

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO
“FRANKLIN ROOSEVELT”
RESOLUCION N°517-2010-CONAFU
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y BIOQUÍMICA



**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL NACIONAL DE LA PROVINCIA
DE HUANCAYO 2017”**

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

Presentado por:

Bach. Inga Cordova Begny Roxana

Bach. Galván Espejo Pamela Mayra

HUANCAYO - PERÚ

NOVIEMBRE - 2017

ASESORA

Mg. Q.F. Lucy Ana Suasnabar Terrel

JURADOS

PRESIDENTE:

Dra. Q.F. DIANA ESMERALDA ANDAMAYO FLORES

MIEMBRO SECRETARIA:

Mg. Q.F. VILMA AMPARO JUNCHAYA YLLESCAS

MIEMBRO VOCAL:

Mg. Ing. Qco. ROSARIO MERCEDES CHUQUILLANQUI

GALARZA

MIEMBRO SUPLENTE:

Mg. Q.F. Mónica Evencia Poma Vivas

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado a nuestros queridos padres por todo el amor y apoyo brindado hasta este momento.

A nuestra querida Asesora por el apoyo brindado a fin de presentar el presente trabajo de investigación y lograr uno de nuestros sueños más anhelados.

AGRADECIMIENTO

A nuestra asesora Mg.Q.F. Lucy Ana Suasnabar Terrel por su gran aporte y tomar parte de su tiempo valioso para direccionarnos en la elaboración y ejecución de dicha investigación.

A todos los docentes por brindarnos sus enseñanzas, conocimientos y herramientas necesarias para poder desarrollarnos como profesionales.

A nuestros queridos padres por todo el esfuerzo en hacer de nosotros personas de bien y ser profesionales que sirvan a la comunidad en general.

Al hospital por darnos las facilidades para realizar nuestro trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN	v

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	5
1.2.2. Problemas específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
1.5. Limitación de la investigación	6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	7
2.1.1. Antecedentes internacionales	7
2.1.2. Antecedentes nacionales	12
2.1.3. Bases teóricas de la investigación	17
A. Ley N° 28173 de fecha 26.01.2004, Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú	17
B. Decreto Supremo N° 008-2006-SA de fecha 09.05.2006, Decreto que aprueba el Reglamento de la Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú	18
C. Resolución Ministerial N° 013-2009/MINSA, Resolución que aprueba el “Manual de Buenas Prácticas de Dispensación”	23
D. Insuficiencia Renal	27
E. Adherencia terapéutica	52
2.2. Variables	55

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación	56
3.2. Tipo y Nivel de la investigación	56
3.3. Diseño de la investigación	57
3.4. Población de estudio	57

3.5. Muestra	58
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	59
3.7. Técnicas de procesamiento de la investigación	61

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

DISCUSIÓN	78
CONCLUSIONES	84
RECOMENDACIONES	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	101
Anexo 1: Instrumento de Recolección de Datos (Cuestionario)	vi
Anexo 2: Matriz de Consistencia	vii
Anexo 3: Operacionalización de Variables	viii
Anexo 4: Validación de Expertos	ix

RESUMEN

La adherencia terapéutica es el grado de comportamiento de una persona respecto a la toma de medicamentos y seguimiento de un régimen alimentario, determinadas por un médico por ello el **OBJETIVO** de la presente investigación es determinar los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal que frecuentan un Hospital Nacional de la Provincia de Huancayo 2017. Por tanto, se aplicó una **METODOLOGIA**, cuyo tipo de investigación es básico y el nivel de investigación es descriptivo, obteniendo como **RESULTADO** de la investigación realizada, información relevante respecto a: El sexo, edad y grupo etario de los pacientes con Insuficiencia Renal tienen adherencia terapéutica; asimismo, sobre los indicadores de implicación personal, relacionacional y comportamental relacionados con la adherencia terapéutica en los pacientes con Insuficiencia Renal ; y sobre el nivel de adherencia terapéutica en pacientes que padecen esta enfermedad crónica. Concluyéndose que los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan un Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale – ESSALUD” de la Provincia de Huancayo, tienen un nivel total de adherencia al tratamiento; de ahí la importancia de investigar este aspecto del control de la enfermedad de Insuficiencia Renal crónica en nuestro país, por eso es importante comenzar en un Hospital Nacional de nuestra Región.

