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial.
- **Relación paciente – personal de salud.-** La relación terapéutica paciente y personal de salud permite establecer la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad, buen trato, entre otros, que son factores que influyen favorablemente en la adherencia al tratamiento; lo que va a permitir que el paciente pueda expresar sus temores, sus dudas, sus dificultades con respecto al tratamiento y el progreso de su enfermedad.
- **Características del tratamiento.-** El tratamiento de la IRC es considerado por muchos autores, como complejo, y difícil de cumplir por el paciente, debido a los cambios en los estilos de vida (alimentación, sedentarismo), en la administración de medicamentos generalmente de forma diaria, en la presencia de reacciones adversas al medicamento entre otros. Está demostrado que la adherencia al tratamiento disminuye cuando aumenta el número de fármacos y su frecuencia de administración, la aparición de efectos adversos, la duración prolongada del tratamiento.

## **FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN PACIENTES CON IRC**

Una de las principales dificultades que observamos en la atención del paciente con insuficiencia renal crónica, es la baja adhesividad que presenta a su tratamiento, descontextualizando al individuo de su medio donde el actor principal debe ser el paciente, su familia y su entorno. De acuerdo a lo anteriormente expuesto podemos definir como nuestro gran problema a la falta de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en el paciente con IRC; esto influye directamente en la compensación del paciente, lo que incidiría en sus mejores condiciones y calidad de vida, en años de vida saludables perdidos y en la morbimortalidad.<sup>29</sup>

Una de las grandes dificultades con la que nos encontramos en el paciente es el hecho de asumir que es un enfermo crónico, solo una vez que incorpore esta realidad, podrá aceptar el tratamiento como parte de su vida y asumir que lo acompañara toda su vida, para ello es imprescindible la toma de conciencia y asumir la responsabilidad de su propia salud, lo que finalmente se traducirá en que podrá desarrollar su vida cotidiana dentro de los parámetros normales esperados, desarrollando todos los aspectos que desee.

En la adherencia del paciente varios factores que influyen de manera directa o indirecta, como por ejemplo la familia, organizaciones sociales, instituciones, etc., nuestra apuesta es que la principal influencia es la del equipo de salud, ya que si no tenemos equipos con un compromiso real, motivados, entusiasmados con la labor que realizamos en nuestro centro de salud, no podremos lograr la adherencia para lograr la compensación de los pacientes.<sup>30</sup>



A pesar de los grandes avances tecnológicos en relación al diagnóstico y tratamiento un alto porcentaje de los usuarios de las instituciones de salud no adhiere a los tratamientos indicados.

La adherencia al tratamiento se define como la asistencia periódica a sus controles, el cumplimiento del tratamiento farmacológico y tener estilos de vida saludable: actividad física, dieta saludable, etc., lo que nos permitiría contar con pacientes compensados, activos, con mejores condiciones y calidad de vida.

Asimismo, la no adherencia tiene consecuencias negativas como:

- Interferencia en la efectividad de los tratamientos.
- Aparición de complicaciones o aumento en la gravedad.
- Procedimientos diagnósticos y tratamientos adicionales.
- Aumento del costo de la atención de salud.
- Deterioro de la calidad de vida del paciente.
- Baja satisfacción usuaria con la atención en salud que recibe.
- Baja motivación en el trabajo con el paciente con IRC.

Algunos aspectos que influyen en la no adherencia del paciente a su tratamiento son la relación profesional–paciente, conocimientos del paciente para cumplir con su tratamiento, el apoyo familiar, la disponibilidad de apoyo social, conciencia del proceso de cambio, tratamiento y sus efectos colaterales, el entorno social y el ambiente. Por todo ello, los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con IRC, se pueden clasificar: del paciente (factores personales), de la familia (factores familiares), del equipo de salud (factores asistenciales) y de las instituciones (factores institucionales).

### **Factores Personales (propio del paciente)**

Para los usuarios o pacientes que concurren cada día a su terapia sustitutiva de hemodiálisis en la institución de salud, tiene una gran valoración la atención que reciben en ellos, la relación profesional – paciente, los tiempos de espera, un entorno agradable, la amabilidad con que son recibidos, la atención que ponemos a sus demandas, etc. Sin duda la evaluación de la calidad de la atención que realizan nuestros pacientes está determinada, por como la perciben, muchas veces independiente de la capacidad técnica de los profesionales o de la tecnología disponible en los centros de salud.<sup>30</sup>

Atender a la población es un gran desafío, son personas que están enfermas, por lo tanto, se encuentran indefensas, con su propio miedo e incertidumbre, aunque la consulta sea algo aparentemente sencillo, con desconocimiento y temor frente a lo desconocido, sumado a la separación eventual de su familia y su entorno. El paciente desde el momento que consulta, es por una necesidad en salud por lo tanto debemos estar atentos a ello y tratar de cumplir con sus expectativas que en muchas ocasiones no es difícil de lograrlo, si le ofrecemos una atención personalizada y humanizada.

No es raro encontrar pacientes con insuficiencia renal crónica que ante sus propias angustias, mezclen sus percepciones entre lo corporal y lo sentimental, teniendo dificultades en poder expresar cual es el motivo de su real preocupación. Para poder llegar al paciente y descubrir cuál es el problema real que lo aqueja, necesitamos de personal, sensibilizado, motivado, que tenga destrezas comunicacionales necesarias y capacidad de empatía para escuchar acoger y ayudar al paciente.

Lamentablemente dentro de los equipos de atención primaria que trabajan en centros de salud familiar, hay profesionales que no cumplen con el perfil necesario para el trabajo con el paciente con IRC, dificultándose la atención a este paciente y dejando un vacío que muchas veces es el que nos juega en contra en la adherencia. Nuestra apuesta sería el trabajo en base a talentos, es cosa sabida que todos tenemos afinidades con ciertas áreas de trabajo, que no necesariamente somos buenos para todo.

Por lo tanto tendríamos una mejor entrega si desarrollamos todos nuestro talentos y aptitudes en el trabajo con el paciente crónico, obtendríamos una mayor satisfacción de nuestros pacientes pasando por la entrega de una atención de alta calidad, eficaz y eficiente, aportando mejores condiciones de vida al paciente.

De acuerdo a la perspectiva del modelo de atención en salud con énfasis en el aspecto biopsicosocial, nuestro papel como trabajadores de la salud es el de motivar y ser un agente facilitador haciendo surgir en las personas capacidades y habilidades a partir de ellas mismas, debemos reconocer que las personas traen un bagaje en salud que se transmite a través de generaciones, lo que las ayuda en la toma de decisiones y actuar constructivamente en materia de salud.

En este proceso ambos aprendemos, juntos podremos desarrollar sus potencialidades y fortalecer su autonomía, lo que nos lleva a que se hagan responsables de su propia salud y a la vez no vean la salud solo como un derecho, sino también como un deber y por consiguiente participar activamente en este proceso en forma responsable y autónoma desarrollando conductas saludables.

Asimismo, los factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con IRC son:

- **Mejoría.-** La mayoría de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis creen que van a morir inmediatamente, eso solía ser cierto hace 40 años cuando no habían suficientes máquinas disponibles de hemodiálisis. Hoy en día no tiene razón de ser, el tiempo de que se dispone para seguir viviendo con IRC, depende de su edad, otros problemas de salud y de cuanto se involucre de cuidarse de sí mismo. Sin embargo, en la realidad los pacientes son conscientes de no sentir ninguna mejoría, más bien sienten estar descompensados, sólo están deteriorándose día tras día y sólo les alarga su padecimiento, pero no su recuperación.
- **Molestias.-** El tratamiento de hemodiálisis su objetivo es mejorar la calidad de vida, pero en realidad los pacientes son conscientes que de continuar el tratamiento pueden presentarse molestias, como el dolor, calambres, hipotensión, hipertensión, hipertermia hipotermia y otras complicaciones; que ellos consideran que su calidad de vida se vea disminuida en todas las esferas de la vida, personal, familiar, económica y social; haciendo que ello les dificulte significativamente poder afrontar con éxito el tratamiento.
- **Confianza.-** Durante el tratamiento de la hemodiálisis el paciente ve disminuido su aspecto físico, emocional y social; por ende es muy imprescindible el rol de la enfermera, que brinde un cuidado holístico enfocándose en el apoyo psicológico y emocional, todo ello va a permitir que el paciente se sienta en confianza, menos vulnerable a pesar de no tener ninguna mejoría y molestias continuará con su tratamiento por sentir una atención segura.

## **Factores Familiares (familia del paciente con IRC)**

La familia se trata de la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común, que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.<sup>30</sup>

La familia permite encontrar los recursos para afrontar mejor los conflictos y la ansiedad que ineludiblemente se genera ante la toma de conciencia de que a pesar de no tener síntomas son las complicaciones pueden aparecer. Cuando los componentes de cada nivel del sistema de atención de salud se integran y trabajan bien, el paciente y la familia se convierten en participantes activos.

Dentro de ella el apego es un vínculo intrafamiliar, afectivo que una persona establece con algunas personas del sistema familiar, lazo emocional que impulsa a buscar la proximidad y el contacto con las personas a las que se apega. Desde el punto de vista objetivo favorece la supervivencia ya que mantiene en contacto a sus miembros, desde el punto de vista subjetivo, proporciona seguridad emocional, se siente protegida, aceptada incondicionalmente y con los recursos emocionales y sociales necesarios para su bienestar.

Ahora bien, el sistema familiar juega un papel muy importante para el paciente pues todo lo que sucede, hace o deja de hacer un miembro de la familia afecta a los demás miembros. Todas las decisiones relacionadas con el proceso salud y enfermedad se toman dentro de la familia, desde que define que tal signo o síntoma corresponde a una enfermedad, el motivo de consulta, con quién se consulta, si se cumple o no con las indicaciones.