PALABRAS CLAVE: adherencia terapéutica, pacientes, Insuficiencia Renal, establecimiento farmacéutico.

ABSTRACT

The Therapeutic adherence is the degree of behavior of a person regarding the medication intake and follow-up of a diet determined by a physician. Therefore, the **OBJECTIVE** of the present investigation is to determine the levels of therapeutic adherence in patients with Renal insufficiency who frequent one National Hospital of the Province of Huancayo 2017. Therefore, a **METHODOLOGY** was applied, whose type of research is basic and the level of research is descriptive, obtaining as **RESULT** of the research carried out, relevant information regarding: Sex, age and group of patients with Renal insufficiency who have therapeutic adherence; likewise, on the indicators of personal, relationship and behavioral implication related to the therapeutic adherence in patients with Renal Insufficiency ; and on the level of therapeutic adherence in patients suffering from this chronic disease. Coming to the **CONCLUSION** of patients with Renal Insufficiency who frequent a National Hospital "Ramiro Priale Priale - ESSALUD" of the Province of Huancayo, have a total level of adherence to the treatment; hence the importance of investigating this aspect of the control of chronic kidney disease in our country, so it is important to start in our region and in a National Hospital.

KEYWORDS: Therapeutic adherence, patients, Renal Insufficiency, pharmaceutical establishment.

INTRODUCCIÓN

La falta de cumplimiento de los pacientes con el régimen recomendado es un problema importante debido a las consecuencias que afectan la condición médica del paciente, perjudica la habilidad del profesional de la salud para cuidar de éste y añade una carga financiera a la sociedad¹. El concepto cumplimiento puede ser definido como la medida en que la conducta de una persona (en términos de tomar medicamentos seguir dietas o ejecutar cambios de estilos de vida) coincide con la recomendación médica². También puede definirse como el grado al cual el paciente debe estar involucrado, en y acepta la responsabilidad por su salud y cuida de ella.³

Existe una prevalencia de pobre cumplimiento en todo tipo de régimen médico y enfermedades, incluyendo enfermedades crónicas.⁴ El pobre cumplimiento es más común cuando el tratamiento es preventivo más que curativo, cuando los pacientes son asintomáticos y cuando la duración del tratamiento es larga⁴. La magnitud del problema es evidente cuando uno considera que al menos un tercio de los pacientes que han participado en estudios fallan en cumplir las órdenes del médico⁵

Los pacientes con enfermedad renal permanente componen una población clínica para la cual el no cumplimiento con el tratamiento es un problema con consecuencias significativas en términos de aumento en morbilidad y mortalidad temprana⁶. Sobre 125,000 americanos con enfermedad renal en etapa final se dializan para compensar la pérdida de la función del riñón⁷. A pesar de las

consecuencias adversas del no cumplimiento, se estima que la problemática del cumplimiento de estos pacientes con la dieta y los Medicamentos fluctúa entre un 30.0% y un 50.0%.⁶

En Puerto Rico, durante los últimos 20 años, los casos nuevos de enfermedad renal han aumentado⁸. Para el año 1980, el número de casos nuevos de la enfermedad fue de 290 casos, en el 1995 fue 834 casos⁸ y en el 1996 de 932 casos⁹. Así también, la prevalencia en Puerto Rico para esta enfermedad fue de 213.8 pacientes por millón de personas en 1980, de 701.3 pacientes por millón de personas en 1995⁹ y de 758.3 por millón de personas en el 1996⁹. Los grupos etarios que consistentemente se ven más afectados por esta condición son aquellos de 50 años en adelante.⁸

Consecuentemente, el objetivo de estudio del presente trabajo de investigación es determinar los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal que frecuentan un Hospital Nacional de la Provincia de Huancayo; por tanto, el mismo que está estructurado de la siguiente manera: Capítulo I considera la descripción y formulación del problema, objetivos, justificación y limitación de la investigación; Capítulo II, considera antecedentes internacionales y nacionales, y las bases teóricas de la investigación; Capítulo III, considera el método, tipo, nivel y diseño de la investigación, población de estudio, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y técnicas de procesamiento de la investigación y Capítulo IV, se considera los resultados de la investigación realizada; asimismo, la discusión, las conclusiones; las recomendaciones; las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Los riñones realizan diversas funciones en el organismo, tales como: 1) filtrar la sangre y eliminar productos de desecho del metabolismo, así como sustancias endógenas y exógenas, 2) mantener el balance hidroelectrolítico, 3) regular el equilibrio ácido – base, 4) secretar hormonas como la eritropoyetina y la renina, y 5) modificar sustancias como la vitamina D, para la regulación del fósforo y el calcio.¹⁰

Asimismo, los riñones están constituidos por unidades funcionales llamadas nefronas las cuales están formadas por un glomérulo y un túbulo. El glomérulo es un conjunto de vasos sanguíneos a través del cual se filtran más de 150 litros de sangre al día. Este ultrafiltrado del plasma que contiene moléculas pequeñas como urea, creatinina, glucosa e iones pasa al espacio

capsular y posteriormente a los túbulos. En los túbulos se reabsorbe agua y sustancias químicas útiles como aminoácidos y iones, concentrándose las sustancias de desecho y el exceso de agua que terminan excretándose en 1 o 2 litros de orina al día.¹⁰

La insuficiencia renal es un trastorno parcial o completo de la función renal. Existe incapacidad para excretar los productos metabólicos residuales y el agua y, asimismo, aparece un trastorno funcional de todos los órganos y sistemas del organismo. La insuficiencia renal puede ser aguda o crónica.¹¹

El deterioro de las funciones depuradoras y reguladoras del riñón origina la retención de productos metabólicos tóxicos y alteración en el volumen, concentración de solutos y 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. La disminución de las funciones endocrino-metabólicas origina alteraciones notables en el organismo, sin embargo, no compromete la vida del paciente, aunque alteran la calidad de vida del mismo.¹²

Desde el modelo biopsicosocial, la adherencia al tratamiento es el compromiso de colaboración activa e intencionada por parte del paciente, con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado; asimismo, desde el modelo biomédico, el cumplimiento (compliance) se entiende como la obediencia del paciente para seguir las instrucciones, prescripciones y proscipciones del profesional de la salud. Así, el paciente ocupa un rol pasivo, donde sigue los consejos y directrices del profesional de la salud.¹³

El incumplimiento al tratamiento o la escasa adherencia al tratamiento, llamada también adhesión, se constituye en un problema ampliamente extendido en los pacientes con insuficiencia renal crónica¹⁴, lo que puede generar graves consecuencias para el paciente, entre ellas, malnutrición, neuropatías, enfermedad en los huesos, falla cardíaca e incluso la muerte¹⁵. Por otra parte, la escasa adhesión al régimen terapéutico compromete gravemente su efectividad, disminuye la percepción de bienestar de los pacientes y puede generar costos adicionales al sistema de salud; por ello, las intervenciones deben ir encaminadas a mejorar esta situación y a hacer un importante aporte a nivel de prevención secundaria (modificación de conductas inapropiadas) y terciaria (disminuir las consecuencias de la enfermedad como la repercusión en otros órganos) de los pacientes renales.¹⁶

Las últimas investigaciones realizadas han identificado algunas variables que se relacionan con escasa adhesión al tratamiento, tales como: la edad avanzada, el consumo de tabaco, bajo nivel educativo, depresión y baja percepción de daño, efectos secundarios de los medicamentos, creencias y actitudes del paciente con respecto a la salud, instrucciones poco claras, fallas en la comunicación médico-paciente, complejidad de los regímenes, escasa comprensión de la razón de las terapias y dificultades socioeconómicas.¹⁷