Dentro de esto hay algunos puntos que conviene enfatizar y es que la familia es la primera fuente de apoyo, un paciente que recibe apoyo se ajusta mucho mejor a su tratamiento, si el paciente no tiene un espacio donde hablar se deprime, y es muy importante de qué manera afronta la familia al paciente y viceversa. Se conocen dos tipos de afrontamiento, por un lado un afrontamiento activo, el cual utiliza estrategias conductuales para reducir o eliminar el problema, y afrontamiento evasivo, el cual niega o evade la realidad.

Esto como parte del equipo de salud nos permitirá entender que ellos tienen sus propios procesos, que tienen necesidades y deseos los que se pueden ver frustrados, y que poseen una manera propia de enfrentar los problemas. De esta manera el paciente y la familia pasa a ser un protagonista de un proceso que le llevara toda la vida.

Por todo ello, todos nosotros somos parte de experiencias grupales, la familia como grupo primario en el que nos insertamos, nos da pautas de identidad, pautas culturales las cuales nos acompañaran durante toda la vida. Estos espacios colectivos de reflexión brindan sostén y apoyo para la elaboración de los cambios en la vida cotidiana que implica el diagnóstico y tratamiento de estas problemáticas, como cambios en los hábitos alimenticios, cuidado y controles de salud, medicamentos etc.

No podemos dejar de mencionar que si bien el rol de la familia es vital en el apoyo del paciente, hay un gran número de familias disfuncionales, que pueden producir un efecto negativo, ya sea por no involucrarse, o bien por convertirse en verdaderos enemigos de los tratamientos dejando al paciente en un estado de confusión y desamparo, y que ello se asocie a la no adherencia al tratamiento.

Asimismo, los factores familiares asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con IRC son:

- **Motivación.-** En el curso de la enfermedad renal y el tratamiento de la hemodiálisis aparecen diferentes formas de subjetivar el problema, como son la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento, donde los pacientes pueden percibir alguna mejoría temporal o desarrollar otras enfermedades y otros síntomas. Por ende la motivación del familiar en el paciente con insuficiencia renal crónica, es un factor importante para el cumplimiento con éxito de su tratamiento, ya que es común en ellos muchas veces mostrarse fastidiado o con baja autoestima por el problema de salud que presentan, mostrando antes sus familiares actitudes negativas en la cual es indispensable que la familia inculque su propia autonomía, autocuidado, afrontamiento y adaptación; para manera lograr una conducta positiva, con voluntad e interés por motivarse a sí mismo y presentar una calidad de vida aceptable.
- **Tolerancia.-** Desde inicios del proceso de la enfermedad renal, el paciente percibe su funcionamiento físico general ha comenzado a alterarse viendo la muerte con una proyección de inmediatez, por ende la tolerancia de la familia es fundamental por ser el soporte social que va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la enfermedad, así como también va a participar trascendentalmente en el cumplimiento del tratamiento de hemodiálisis y posibles cambios en sus estilos de vida; por ello, ser tolerante implica ser respetuoso, condescendiente, comprensivo, flexible, paciente, y considerado con el paciente, que a la larga va a conllevar positivamente a que el paciente continúe con su tratamiento de hemodiálisis en forma efectiva.

## **Factores Terapéuticos (tratamiento de la IRC)**

El equipo de salud es la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto del personal de salud que desarrolla en forma continuada y compartida las funciones y actividades en torno a una comunidad determinada. Para nosotros lo primordial de un equipo de salud de Atención Primaria es su compromiso con el servicio a los demás, esta debe ser su razón de ser.<sup>30</sup>

Un verdadero equipo de salud no se logra mediante la presencia de sus miembros para desarrollar actividades complementarias. Es necesario que cada una de las personas que lo constituyen se orienten a lograr objetivos comunes, estableciendo entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto de sus tareas, basándose en la división funcional del trabajo y las responsabilidades de acuerdo con la capacitación técnica de sus integrantes.

Las barreras comunicacionales es otro factor necesario para emplear un lenguaje claro y asequible, evitando los tecnicismos utilizando frases breves y claras, poner especial atención al lenguaje no verbal, mantener un contacto visual permanente, cuidar la entonación de la voz, usando un tono persuasivo cuando se requiera de la colaboración del paciente. Esto influye en forma negativa, ya que no ayuda a crear un clima de interés y acogida, sino que se mantiene frío y distante, bloqueando cualquier expresión de sentimientos durante la consulta. Es por todo esto que es indiscutible la necesidad de un cambio de actitud, el conocer a la persona y su entorno, muestra preocupación de nuestra parte y contribuye a crear un ambiente de mutua colaboración.



El individualismo es otro factor que atenta contra el trabajo en equipo, no es raro encontrar personas que trabajan individualmente dentro de un equipo asumiendo sólo su rol específico, incluso muchas veces con celo profesional no compartiendo conocimientos ni información con el fin de lograr un liderazgo mal entendido. Bajo este punto de vista el más perjudicado es el paciente, ya que le prestamos la atención bajo un pequeño prisma, no otorgándole la riqueza del aporte multidisciplinario de todo un equipo.

La motivación es un elemento fundamental para un buen trabajo en equipo y prestar un servicio de calidad, no solo es necesario tener una buena capacidad técnica y humana, sino también contar con personal comprometido con los objetivos de nuestro trabajo, ya que estamos en contacto permanente con los pacientes y su percepción de la atención depende de nuestro actuar en cada momento.

La continuidad es necesaria para lograr una coordinación efectiva entre los distintos profesionales y organizaciones que atienden a un paciente a lo largo del tiempo. Aquí nos encontramos con la alta rotación de profesionales en la atención primaria, lo que hace que los pacientes no se adhieran al tratamiento ya que muchas veces hay diferentes criterios en cuanto a los tratamientos indicados, situación que confunde al paciente y hace perder credibilidad.

Aceptar y estar abierto a implicar al paciente y/o familia en la toma de decisiones en los temas relacionados con su salud, cuando el paciente es atendido es el profesional el que decide unilateralmente el tratamiento o las acciones a realizar sin considerar la opinión del paciente o su familia los beneficios de los cambios de conducta, ni los riesgos a los que ésta expuesto.

Asimismo, los factores terapéuticos asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con IRC son:

- **Ayuda psicológica.-** Durante el tratamiento de hemodiálisis, el paciente puede reaccionar con miedo, presentar pérdida de la autoestima, y ansiedad ante la incertidumbre de los resultados del tratamiento, por ende el apoyo psicológico es un medio para ayudar al paciente a superar sus problemas emocionales y de comportamiento a través del acompañamiento terapéutico que proporcione las bases para una adherencia al tratamiento.
- **Empatía.-** Los beneficios de la empatía al paciente hará que se sienta más comprendido, más aceptado, le ayuda a confiar, se siente menos solo, aumenta su autoestima; crea un ambiente más relajado, ayuda a la comprensión del paciente, ayuda a mantener la identidad y el rol en la relación de ayuda, etc.
- **Dolor.-** El paciente sometido a hemodiálisis, lleva asociada a su enfermedad una gran comorbilidad que a menudo le causa dolor, que son limitantes en su vida cotidiana, como adormecimiento, hormigueos, hinchazón y debilidad muscular en varias partes del cuerpo que limitan incluso en su calidad de vida.
- **Horas prolongadas.-** El paciente que está en tratamiento de hemodiálisis pasa alrededor de 4 horas y durante este periodo se presentan diversas complicaciones como vómitos, calambres, y un malestar general; debido a la disminución en la sensación del control físico personal que depende de una máquina; es así que, la enfermedad renal les acarrea un sin fin de inconformidades al no poder tolerar el tratamiento renal por las horas de tratamiento.

## **Factores Institucionales (del hospital)**

Dentro del marco de la Atención en Salud, cabe preguntarse cuál es el rol que le asignamos a las instituciones, entendiendo por estas las instituciones de salud son los encargados de entregar atención de calidad en forma eficaz y eficiente.<sup>30</sup>

La accesibilidad, si bien se encuentra inserto dentro de su radio de acción, debido al gran crecimiento de nuestra ciudad, el acceso de los lugares más alejados a veces se ve dificultado más que nada por las distancias y por lo difícil de tomar locomoción, sin embargo hay otro tema de acceso que nos entorpece en muchas ocasiones la atención y se refiere a que un paciente que necesita atención no siempre la puede obtener con oportunidad.

La organización interna y a la coordinación efectiva entre el equipo de salud, para atender a un paciente, a través, del tiempo, ya que es sabido que una de las características de nuestro paciente crónico es acostumbrarse a un tipo de atención idealmente por el mismo equipo de salud siempre, incluyendo los espacios físicos donde es atendido, que para él toma especial importancia, espacios estrechos, oscuros, desordenados poco acogedores pueden hacer que el paciente se sienta poco agrado y sienta la necesidad de abandonar rápidamente el lugar lo que por supuesto no nos ayuda a lograr la tan esquiva adherencia de nuestro paciente.

Una de nuestras realidades es que no se cuenta con un alto nivel de rotación de profesionales de salud, ya que el trabajo en atención primaria no es muy cotizado por el gremio debido a que la especialización es un tema que motiva a un gran número de ellos.

Promover una adecuada política de recursos humanos desde la administración, con una eficaz selección de personal, privilegiando personal altamente calificado no solo en los aspectos técnicos, sino también con una gran calidad humana y una alta motivación de servicio público que es nuestra razón de ser en la Atención Primaria.