Por lo antes mencionado, es importante profundizar respecto al estudio sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal que frecuentan un Hospital de la Provincia de Huancayo, teniendo en consideración

el rol tan importante que cumple el Profesional Químico Farmacéutico en la dispensación de los medicamentos

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal que frecuentan un Hospital Nacional de la Provincia de Huancayo?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal que frecuentan un Hospital Nacional de la Provincia de Huancayo.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Determinar la población estudiada de acuerdo al sexo y grupo étnico al que pertenecen.
- b) Identificar el porcentaje de pacientes con insuficiencia renal con adherencia al tratamiento en el componente implicación personal, de acuerdo al Cuestionario de MBG.
- c) Identificar el porcentaje de pacientes con insuficiencia renal con adherencia al tratamiento en el componente relacional profesional - paciente, de acuerdo al Cuestionario de MBG.

- d) Identificar el porcentaje de pacientes con insuficiencia renal con adherencia al tratamiento en el componente comportamental –cumplimiento de tratamiento, de acuerdo al Cuestionario de MBG.

1.4. Justificación de la investigación

La insuficiencia renal se ha convertido en una enfermedad que no tiene cura, sin embargo existe la posibilidad de llevar una vida con la ayuda de tratamientos que sustituyan la función renal.

El diagnóstico de la insuficiencia renal puede ser casual, por síntomas de enfermedad renal o por reconocer síntomas que la acompañan la pérdida de la funcional renal que puede ser lenta y progresiva.

Es por ello, que el Químico Farmacéutico desempeña una labor fundamental en la dispensación de los diversos medicamentos prescritos a los pacientes que sufren de insuficiencia renal; toda vez, que colaboran en cierta forma en el cumplimiento del tratamiento que puede estar llevando el paciente para sobrellevar una calidad de vida moderada.

Por lo antes mencionado, la presente investigación se justifica, teniendo en consideración el rol indispensable que cumple el Químico Farmacéutico en la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal.

1.5. Limitación de la Investigación

1.5.1. Limitación espacial

La investigación se desarrollará en un Hospital Nacional de la Provincia de Huancayo.

1.5.2. Limitación social

Pacientes con insuficiencia renal que frecuentan un Hospital Nacional de la Provincia de Huancayo.

1.5.3. Limitación conceptual

Está delimitada por la variable de adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal que frecuentan un Hospital Nacional de la Provincia de Huancayo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Aguilar RT, González LA, Pérez RA. (2014), en la Investigación: “Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal”¹⁸, precisan que la insuficiencia renal crónica (IRC) es un problema mundial de salud el cual requiere de un tratamiento sustitutivo que permita la supervivencia y la vida activa de la persona. El deterioro de la función renal hace que los pacientes experimenten síntomas que dañan su funcionamiento en general, por lo cual reciben diversas terapias de remplazo renal, que afectan su calidad de vida en todos los aspectos.¹⁹⁻²²

Asimismo, el paciente se somete a cambios amenazadores vinculados directamente con la enfermedad: los efectos secundarios de los tratamientos, la angustia asociada a la incertidumbre que los caracteriza, los tiempos de espera, el cambio de roles del enfermo, la pérdida de ciertas capacidades funcionales o del trabajo, los cambios en la imagen corporal, el afrontamiento de la propia muerte y lo que conlleva.²³⁻²⁶

Por tanto, los pacientes requieren tratamientos por largos periodos o de por vida, los cuales pueden implicar gastos adicionales importantes por la inactividad prolongada o la toma de medicamentos en forma permanente.¹⁵ El incumplimiento no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también porque eleva los costos de asistencia sanitaria. La falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social.