En los pacientes con condiciones crónicas necesitan servicios que estén coordinados a través de los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. El conocimiento colectivo, la información y las aptitudes de múltiples trabajadores de salud es muchísimo más sólida que el conocimiento de un solo proveedor.

En la actualidad la atención primaria está sufriendo cambios en su modelo de atención, podemos decir que se encuentra en un estado de transición entre un modelo de atención biomédico a un modelo de atención biosicosocial, sin embargo el cambio a nivel de instituciones va más rápido que el cambio que se necesita dentro de las personas que integran los equipos de salud, ya que podemos observar una alta resistencia al cambio.

Los servicios de salud deben considerar programas de capacitación continua a sus trabajadores, especialmente en temas emergentes como son los problemas crónicos, promoviendo una atención de alta calidad. La búsqueda de la calidad debe surgir como parte de la cultura de la organización, directivos y personas influyentes presten apoyo y patrocinio claro para mejorar la atención de las condiciones crónicas en las organizaciones de salud. Asimismo, movilizar y coordinar recursos destinados a organizar y dotar los equipos de atención de salud. Los equipos necesitan suministros, equipo médico, acceso a laboratorio y medicamentos esenciales.

Asimismo, los factores institucionales asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con IRC son:

- **Tiempo de espera.-** Durante el tratamiento de hemodiálisis la espera para la culminación de la terapia sustitutiva renal es aproximadamente de 3 a 4 horas, siendo un factor condicionante para que muchos pacientes decidan acortar en su tratamiento, creando disconformidad y por ende la no adherencia al mismo.
- **Atención recibida.-** La atención del paciente por el profesional de enfermería es importante, de ello dependerá la continuidad de su tratamiento de hemodiálisis, brindándole la posibilidad que él sea un actor de su propia salud y de esa manera mejorar su calidad de vida y por ende lograr que el paciente perciba la excelencia en el cuidado durante la terapia sustitutiva renal.
- **Ambiente.-** El lugar del tratamiento de hemodiálisis mayormente es una sala donde se recibe a varios pacientes en conjunto, en la cual son observadores de la descompensación de otros, creando muchas veces temor y desesperación generando ocasionalmente que estos pacientes decidan no continuar con la sesión, por ende la enfermera debe manejar la situación y comprender el estado del paciente disipando sus temores e inquietudes logrando que el paciente tenga confianza en el tratamiento.
- **Educación brindada.-** También es importante que durante el tratamiento de hemodiálisis la enfermera debe aclarar sus dudas e inquietudes antes, durante y después de su tratamiento con la finalidad que el paciente se sienta más fortalecido cognitivamente y con ello afrontar positivamente su adherencia al tratamiento.

## **La enfermera en la Hemodiálisis (HD)**

Debe informársele de la realidad de la HD transmitiéndole la seguridad de que la HD puede ofrecerle una vida larga, y a pesar de las limitaciones, razonablemente confortable. Esta información debe ayudar a que el paciente conozca mejor la realidad presente y futura y consiga una mejor adaptación psicológica a la misma.<sup>31</sup>

La enfermera por su relación estrecha con el enfermo tiene una importante labor que hacer, que a continuación detallamos:

- En primer lugar, prestarle ayuda psicológica, pero para que pueda prestarle esa ayuda, es preciso que la enfermera/o cuente con la confianza del enfermo, que va a ganar sólo cuando actúe con relativa independencia, asumiendo responsabilidades y poder (de ejecución médica) que le van a venir cuando se encuentre segura de su técnica y responsable de su gestión. Es necesario pues que infunda confianza al enfermo.
- La segunda premisa para relacionarse con el enfermo es que siempre es necesario “adaptarse al nivel del paciente” ayudándole principalmente con una labor “Informativa”, de acercamiento mediante el diálogo.
  - La información es una de las funciones de la comunicación, una información eficaz depende del que escucha, del clima adecuado y de la emisión del mensaje.

- En los mensajes hay que hacerles hincapié en lo esencial, repetir ideas básicas, utilizar palabras simples, no técnicas, poner ejemplos cotidianos, comprobar la comprensión de los mensajes emitidos: mensajes claros, cortos, concretando actitud amistosa, cercana.
  
- En todos los casos la enfermería ha de tener una actitud acogedora, comprensiva, flexible, humana, cooperativa y personalizada. Ha de tener experiencia y formación suficiente para dar la información adecuada. Esta información va a dar un resultado positivo ya que resta angustia al enfermo y le hace colaborador responsable de su tratamiento.
  
- Se le informará sobre: cuestiones técnicas, qué es la diálisis, cuales su finalidad, explicaciones sobre medidas a tomar con la dieta, restricción de líquidos para evitar sobrepeso y acción de los medicamentos que toma. Sea cual sea el nivel de información, la realidad es que el paciente se encuentra ante una situación nueva para él, una forma de vivir distinta. A partir de ese momento se da cuenta de que su vida depende de una máquina, de un personal médico y de enfermería con el que ha tenido poca o ninguna relación.
  
- Se intentará dentro de lo posible, que el paciente hable sobre su vida familiar, laboral, las condiciones de su domicilio, sus expectativas de vida. La situación de su misión como enfermo le vuelve muy sensible a todas las modificaciones del medio que sea necesario informarle y animarle.

## **Perfil de la enfermera en nefrología**

La enfermera(o) nefrológica(o) se puede desempeñar en las áreas de prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal. Para cumplir con las exigencias de cada área de desempeño y otorgar un cuidado de enfermería integral, la formación de la enfermera nefrológica debe estar dirigida al desarrollo de competencias en las cuatro áreas del rol profesional: asistencia, gestión, investigación y educación. Al mismo tiempo, se deben considerar competencias transversales, llamadas así porque atraviesan o están presentes en todas las áreas del rol y se refieren principalmente a formación y consistencia ética, habilidades para el trabajo en equipo y habilidades interpersonales.<sup>31</sup>

La complejidad de la insuficiencia renal requiere de un cuidado que satisfaga la gran variedad de necesidades físicas, psicológicas y sociales motivo por el cual el Perfil Profesional de la Enfermera en Nefrología debe contemplar la alta capacitación que debe tener tanto en conocimientos y habilidades prácticas que le permitan manejar y controlar los problemas de salud del campo de la Nefrología y los avances en las diferentes modalidades de tratamientos sustitutivos de la función renal y esto lo garantizará con una sólida formación Académica acreditando ser una profesional titulada (Licenciada ) y con estudios de especialización y pasantías en establecimientos hospitalarios reconocidos. Debe contar además de un perfil prospectivo para estar predispuesto al cambio que asigne los avances científicos, tecnológicos que van a desarrollar nuevas técnicas.



La atención de la enfermera de Hemodiálisis se centra en cuatro aspectos fundamentales del cuidado del paciente:

**Educación Sanitaria:** Es muy importante el consejo dietético, incluida la restricción de la ingesta de líquidos (el paciente es pesado antes y después de cada sesión de hemodiálisis, lo que permite conocer el volumen acumulado entre sesiones y que se eliminará con el tratamiento); y la evaluación del cumplimiento dietético por parte del paciente para evitar complicaciones (hiperpotasemia, hipercalcemia o hipervolemia).

**Parámetros de la Diálisis:** Los monitores de hemodiálisis proporcionan datos que permiten una evaluación continua de la eficacia del tratamiento, así como de la funcionalidad del acceso vascular. Es labor de la enfermera la interpretación y registro de estos parámetros.

**El Acceso Vascular:** El acceso vascular es la línea de vida del paciente y su buen funcionamiento uno de los objetivos principales de los cuidados de enfermería, antes, durante y después de cada sesión de Hemodiálisis. La enfermera evalúa la funcionalidad y registra la presencia de signos y síntomas que podrían provocar complicaciones o la pérdida del acceso a corto o a largo plazo.

**Complicaciones:** Las complicaciones durante y después de la hemodiálisis suelen estar relacionadas con la no tolerancia del paciente a la sesión (hipotensión, vómitos, dolor, calambres, etc.) o con dificultades en la función del acceso vascular. Una evaluación continua de las constantes vitales entre otros ayuda a prevenir estas complicaciones y a detectarlas de forma precoz.

### 2.3. Definición operacional de términos

- **Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica:** Es la respuesta expresada del paciente de hemodiálisis sobre las características o condiciones que intervienen en el tratamiento respecto a los factores personales, familiares, terapéuticos e institucionales. El cual fue medido por un cuestionario y valorado en ausente y presente.
- **Insuficiencia Renal Crónica (IRC):** Es la pérdida progresiva e irreversible de la función renal, se inicia con el deterioro progresivo del volumen de filtrado glomerular por el reclutamiento de nefronas dañadas, al que se agregan los trastornos tubulares de homeostasis y finalmente la falla de las funciones hormonales del órgano del riñón.
- **Hemodiálisis:** Es un procedimiento de sustitución renal extra corpóreo, consiste en extraer la sangre del organismo y pasarla a un dializador de doble compartimiento, uno por el cual pasa la sangre y otro el líquido de diálisis, separados por una membrana semipermeable. Método para eliminar de la sangre residuos como potasio y urea, así como agua en exceso cuando los riñones son incapaces de esto, es decir, cuando hay un fallo renal.
- **Adherencia al tratamiento:** Es el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas en una comunidad determinada.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de la investigación**

Es una investigación aplicada, ya que se derivó a la realidad para ser modificada, tipo cuantitativo permitió asignar un valor numérico a la variable de estudio, método descriptivo de corte transversal ya que permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

#### **3.2. Lugar de estudio**

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, ubicado en la Av. Alfonso Ugarte N° 848, en el Cercado de Lima, de Nivel IV, MINSA; brinda una atención general y especializada durante las 24 horas del día, con equipos de alta tecnología. El Servicio de Nefrología, atiende a todos los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal aguda y crónica; en el cual se atienden a 50 a 60 pacientes diarios, citados en los diferentes horarios que varían según su diagnóstico, protocolo y fase de tratamiento; el ambiente cuenta con 10 camillas, 6 sillones, soportes, 1 mesa de trabajo redonda y servicios higiénicos en óptimas condiciones higiénicas. En cuanto a recursos humanos, lo conforman médicos nefrólogos, profesionales de enfermería y técnicos de enfermería en diferentes horarios; diurnos de 7.00 am a 6.00 pm y nocturno de 7.00 pm a 10.00 am.

### **3.3. Población de estudio**

La población estuvo conformada por 30 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

### **3.4. Criterios de selección**

#### **3.4.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes con no adherencia al tratamiento de hemodiálisis.
- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con tiempo de tratamiento mayor de 1 año.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

#### **3.4.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes con insuficiencia renal aguda y terminal.

### **3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de Likert, el cual fue sometido a juicio de expertos, siendo procesado la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial (Anexo D).

El instrumento consta de presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos (Anexo B).

Posteriormente a ello, se realizó una prueba piloto a fin de obtener la validez estadística mediante la Prueba Item/Test, con el Coeficiente de Correlación de Pearson (Anexo G) y para la confiabilidad se llevó a cabo el cálculo estadístico del Coeficiente Alfa de Cronbach (Anexo H).

### **3.6. Procedimiento para el análisis e interpretación de la información**

Para implementar el estudio se realizó el trámite administrativo a través de una carta dirigido al Director del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, adjuntando el proyecto de investigación a la Oficina de Apoyo, Docencia e Investigación, al Comité de Ética; así también al Jefe del Servicio de Nefrología para la aprobación y otorgar las facilidades para la ejecución de estudio.

Posteriormente a ello, se obtuvieron las coordinaciones con la enfermera jefe del Servicio de Nefrología del HNAL, a fin de establecer el cronograma de recolección de datos, considerando a 15 a 20 minutos para su aplicación previo consentimiento informado; el cual se llevó a cabo mediante visitas domiciliarias.

Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados previa elaboración de la tabla de códigos (Anexo E) y la media aritmética (Anexo I). Asimismo, los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando la base teórica. Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, frecuencias absolutas, porcentajes, y promedio aritmético, valorando la variable en presentes y ausentes.

### **3.7. Consideraciones éticas**

Para ejecutar el estudio se contó con la autorización de la Dirección del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el Comité de Ética, Jefe del Servicio de Nefrología, así como el consentimiento informado del sujeto de estudio, explicándole que es anónimo y confidencial, el cual fue utilizado sólo para fines de estudio (Anexo C).

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

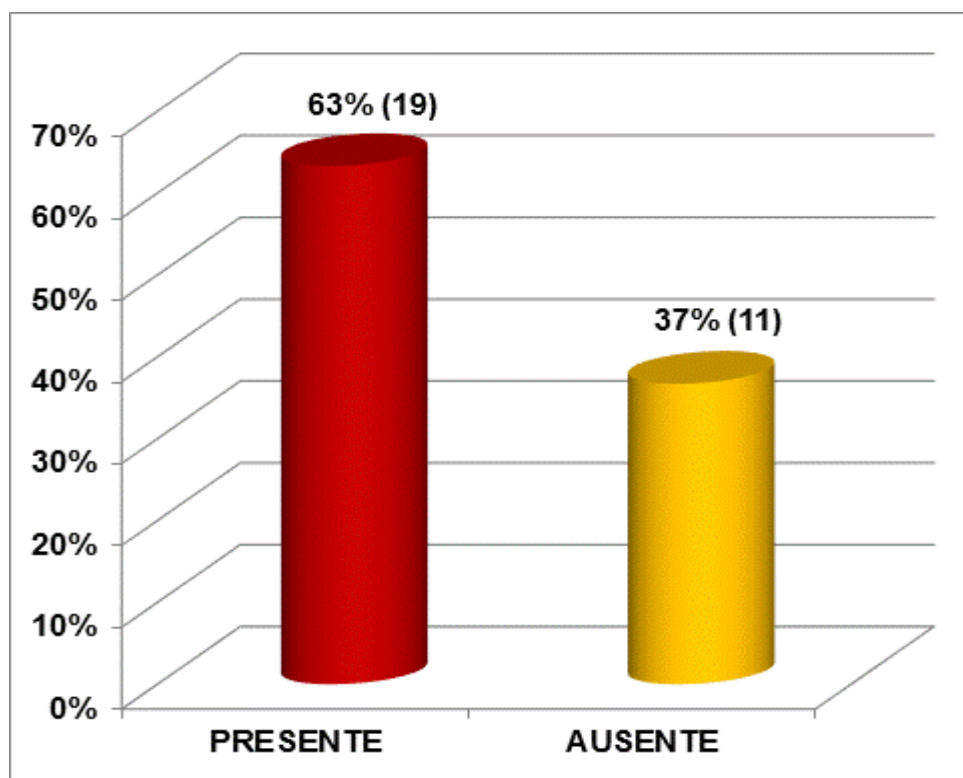
Una vez concluido el procesamiento de la información, se procedió a presentar los resultados en tablas para su respectivo análisis e interpretación.

#### 4.1. Resultados

Sobre los datos generales de pacientes con insuficiencia renal crónica del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; del 100% (30), 13.2% (04) tienen edades comprendidas entre los 30 a 39 años, 26.7% (08) entre 40 a 49 años, 26.7% (08) 50 a 59 años y 33.4% (10) entre más de 59 años; 66.6% (20) son varones y 33.4% (10) mujeres; 26.7% (08) son solteros, 26.7% (08) casados y 46.6% (14) convivientes; 10%% (03) tiene estudios de primaria, 33.4% (10) secundaria, 26.7% (08) superior técnico y 30% (09) superior universitario; 20% (06) son amas de casa, 33.4% (10) son independientes y 46.6% (14) son dependientes (Anexo J).

Por lo tanto, se puede concluir que mayormente los pacientes con insuficiencia renal crónica del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; tienen más de 59 años, son varones, convivientes, tienen estudios de secundaria y son dependientes.

**GRÁFICO 1**  
**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**  
**DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON IRC EN EL SERVICIO DE**  
**NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**  
**LIMA – PERÚ**  
**2015**



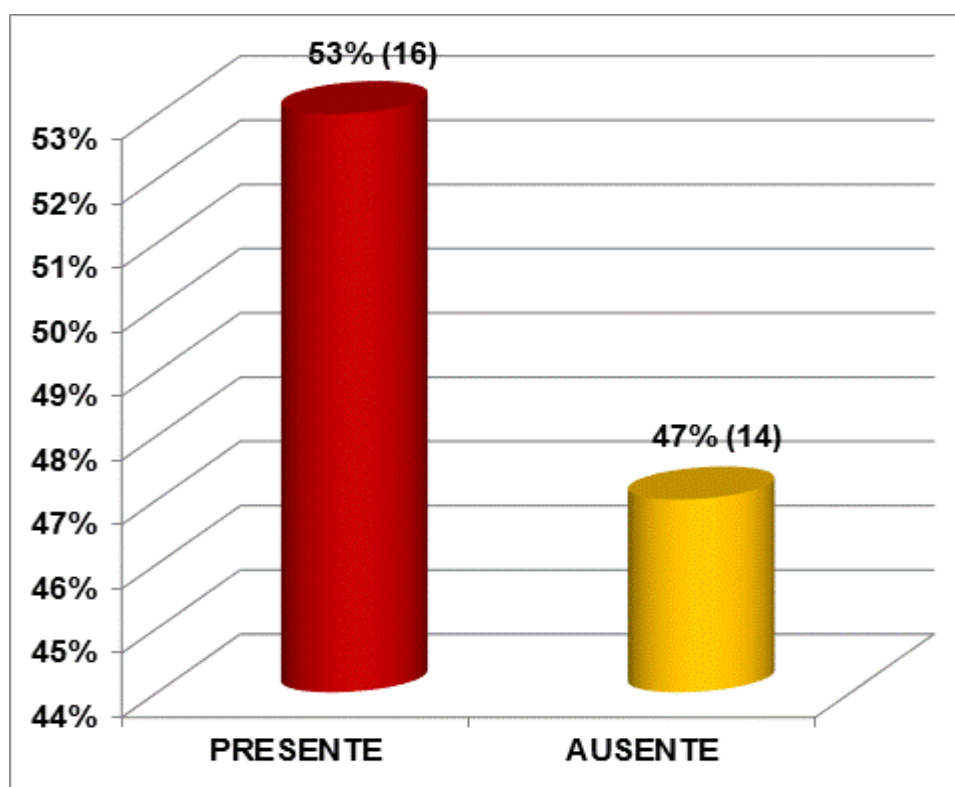
Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRC del Servicio de Nefrología del HNAL – 2015

Respecto a los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica; del 100% (30), 63% (19) está presente y 37% (11) ausente (Anexo K). Están presentes referidos a que la mayoría de pacientes siente que la familia no le motiva a seguir con el tratamiento, no reciben ayuda psicológica por el personal de salud, el tiempo de espera de la hemodiálisis no es el adecuado. Están ausentes referidos a que su familiar está pendiente de las citas, considera que las horas prolongadas no les causan molestias o calambres (Anexo L).