Los factores que influyen en la adherencia terapéutica son: a) la interacción del paciente con el profesional de la salud, b) el régimen terapéutico, c) las características de la enfermedad y d) los aspectos psicosociales del paciente.¹⁸

Rivas CA, Vásquez MM, Romero CA, Escobar VL, Sinning CA, Calero CY. (2013), en la Investigación: "Adherencia farmacológica de la persona con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis"²⁷, precisan que la enfermedad renal crónica se define como el daño renal, estructural o funcional, que permanece por 6 meses o más de diagnóstico, que puede o no ir acompañado de disminución de la velocidad de filtración glomerular, alteración imagenológica, alteración en la biopsia renal y que cursa con alteración de los

azoados o del resultado de la orina. También se consideran aquellos pacientes que tienen una velocidad de filtración glomerular <60 ml/min, con o sin los otros signos de daño previamente descritos.²⁸

El aumento continuo de casos de enfermedad renal crónica, está directamente relacionado con el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la patología de base, de lo que se deduce que la adherencia al tratamiento farmacológico, dieta, manejo del estrés, ejercicios y cuidados en casa de la enfermedad inicial, posibilitan o no la aparición de la enfermedad renal crónica. Tampoco se puede desconocer que, en muchos casos, la enfermedad renal es el resultado de patologías tan prevalentes como la hipertensión y la diabetes, y que en la evolución es importante la adherencia, adaptación y autocuidado del paciente.^{29,30}

La adherencia al tratamiento es una conducta que se debe monitorear en forma continua; por ende, es evidente la necesidad de generar intervenciones de enfermería que permitan brindar un cuidado multidimensional donde el diagnóstico y la evaluación de la adherencia farmacológica sea el punto de partida para lograr no solo la adherencia del tratamiento sino también la adaptación, el autocuidado, mejor evolución de la enfermedad, menos reingresos hospitalarios, complicaciones y costo.²⁷

Darss BN. (2014), en la Investigación: “Adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis”³¹, precisa que la enfermedad renal crónica (ERC) es un término genérico que define un conjunto de patologías heterogéneas que afectan la estructura y función renal. Se caracterizan por una disminución de la función renal progresiva y frecuentemente irreversible.³²

Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) deben someterse a tratamientos crónicos no curativos y altamente invasivos, suponiendo elevados costes para el paciente y su familia tanto a nivel físico, psicológico, social como económico²⁴. Todos estos aspectos pueden tener serias implicaciones en la vida del paciente determinando importantes cambios en el estilo, hábitos y calidad de vida.^{32,33}

Los tratamientos de sustitución renal a los que deben ser sometidos los pacientes son: la terapia de hemodiálisis (HD) que es la más prevalente, la diálisis peritoneal (DP) y el trasplante renal (TR).³⁴

La falta de adherencia al tratamiento de hemodiálisis constituye un problema muy heterogéneo y ampliamente extendido en este grupo de pacientes que incluye el incumplimiento del régimen dietético, de la ingesta de medicamentos, o de las restricciones hídricas; así como, ausentarse o solicitar reducción de tiempo de las sesiones de hemodiálisis. Esta falta de adherencia determina resultados desfavorables en términos de calidad de vida, aumento de la morbi-mortalidad y en los costes de salud^{32,35,36}. Asimismo, puede estar influenciada

por una serie de factores tales como el déficit de conocimiento, las creencias de salud, insatisfacción con el tratamiento, los síntomas de ansiedad y/o depresión y el apoyo familiar y social, entre otros.^{37,38}

Sánchez GM, Toro ChP, Pérez EM, Gómez PA, Portolés PJ. (2011), en la Investigación: “Intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad renal crónica”³⁹, precisan que la enfermedad renal crónica (ERC) constituye hoy en día un importante problema de salud en las sociedades desarrolladas. En nuestro país, se estima una prevalencia de ERC en estadios 3-5 alrededor del 7% de la población general y muy superior entre las personas de mayor edad.⁴⁰

El cumplimiento terapéutico es un fenómeno complejo que forma parte del proceso terapéutico, y se reconoce como un factor esencial para el control de la enfermedad. En España la evaluación de la falta de adherencia al tratamiento se ha realizado fundamentalmente para enfermedades aisladas, especialmente en hipertensión, con tasas de cumplimiento próximas al 50%.^{41,42}

El cumplimiento terapéutico puede llegar a evitar una parte de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), siendo causa del incumplimiento PRM relacionados con dosis, pautas y duración de tratamiento⁴³⁻⁴⁵. La detección de las posibles causas de incumplimiento durante la atención farmacéutica permite identificar, prevenir y resolver todo tipo de PRM.