**GRÁFICO 2**

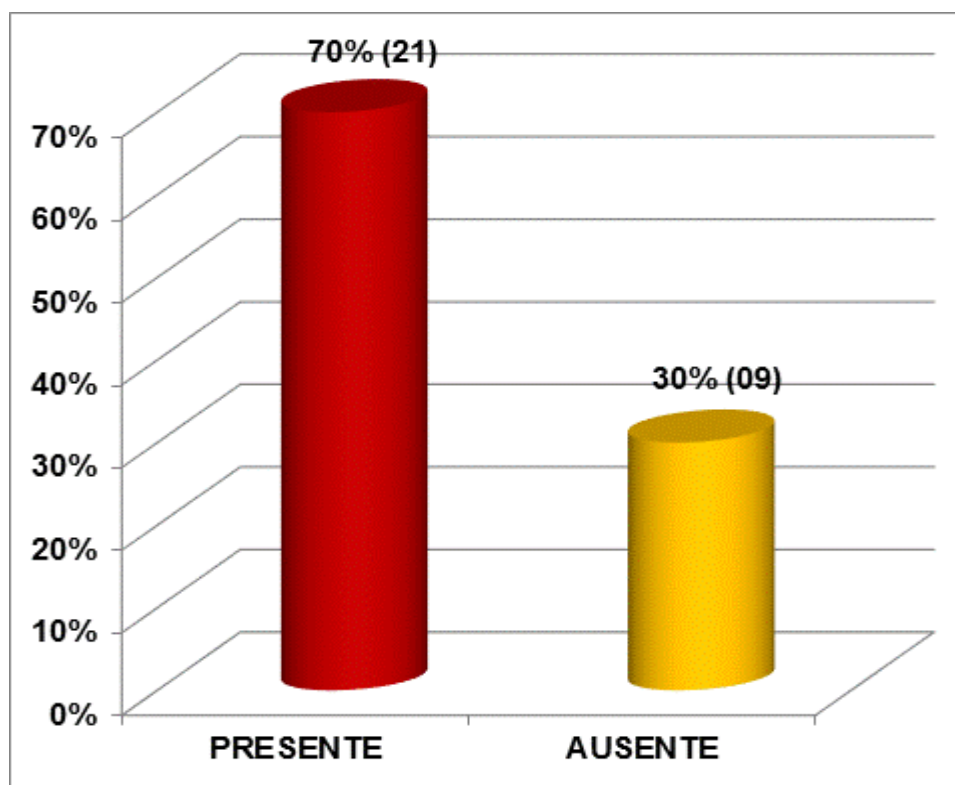
**FACTORES PERSONALES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON  
IRC EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL  
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
LIMA – PERÚ  
2015**



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRC del Servicio de Nefrología del HNAL – 2015

Según los factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica; del 100% (30), 53% (16) está presente y 47% (14) ausente (Anexo K). Están presentes referidos a que los pacientes no confían en que se curará, siente molestia al asistir 3 veces por semana por 3 horas estando acostado y con un miembro inmóvil. Están ausentes referidos a que los pacientes han sentido poca mejoría en su salud por el tratamiento de hemodiálisis (Anexo L).

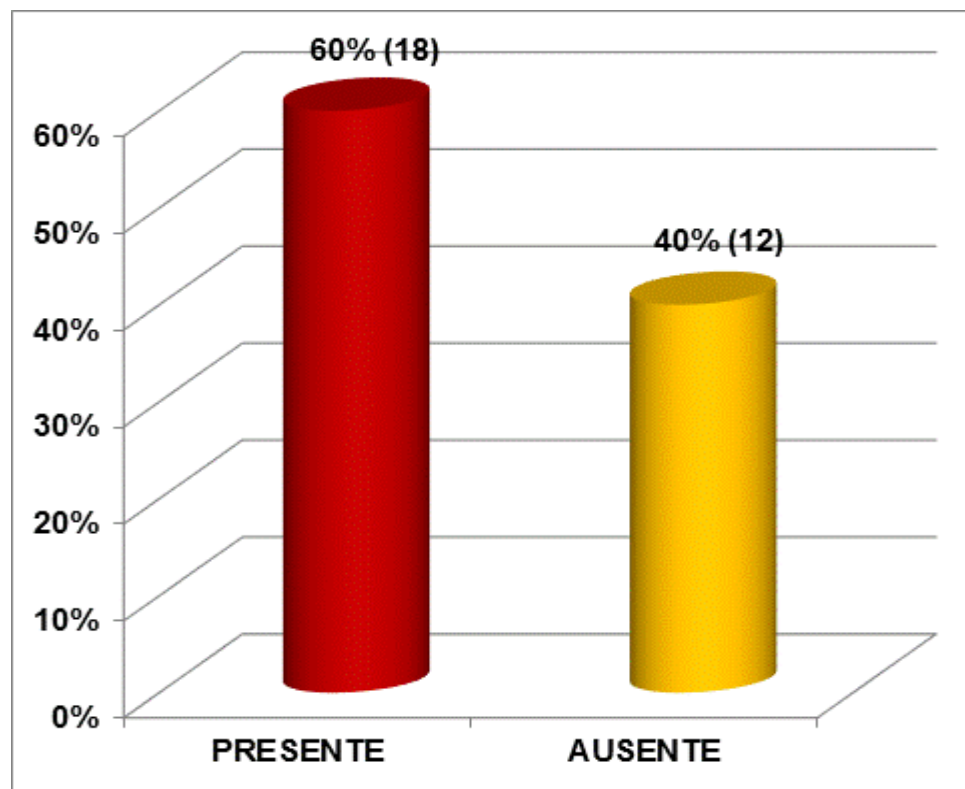
**GRÁFICO 3**  
**FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA**  
**AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON**  
**IRC EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL**  
**NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**  
**LIMA – PERÚ**  
**2015**



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRC del Servicio de Nefrología del HNAL – 2015

En cuanto a los factores familiares asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica; del 100% (30), 70% (21) está presente y 30% (09) ausente (Anexo K). Están presentes referidos a que la familia no le motiva a seguir con el tratamiento, no les acompañan a las sesiones de hemodiálisis y no se informa de su enfermedad. Están ausentes referidos a que el familiar está pendiente de las citas programadas, es tolerante cuando se enoja o está triste (Anexo J).

**GRÁFICO 4**  
**FACTORES TERAPÉUTICOS ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA**  
**AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON**  
**IRC EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL**  
**NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**  
**LIMA – PERÚ**  
**2015**

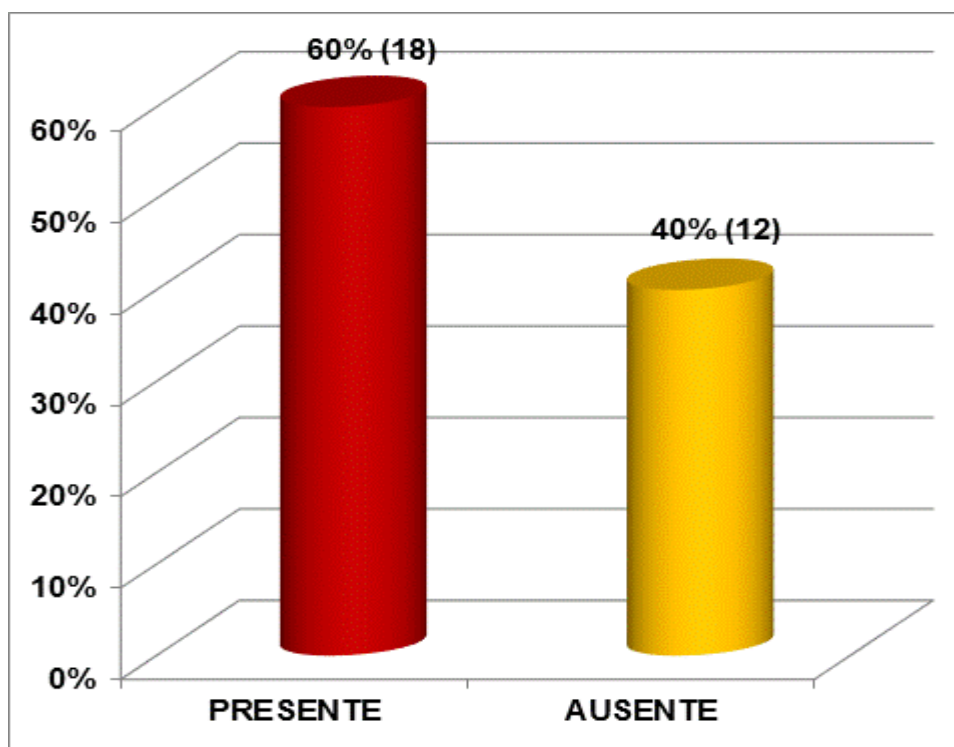


Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRC del Servicio de Nefrología del HNAL – 2015

Sobre los factores terapéuticos asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica; del 100% (30), 60% (18) está presente y 40% (12) ausente (Anexo K). Están presentes referidos a que los pacientes no reciben ayuda psicológica del personal de salud, la enfermera no es comprensible, flexible, humana y cooperativa. Están ausentes referidos a que los pacientes consideran que las horas prolongadas no les causan molestias o calambres musculares (Anexo J).

**GRÁFICO 5**

**FACTORES INSTITUCIONALES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON  
IRC EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL  
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
LIMA – PERÚ  
2015**



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRC del Servicio de Nefrología del HNAL – 2015

Acerca de los factores institucionales asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica; del 100% (30), 60% (18) está presente y 40% (12) ausente (Anexo K). Están presentes referidos a que los pacientes expresan que el tiempo de espera no es adecuado, el trato del personal no es cordial, el ambiente no es adecuado y la educación de la enfermera no permitió aclarar dudas. Están ausentes pocos consideran adecuado el horario de atención, conoce el tipo de tratamiento que recibe y demora la hemodiálisis (Anexo J).