Un paciente se considera cumplidor si se comprueba o declara haber tomado una cantidad de comprimidos entre el 80 y el 110%⁴⁶ de la dosis prescrita, a

excepción del tratamiento con antirretrovirales que se precisa un grado de cumplimiento superior al 95%⁴⁷. No obstante, la adherencia al tratamiento se estima, en la mayoría de los casos, como una variable binaria (cumplidor/no cumplidor), debido a que una valoración cuantitativa es difícil de llevarla a cabo en la práctica clínica.³⁹

2.1.2. Antecedentes nacionales

Herrera AP, Palacios GM, Mezones HE, Hernández VA, Chipayo GD. (2014), en la Investigación: “Baja adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal en un hospital de referencia del Ministerio de Salud en Perú”⁴⁸, precisan que la hemodiálisis (HD) convencional es el tipo de diálisis más usada en los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 5 (ERC5)⁴⁹, la misma que requiere una frecuencia y una duración adecuada para conseguir el objetivo de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.⁵⁰

La falta de adherencia al tratamiento del régimen de diálisis traducida en menos sesiones que las requeridas, se asocia a mayor mortalidad^{51,52}, de tal forma que la ausencia a una sesión mensual en un régimen convencional de tres sesiones por semana incrementa la probabilidad de morir hasta en 30%.⁵²

Las causas estudiadas que explican esta falta de adherencia incluyen tanto factores sociodemográficos, psicológicos como logísticos, muchas de ellas potencialmente modificables.⁵³⁻⁵⁵

ChuquiHuaccha HC, Soto TY. (2014), en la Tesis: “Estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2013”⁵⁶, precisan que la enfermedad renal crónica es la pérdida progresiva e irreversible de la filtración glomerular que se traduce en un conjunto de síntomas y signos denominado uremia y que en su estadio terminal es incompatible con la vida.

Actualmente, se considera la insuficiencia renal crónica como un problema de salud pública a nivel mundial, el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en desarrollo⁵⁷. Como consecuencia cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis y/o trasplante renal y por lo tanto se incrementa progresivamente el costo de atención. Otra particularidad es que la edad de los pacientes que son admitidos a programa de hemodiálisis se va incrementando. Por ejemplo en Japón dos tercios del total de pacientes en diálisis están por encima de los 60 años y la mitad son mayores de 65 años.⁵⁸

Por otra parte, restablecer y mantener el bienestar psicológico y emocional de estos pacientes puede incidir en la adaptación de comportamientos más funcionales, que repercutan en su estado de salud, entre ellos, tener una mejor adhesión al tratamiento y asumir de forma consistente los cambios permanentes en el estilo de vida que su condición implica.⁵⁹

Del Rio SR. (2016), en la Tesis: “Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional- 2015”⁶⁰, precisa que la insuficiencia renal crónica (IRC) es el proceso

de disminución progresiva e irreversible en el número de nefronas funcionales que lleva a una incapacidad renal para realizar las funciones depurativa, excretora, endocrina-metabólica y reguladora del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base. La mejor evidencia de daño estructural es la presencia de proteinuria, y la medida de la función renal es la tasa de filtración glomerular (TFG) medida con la depuración de creatinina convencionalmente.⁶¹

El estadio más avanzado es la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), en la cual se utilizan costosos tratamientos de reemplazo o sustitución de la función renal, mediante el tratamiento con diálisis o trasplante renal, siendo hoy un problema de salud pública global y devastador, por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud.^{61,62}

La hemodiálisis es la terapia que se utiliza con mayor frecuencia a nivel mundial y en el Perú también. Es un tratamiento altamente complejo, exigente, puede llegar a ser muy restrictivo e implica cambios profundos en el estilo de vida.⁶³