## 4.2. Discusión

Los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica en el Servicio de Nefrología del HNAL; del 100% (30), el 63% (19) está presente y 37% (11) ausente. Los aspectos relacionados a factores presentes están referidos a que la mayoría de los pacientes siente que la familia no le motiva a seguir con el tratamiento de hemodiálisis, no reciben ayuda psicológica por el personal de salud, manifiestan que el tiempo de espera para que reciba la hemodiálisis no le parece adecuado. Los factores personales ausentes están referidos porque un mínimo porcentaje de pacientes refiere que su familiar está pendiente de las citas programadas y se muestra tolerante cuando se enoja o está triste, considera que las horas prolongadas no les causan molestias o calambres musculares, considera adecuado el horario de atención, conoce el tipo de tratamiento y cuánto demora la hemodiálisis.

Perafán y Colbs (2012), concluyeron que: “Los pacientes incumplen las recomendaciones dietéticas, especialmente la ingesta de líquidos interdiálisis, de hecho, es uno de los indicadores de adhesión más utilizados en los estudios sobre el tema”.

Una de las principales dificultades que observamos en la atención del paciente con insuficiencia renal crónica, es la baja adhesividad que presenta a su tratamiento, descontextualizando al individuo de su medio donde el actor principal debe ser el paciente, su familia y su entorno; esto influye directamente en la compensación del paciente, lo que incidiría en sus mejores condiciones y calidad de vida, en años de vida saludables perdidos y en la morbimortalidad.

Los factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica en el Servicio de Nefrología del HNAL; del 100% (30), el 53.3% (16) están presentes y el 46.7% (14) ausentes. Los aspectos relacionados a factores personales presentes están referidos a que la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal crónica no confían que el tratamiento de hemodiálisis que recibe lo curará, además siente molestias al asistir tres veces por semana por 3 horas estando acostado y con un miembro inmóvil. Los factores personales ausentes están referidos porque un mínimo porcentaje de pacientes han sentido mejoría en su estado de salud por el tratamiento de la hemodiálisis.

El estudio de Huertas y Colbs (2011), concluyeron que: “Los pacientes no adherentes al tratamiento de hemodiálisis presentan altos índices de depresión significativamente más elevados que los adherentes a la terapia de sustitución renal. Estos resultados sugieren que la intervención psicológica en pacientes en hemodiálisis con mayores índices de depresión podría aumentar el grado de cumplimiento y bienestar general del enfermo con insuficiencia renal”.

Para los pacientes que concurren cada día a su terapia de hemodiálisis, tiene una gran valoración la atención que reciben en ellos, la relación profesional–paciente, los tiempos de espera, un entorno agradable, la amabilidad con que son recibidos, la atención que ponemos a sus demandas, etc. Sin duda la evaluación de la calidad de la atención que realizan nuestros pacientes está determinada, como la perciben, independiente de la capacidad técnica de los profesionales.

Los factores familiares asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica en el Servicio de Nefrología del HNAL; del 100% (30), el 70% (21) están presentes y el 30% (09) están ausentes. Los aspectos relacionados a factores familiares presentes están referidos a que la mayoría de los pacientes siente que la familia no le motiva a seguir con el tratamiento de hemodiálisis, no le acompaña a las sesiones de hemodiálisis y no se informa de la evolución de la enfermedad. Los factores personales ausentes están referidos porque un mínimo porcentaje de pacientes refiere que su familiar está pendiente de las citas programadas y se muestra tolerante cuando se enoja o está triste.

Contreras y Colbs (2010), en su estudio concluyeron que: “La familia es el soporte que guía la adhesión al tratamiento que tiene el individuo sobre su enfermedad y tratamiento, lo que puede tener incidencia sobre los aspectos emocionales, en los que este grupo reporta mayores niveles, relacionados con puntuaciones más altas en salud mental y en el componente mental en general, aspectos que podrían relacionarse a su vez con el menor dolor percibido en este grupo de pacientes”.

La familia permite encontrar los recursos para afrontar mejor los conflictos y la ansiedad que ineludiblemente se genera ante la toma de conciencia, el paciente y la familia se convierten en participantes activos. Desde el punto de vista objetivo favorece la supervivencia ya que mantiene en contacto a sus miembros, desde el punto de vista subjetivo, proporciona seguridad emocional, se siente protegida, aceptada incondicionalmente y con los recursos emocionales y sociales necesarios para su bienestar.

Los factores terapéuticos asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica en el Servicio de Nefrología del HNAL; del 100% (30), el 60% (18) están presentes y el 40% (12) ausentes. Los aspectos relacionados a factores terapéuticos presentes están referidos a que la mayoría de los pacientes no reciben ayuda psicológica por el personal de salud, manifiestan que la enfermera no es comprensible, flexible, humana y cooperativa, y consideran doloroso el tratamiento por la inserción de agujas. Los factores personales ausentes están referidos porque un mínimo porcentaje de pacientes considera que las horas prolongadas no les causan molestias o calambres musculares.

Claudio y Colbs (2012), concluyeron que: “La mayoría de los pacientes con IRC no se han adaptado a la hemodiálisis, aunque el tratamiento requiere muchas privaciones, porque la hemodiálisis puede dar a estos pacientes una mayor supervivencia. Las principales dificultades en la adhesión fueron: transporte; tiempo de las sesiones; dolor de la punción de la fístula; factores financieros; dependencia de acompañantes; y, déficit de conocimiento”.

Un verdadero equipo de salud no se logra mediante la presencia de sus miembros para desarrollar actividades complementarias. Es necesario que cada una de las personas que lo constituyen se orienten a lograr objetivos comunes, estableciendo entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto de sus tareas, basándose en la división funcional del trabajo y las responsabilidades de acuerdo con la capacitación técnica de sus integrantes. Para nosotros lo primordial de un equipo de salud es su compromiso con el servicio a los demás.



Los factores institucionales asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica en el Servicio de Nefrología del HNAL; del 100% (30), el 60% (18) están presentes y el 40% (12) ausentes. Los aspectos relacionados a factores institucionales presentes están referidos a que la mayoría de los pacientes manifiestan que el tiempo de espera para que reciba la hemodiálisis no le parece adecuado, el trato del personal no es cordial durante su tratamiento, el ambiente donde recibe su tratamiento no le parece adecuado y la educación brindada por la enfermera no permitió aclarar todas sus dudas. Los factores personales ausentes son porque un mínimo porcentaje de pacientes considera adecuado el horario de atención de la hemodiálisis, conoce el tipo de tratamiento y cuánto demora la hemodiálisis.

Al respecto el estudio de Guerra y Colbs (2010), concluyeron que: “La educación, es una herramienta y estrategia que debe ser abordada acabadamente por los profesionales del área de la salud, para colaborar efectivamente, especialmente si se considera que el fenómeno de la mala adherencia al tratamiento, se asocia no sólo a una enfermedad de tipo crónica, sino que también a una enfermedad de tipo terminal”.

Las características del paciente crónico es acostumbrarse a un tipo de atención idealmente por el mismo equipo de salud, incluyendo los espacios físicos donde es atendido, que para él toma especial importancia, estrechos, oscuros, desordenados poco acogedores pueden hacer que el paciente se sienta poco agrado y sienta la necesidad de abandonar rápidamente el lugar lo que por supuesto no nos ayuda en la adherencia.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

#### 5.1. Conclusiones

Los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica en el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; están presentes en las dimensiones personales, familiares, terapéuticos e institucionales.

Respecto a los factores personales asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis; están presentes porque la mayoría de los pacientes no confían que el tratamiento de hemodiálisis que recibe lo curará, siente molestias al asistir tres veces por semana por 3 horas acostado y con un miembro inmóvil.

Acerca de los factores familiares asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis; están presentes porque la mayoría de los pacientes siente que la familia no le motiva a seguir con el tratamiento de hemodiálisis, no le acompaña a las sesiones de hemodiálisis y no se informa de la evolución de la enfermedad.

En cuanto a los factores terapéuticos asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis; están presentes porque la mayoría de los pacientes no reciben ayuda psicológica por el personal de salud, manifiestan que la enfermera no es comprensible, flexible, humana y cooperativa, y consideran doloroso el tratamiento por la inserción de agujas.

Sobre los factores institucionales asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis; están presentes porque la mayoría de los pacientes manifiestan que el tiempo de espera para que reciba el tratamiento de la hemodiálisis no le parece adecuado, el trato del personal no es cordial durante su tratamiento, el ambiente donde recibe su tratamiento no le parece adecuado y la educación brindada por la enfermera no le permitió aclarar todas sus dudas y temores en relación a su cuidado.

## **5.2. Recomendaciones**

Diseñar programas de educación para la salud orientados a promover la cultura de la prevención, así como la adopción de estilos de vida saludable a fin de disminuir las complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Realizar actividades preventivas promocionales dirigidas a los pacientes con insuficiencia renal crónica a fin de promover la adherencia al tratamiento con sentido optimista, independencia y autonomía.

Realizar estudios cualitativos sobre los factores condicionantes a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis para poder profundizar el estudio.

## **5.3. Limitaciones**

Las limitaciones del estudio están dadas, porque los resultados y/o conclusiones sólo son válidos y generalizables para la población de estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Torres C. Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Revista Médica de la Universidad Cayetano Heredia. Lima: Perú; 2010.
- (2) Erazo M. Comparación entre los métodos de laboratorio: cockcroft-gault, mdrd y técnica tradicional en la estimación indirecta del funcionamiento renal. El Salvador: Universidad Doctor Andrés Bello; 2012.
- (3) Carrillo W. Casi 300 mil personas padecen males renales crónicos en el Perú. Lima: Agencia Peruana de Noticias; 2013.
- (4) Mera M. Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Universidad Austral de Chile. Osorno: Chile; 2013.
- (5) Campillo M, Avilés M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. Distrito Federal: Revista Procesos Psicológicos y Sociales. Hacer Psicología; 2010.
- (6) García H, Calvanese N. Calidad de vida percibida y locus de control en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. Madrid: Universidad Metropolitana; 2012.
- (7) Shay L. A Concept Analysis: Adherence and Weight Loss. Nurs Forum; 2010.

- (8) Cepeda C, Wanner C, Barrales C, Nuñez N. Locus de control y adherencia al tratamiento en personas con insuficiencia renal crónica. Madrid: Ciencia Psicológica; 2011.
- (9) Claudio A, Lopes P, Melo I, Ribeiro A, Elisangela F. Adhesión de portadores de insuficiencia renal crónica al tratamiento de hemodiálisis. Fortaleza: Brasil; 2012.
- (10) Perafán M. Factores que afectan la adherencia a diálisis del paciente con insuficiencia renal crónica en una Unidad de Popayán. Santiago de Calí: Colombia; 2012.
- (11) Huertas M, Pérez R. Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. Madrid: España; 2011.
- (12) Álvarez E, Barra E. Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. Concepción: Chile; 2010.
- (13) Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Bogotá: Colombia; 2010.
- (14) Guerra V, Díaz A, Vidal K. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. Concepción: Chile; 2010.
- (15) Ochando A, Royuela C, Hernández E, Lorenzo S, Paniagua F. Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica. Madrid: España; 2010.

- (16) Insuficiencia renal crónica [Internet] [Acceso: 12 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.medsalud.com.ar/libro/archivo17.pdf>
- (17) Fundación Norteamericana de Riñón y Urología. Los riñones y su funcionamiento. New York, Estados Unidos; 2012.
- (18) Ruiz D. Causas de la insuficiencia renal crónica. Madrid, España: Elsevier; 2010.
- (19) Insuficiencia renal [Internet] [Acceso: 12 de abril 2016]. Disponible en: <http://diarium.usal.es/lcal/files/2013/10/.pdf>
- (20) Flores R, Díaz C. Evaluación de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua Hospital II ESSALUD. Tarapoto, Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2012.
- (21) Arcos M. Valoración del estado nutricional y su relación con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica de la Unidad de Hemodiálisis Esmeraldas. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- (22) Mezzano A. Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. Santiago, Chile; 2011.
- (23) Veronesi G. Cumplimiento de las pautas alimentarias en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Entre Ríos; 2012.

- (24) Piazza A. La hemodiálisis en el Perú. Lima, Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2013.
- (25) Banderas P, Pendón E, Rodríguez S. Hemodiálisis: Principios básicos de tratamiento. Madrid, España: Elsevier; 2014.
- (26) Jofré J. Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y trasplante renal. Madrid, España: Médica; 2011.
- (27) Molina Y. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
- (28) Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Norma técnica para la adherencia al tratamiento. Ginebra, Suiza: OPS/OMS; 2012.
- (29) Rodríguez E, Avilés M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. Distrito Federal, México: Universidad de Veracruz; 2013.
- (30) Venegas S, Ravanales C. Análisis de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente crónico. Santiago, Chile: Universidad Austral de Chile; 2011.
- (31) Chávez J. Calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.

# **ANEXOS**



## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO N°</b>		<b>Pág.</b>
A	Operacionalización de variables	I
B	Instrumento	II
C	Consentimiento informado	IV
D	Tabla de Concordancia – Prueba Binomial	V
E	Tabla de códigos	VI
F	Tabla matriz de datos	VII
G	Validez del instrumento	IX
H	Confiabilidad del instrumento	X
I	Medición de la variable	XI
J	Datos generales de los pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima – Perú 2015	XII
K	Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima – Perú 2015	XIII
L	Ítems de los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima – Perú 2015	XIV

## ANEXO A. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica	Son los hechos o fenómenos que favorecen o limitan ciertas conductas siendo una de ellas la no adherencia al tratamiento conceptualizada como el no cumplimiento por parte del paciente de las sesiones de hemodiálisis	Es el grado en que el paciente con IRC no cumple con las indicaciones terapéuticas, tanto médicas como psico-conductuales, y que se encuentran influenciadas por factores personales, familiares, terapéuticos e institucionales; el cual será medido por un cuestionario y valorado en ausentes y presentes.	<p>Factores Personales</p> <p>Factores Familiares</p> <p>Factores Terapéuticos</p> <p>Factores Institucionales</p>	<p>Mejoría Molestias Confianza</p> <p>Motivación Tolerancia</p> <p>Ayuda psicológica Empatía Dolor Horas prolongadas</p> <p>Tiempo de espera Atención recibida Ambiente Educación brindada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausente</li> <li>▪ Presente</li>   <li>▪ Ausente</li> <li>▪ Presente</li>   <li>▪ Ausente</li> <li>▪ Presente</li>   <li>▪ Ausente</li> <li>▪ Presente</li> </ul>



U.N.M.S.M. – UPG  
PSEE - 2015

## ANEXO B

### INSTRUMENTO

**FECHA:** .....

**Nº DE FICHA:** .....

**PRESENTACIÓN:** Buenos días señor(a) mi nombre es Carol Criss Cossio Tanchiva, el presente instrumento forma parte de un estudio que tiene como finalidad obtener información sobre los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, a fin de favorecer la adhesión al tratamiento y mejorar la calidad de vida del paciente. Dicha información será de carácter confidencial, por lo cual se agradece de antemano su colaboración, esperando que responda con sinceridad las preguntas.

**INSTRUCCIONES:** Sírvase usted completar y marcar con una (X) y/o llene los espacios en blanco según corresponda.

#### **DATOS GENERALES:**

Edad: \_\_\_\_\_ años

Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

Estado civil:

- a) Soltero(a)
- b) Casado(a)
- c) Conviviente

Nivel de instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior técnico
- d) Superior universitario

Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Independiente
- c) Dependiente

**DATOS ESPECÍFICOS:**

<b>FACTORES PERSONALES</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
1. Usted ha sentido mejoría en su estado de salud por la hemodiálisis		
2. Siente usted malestar al asistir tres veces por semana por 3 horas estando acostado y con un miembro inmóvil		
3. Confía usted en que el tratamiento de hemodiálisis que recibe lo curará		
<b>FACTORES FAMILIARES</b>		
4. La familia le motiva a seguir con el tratamiento de hemodiálisis		
5. Su familiar le acompaña a las sesiones de hemodiálisis		
6. El familiar se informa acerca de la evolución de la enfermedad		
7. Su familiar está pendiente de las citas programadas		
8. Su familiar se muestra tolerante cuando sé enoja o está triste		
<b>FACTORES TERAPÉUTICOS</b>		
9. Recibe usted ayuda psicológica por el personal de salud		
10. La enfermera es comprensible, flexible, humana y cooperativa		
11. Considera usted doloroso el tratamiento por la inserción de agujas		
12. Las horas prolongadas les causa molestias o calambres musculares		
<b>FACTORES INSTITUCIONALES</b>		
13. Considera adecuado el horario de atención de la hemodiálisis		
14. El tiempo de espera para que reciba la hemodiálisis le parece adecuado		
15. El trato del personal es cordial durante su tratamiento		
16. El ambiente donde recibe su tratamiento le parece adecuado		
17. Conoce usted el riesgo de no asistir a las sesiones de hemodiálisis		
18. Conoce el tipo de tratamiento que recibe y cuánto demora la hemodiálisis		
19. La educación brindada por la enfermera le permitió aclarar todas sus dudas y temores en relación a su cuidado.		

## ANEXO C

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ..... paciente del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, he sido debidamente informado(a) por la señorita Lic. Carol Criss Cossio Tanchiva, de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, acerca del cuestionario que aplicará con fines de realizar un estudio titulado: “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2015”.

Para ello he recibido información clara sobre el propósito y modo que se realizará el cuestionario. Habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas acerca del estudio, teniendo en cuenta que la información será de carácter confidencial, ante ello otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, firmando el presente para que así conste.

---

Firma de la participante

---

Firma de la investigadora

## ANEXO D

### TABLA DE CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL

#### JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	Nº DE JUECES EXPERTOS								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.040
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.040
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.040
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.040
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.040
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.040
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.040

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva.

Si “p” es menor de 0.05 el grado de concordancia es significativa.