Los estilos de vida son un conjunto de patrones de comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada; dicho estilo de vida resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social, las condiciones de vida

socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona. El tratamiento también influye, en este caso la hemodiálisis, ya que sus efectos secundarios afectan los estilos de vida de las personas.⁶⁰

Se debe de implementar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en todos los niveles de atención, diseñando y evaluando programas que estén encaminados hacia la prevención de factores de riesgo. Principalmente favoreciendo estilos de vida saludables que permitan reducir las posibles complicaciones que se pudieran presentar en los pacientes con esta enfermedad, reduciendo así las tasas de morbimortalidad.^{64,65}

A nivel mundial, la IRC y la IRCT están teniendo una tendencia creciente en los países de ingresos bajos y medios, debido a que sus causas principales residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.⁶³

González S, Gago C, Marco B, Fernández J, Jarriz A, Piña M, et. al, en la Investigación: “Grado de cumplimiento del tratamiento indicado en pacientes en programa de hemodiálisis”⁶⁶, precisan que en la práctica médica rutinariamente se prescriben drogas y se hacen recomendaciones en el tratamiento, que frecuentemente son incumplidos por los pacientes, independientemente de la edad y la etiología de su enfermedad.

Este hecho suele ser más frecuente en pacientes con enfermedades crónicas, habiéndose comprobado en diversas series que un 25 a 80% de pacientes no siguen el tratamiento indicado de forma adecuada^{67,68}, lo que en

ocasiones puede conllevar al fracaso terapéutico, así como a un mayor número de ingresos hospitalarios.⁶⁶

Entre las razones más frecuentes para dicho incumplimiento se encuentran: trastornos de conducta en personas mayores, número elevado de fármacos, efectos secundarios, errores en la interpretación del tratamiento, pautas engorrosas, así como falta de información adecuada por el personal sanitario.⁶⁶

Para conseguir una mejor cumplimentación del tratamiento, se han sugerido una serie de actuaciones: mayor relación paciente-personal sanitario, instrucciones escritas, educación sanitaria para un mejor conocimiento de su enfermedad, y un apoyo social mayor.⁶⁶

2.1.3. Bases teóricas de la investigación

Las bases teóricas de la presente investigación son las siguientes:

A. Ley N° 28173 de fecha 26.01.2004, Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú⁶⁹

Artículo 5.- Funciones

Son funciones del Químico Farmacéutico:

- a) Brindar atención farmacéutica en farmacias y boticas del sector público y privado.
- b) Planificar, organizar, dirigir, coordinar, controlar y evaluar las actividades en la farmacia, servicio de farmacia, departamento de farmacia, en los laboratorios de producción, en las droguerías y afines.
- c) Cumplir y hacer cumplir la Ley General de Salud y otras normas conexas.
- d) Elaborar las fórmulas oficiales y magistrales.
- e) Asegurar la suficiente provisión de materia prima y suministro de medicamentos, verificando su calidad.
- f) Hacer cumplir, según el caso, la aplicación de las buenas prácticas de almacenamiento y dispensación, y otras que exijan la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y otras instancias internacionales.
- g) Controlar la buena conservación del medicamento y material médico quirúrgico.
- h) Vigilar las fechas expirables.
- i) Participar en los programas de investigación científica.
- j) Servir como consultor científico y técnico del personal médico.
- k) Formular, controlar y evaluar los medicamentos obtenidos a partir de recursos naturales, terapéuticos y homeopáticos.

Artículo 6º.- Dispensación de productos

Los Químicos Farmacéuticos con formación universitaria acreditada y debidamente colegiados están autorizados para la dispensación de estupefacientes, narcóticos y psicotrópicos, así como de medicamentos de alto riesgo.