## ANEXO E

### TABLA DE CÓDIGOS

Ítems	A	b	Puntaje
1	0	1	1
2	1	0	1
3	0	1	1
4	0	1	1
5	0	1	1
6	0	1	1
7	0	1	1
8	0	1	1
9	0	1	1
10	0	1	1
11	1	0	1
12	1	0	1
13	0	1	1
14	0	1	1
15	0	1	1
16	0	1	1
17	0	1	1
18	0	1	1
19	0	1	1

### FACTORES CONDICIONANTES A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Valor Final	AI 100%	Factores Personales	Factores Familiares	Factores Terapéuticos	Factores Institucionales
Ausente	00 – 10	00 – 01	00 – 03	00 – 01	00 – 04
Presente	11 – 19	02 – 03	04 – 05	02 – 04	05 – 07

## ANEXO F

### TABLA MATRIZ DE DATOS

#### TABLA MATRIZ DE DATOS GENERALES

N°	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN
01	34	1	1	1	2
02	56	1	1	2	2
03	60	1	2	2	2
04	34	2	2	2	1
05	44	2	3	2	1
06	45	1	3	2	2
07	66	1	3	1	2
08	35	2	3	1	1
09	35	2	3	2	3
10	45	2	3	2	3
11	55	2	3	2	1
12	59	1	1	3	2
13	50	1	1	3	2
14	66	1	1	3	2
15	70	1	3	3	2
16	30	1	2	2	3
17	55	1	2	2	3
18	58	2	2	2	1
19	50	2	1	3	1
20	45	2	1	1	1
21	48	1	1	1	2
22	59	1	1	2	2
23	60	2	2	3	2
24	45	1	3	3	2
25	42	2	3	2	2
26	49	1	3	3	3
27	58	2	3	4	1
28	69	1	3	4	2
29	74	2	3	4	2
30	68	1	3	4	2



TABLA MATRIZ DE DATOS ESPECÍFICOS

N°	FACTORES PERSONALES			D1	FACTORES FAMILIARES				D2	FACTORES TERAPÉUTICOS			D3	FACTORES INSTITUCIONALES							D4	OG
	01	02	03		04	05	06	07		08	09	10		11	12	13	14	15	16	17		
01	1	0	1	2	1	1	1	0	0	3	0	0	1	0	1	1	1	0	0	4	10	
02	1	0	1	2	1	1	1	0	1	4	1	0	1	1	0	0	1	1	0	4	13	
03	1	0	0	1	1	1	1	1	0	4	1	0	0	1	1	1	1	1	1	7	14	
04	1	0	0	1	1	1	1	0	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	3	8	8	
05	1	0	0	1	1	1	0	0	1	3	0	0	1	1	0	0	1	1	5	10	10	
06	1	0	1	2	1	1	1	1	0	4	0	0	1	1	1	0	1	1	5	13	13	
07	1	0	0	1	1	1	0	1	0	3	0	0	1	1	1	0	0	0	3	9	9	
08	1	0	0	1	0	1	1	0	0	2	1	0	1	0	1	0	0	0	3	8	8	
09	1	0	0	1	0	1	1	1	0	3	0	0	1	0	1	0	1	1	5	10	10	
10	1	1	0	2	1	0	1	1	1	3	0	0	1	1	0	0	0	1	2	8	8	
11	1	0	1	2	0	1	1	0	1	2	1	1	0	1	1	0	1	1	6	13	13	
12	1	0	1	2	1	1	1	1	0	4	0	0	1	1	0	0	1	1	4	12	12	
13	1	1	0	2	1	1	1	0	0	3	0	1	1	0	1	0	1	1	5	12	12	
14	1	0	1	2	1	1	1	1	0	3	0	0	1	1	1	1	0	1	5	12	12	
15	1	0	0	1	1	1	1	1	1	4	0	0	1	1	1	0	0	0	3	10	10	
16	1	1	0	2	1	1	1	1	0	4	1	0	1	1	0	0	1	0	3	11	11	
17	1	0	0	1	1	1	1	0	0	3	0	0	1	1	0	0	1	1	5	11	11	
18	1	0	0	1	1	1	1	0	0	3	0	0	1	0	1	0	1	0	4	9	9	
19	1	0	0	1	1	0	1	0	1	3	0	0	0	1	0	0	1	0	4	8	8	
20	1	0	0	1	1	1	1	0	0	3	0	0	1	1	1	0	0	1	4	9	9	
21	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	4	9	9	
22	1	1	0	2	1	1	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	0	3	7	7	
23	1	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	0	3	8	8	
24	1	0	1	2	1	1	1	0	0	2	0	0	1	1	0	1	1	0	5	10	10	
25	1	0	1	2	1	1	1	0	1	3	0	0	1	1	0	1	0	0	4	10	10	
26	1	0	0	1	1	1	1	0	1	4	1	0	1	1	0	0	1	1	4	13	13	
27	1	0	0	1	1	1	1	0	0	4	1	0	1	1	1	1	1	1	7	14	14	
28	1	0	0	1	1	1	1	0	0	3	0	0	1	1	0	1	0	0	3	8	8	
29	1	0	1	2	1	1	1	1	0	3	0	0	1	1	0	0	1	1	5	10	10	
30	1	0	0	1	1	1	1	0	1	4	0	0	1	1	1	0	1	1	5	13	13	
										3	0	0	1	1	1	0	0	0	3	9	9	

## ANEXO G

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez se solicitó la opinión de los jueces expertos, además se aplicó la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems de los resultados de la encuesta sobre los factores condicionantes a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica, obteniéndose:

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum y_i)}{[N (\sum x^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

Número de ítems	Coefficiente de Pearson
1	0.36
2	0.46
3	0.56
4	0.33
5	0.39
6	0.46
7	0.38
8	0.23
9	0.35
10	0.46
11	0.56
12	0.45
13	0.28
14	0.25
15	0.49
16	0.50
17	0.46
18	0.38
19	0.25

Si  $r > 0.20$  el instrumento es válido

Por lo tanto, el instrumento según el coeficiente de Pearson es válido.

## ANEXO H

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )

$$\alpha = \left( \frac{k}{K - 1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S^2 i}{S^2 T} \right)$$

Dónde:

$\sum S^2 i$  = Varianza de cada ítem

$S^2 T$  = Varianza de los puntos totales

$K$  = Número de ítems del instrumento

$$\alpha = \left( \frac{19}{18} \right) \left( 1 - \frac{2.985}{14.126} \right)$$

$$\alpha = (1.056) (0.788)$$

$$\alpha = 0.8329 = 0.83$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere  $k > 0.7$  y  $< 1$ ; por lo tanto, este instrumento es confiable.

## ANEXO I

### MEDICIÓN DE LA VARIABLE

#### FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON IRC

DIMENSIONES	MEDIA (X)	NIVELES O RANGOS	
		AUSENTE	PRESENTE
FACTORES ASOCIADOS	10.42	00 – 10	11 – 19
FACTORES PERSONALES	1.48	00 – 01	02 – 03
FACTORES FAMILIARES	3.08	00 – 03	04 – 05
FACTORES TERAPÉUTICOS	1.66	00 – 01	02 – 04
FACTORES INSTITUCIONALES	4.02	00 – 04	05 – 07

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRC del Servicio de Nefrología del HNAL – 2015

## ANEXO J

### DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES CON IRC EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

DATOS GENERALES	CATEGORÍA	N°	%
EDAD	30 a 39 años	04	13.2
	40 a 49 años	08	26.7
	50 a 59 años	08	26.7
	Más de 59 años	10	33.4
SEXO	Masculino	20	66.6
	Femenino	10	33.4
ESTADO CIVIL	Soltero(a)	08	26.7
	Casado(a)	08	26.7
	Conviviente	14	46.6
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primaria	03	10.0
	Secundaria	10	33.4
	Superior técnico	08	26.7
	Superior universitario	09	30.0
OCUPACIÓN	Ama de casa	06	20.0
	Independiente	10	33.4
	Dependiente	14	46.6

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRC del Servicio de Nefrología del HNAL – 2015

## ANEXO K

### FACTORES CONDICIONANTES A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

<b>FACTORES ASOCIADOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Presente	19	63%
Ausente	11	37%
<b>FACTORES PERSONALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Presente	16	53%
Ausente	14	47%
<b>FACTORES FAMILIARES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Presente	21	70%
Ausente	09	30%
<b>FACTORES TERAPÉUTICOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Presente	18	60%
Ausente	12	40%
<b>FACTORES INSTITUCIONALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Presente	18	60%
Ausente	12	40%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRC del Servicio de Nefrología del HNAL – 2015

## ANEXO L

### ÍTEMS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

<b>FACTORES PERSONALES</b>	<b>Ausente</b>		<b>Presente</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Usted ha sentido mejoría en su estado de salud	00	00%	30	100%
Siente usted molestias al asistir a la hemodiálisis	26	87%	04	13%
Confía usted en que el tratamiento que recibe lo curará	21	70%	09	30%
<b>FACTORES FAMILIARES</b>	<b>Ausente</b>		<b>Presente</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
La familia le motiva a seguir con el tratamiento	03	10%	27	90%
Su familiar le acompaña a las sesiones de hemodiálisis	03	10%	27	90%
El familiar se informa acerca de la evolución de la enfermedad	20	67%	10	33%
Su familiar está pendiente de las citas programadas	20	67%	10	33%
Su familiar se muestra tolerante cuando sé enoja o está triste	23	77%	07	23%
<b>FACTORES TERAPÉUTICOS</b>	<b>Ausente</b>		<b>Presente</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Recibe usted ayuda psicológica por el personal de salud	22	73%	08	27%
La enfermera es comprensible, flexible, humana y cooperativa	28	93%	02	07%
Considera doloroso el tratamiento por la inserción de agujas	04	13%	26	87%
Las horas prolongadas le causa molestia o calambre muscular	16	53%	14	47%
<b>FACTORES INSTITUCIONALES</b>	<b>Ausente</b>		<b>Presente</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Considera adecuado el horario de atención de la hemodiálisis	15	50%	15	50%
El tiempo de espera para que reciba hemodiálisis es adecuado	28	93%	02	07%
El trato del personal es cordial durante su tratamiento	17	57%	13	43%
El ambiente donde recibe su tratamiento le parece adecuado	22	73%	08	27%
Conoce el riesgo de no asistir a las sesiones de hemodiálisis	10	33%	20	67%
Conoce el tipo de tratamiento que recibe y cuánto demora	13	43%	17	57%
La educación de la enfermera le permitió aclarar sus dudas	21	70%	09	30%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRC del Servicio de Nefrología del HNAL – 2015