B. Decreto Supremo N° 008-2006-SA de fecha 09.05.2006, Decreto que aprueba el Reglamento de la Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú⁷⁰

Artículo 3.- Rol del Químico Farmacéutico

El Químico Farmacéutico como profesional universitario de las ciencias médicas, a través de sus instituciones representativas, participa en la formulación, evaluación y aplicación de la Política Nacional de Salud y en particular de la Política Nacional de Medicamentos.

El profesional Químico Farmacéutico desarrolla acciones promocionales, preventivas, asistenciales, de rehabilitación y reguladoras de la Salud Pública, Ocupacional y Ambiental destinadas a la persona, la familia y la comunidad como integrante del equipo de salud; asimismo desarrolla actividades de gestión y aseguramiento de la calidad en la producción de alimentos, tóxicos, medicamentos, productos farmacéuticos y afines.

Artículo 4.- Acto Farmacéutico

Es el ejercicio de la profesión en el cuidado, prevención, promoción y recuperación de la salud, proveyendo los fundamentos y conocimientos farmacéuticos necesarios relacionados a la química farmacéutica, cosmética, clínica, toxicológica, alimentaria, productos naturales y otras especialidades

afines a la profesión en los insumos, procesos industriales, productos y en la atención farmacéutica. Se rige por el Código de Ética del Colegio Químico Farmacéutico del Perú.

Artículo 7.- Funciones

Son funciones del Químico Farmacéutico, las siguientes:

- a) Satisfacer la demanda de los usuarios, durante el proceso de la atención integral a través del acto farmacéutico.
- b) Planificar, organizar, dirigir, coordinar, controlar y evaluar las actividades en farmacias, boticas, droguerías, servicio de farmacia, departamento de farmacia y almacenes especializados de medicamentos.
- c) Velar por el acceso y uso racional de los medicamentos en la población.
- d) Integrar comités técnicos en entidades nacionales, regionales y locales.
- e) Participar activamente en el Sistema Nacional de Farmacovigilancia.
- f) Desarrollar la Farmacopea Peruana y participar en la elaboración de los formularios nacionales e institucionales de medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines.
- g) Participar activamente en todas las etapas del proceso de suministro de productos farmacéuticos y afines, garantizando su calidad.
- h) Formular, preparar y controlar las mezclas intravenosas de medicamentos citotóxicos, nutricionales, antibióticos y otros, así como las fórmulas oficinales y magistrales, garantizando su calidad.

- i) Cumplir y hacer cumplir, según el caso, la aplicación de las Buenas Prácticas de Manufactura, de Laboratorio, Almacenamiento, Dispensación, Atención Farmacéutica y otras que exija la Autoridad de Salud y recomiende la Organización Mundial de la Salud.
- j) Participar en la gestión de las acciones de salud y en las estrategias sanitarias, promoviendo la atención integral de salud y el uso racional de medicamentos.
- k) Participar en los programas de investigación, monitoreo, control y conservación del medio ambiente.
- l) Proporcionar información en medicamentos, alimentos y tóxicos.
- m) Formular, elaborar, controlar y evaluar farmacológicamente los medicamentos y suplementos nutricionales y los obtenidos a partir de recursos naturales, terapéuticos y homeopáticos.
- n) Elaborar, controlar y evaluar los radiofármacos, los medicamentos biotecnológicos y nutracéuticos.
- o) Planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar acciones de aseguramiento de la calidad en empresas de producción y servicio farmacéutico.
- p) Planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar acciones de investigación y desarrollo de medicamentos y/o sus formas farmacéuticas, así como de otros productos farmacéuticos y afines.
- q) Ejercer la función de administración, docencia y de investigación en las instituciones educativas.

- r) Ejercer la asesoría, consultoría, auditoría y peritaje en los campos de su especialidad a los organismos privados, estatales u organismos no gubernamentales.
- s) Proponer y participar en la formulación y aplicación de las políticas, planes y programas así como en las acciones reguladoras en el campo Químico Farmacéutico, de la Salud Pública.
- t) Proponer y participar en la elaboración de normas técnicas, reglamentos y directivas relacionadas con la Salud Pública, Ocupacional y Ambiental, con los medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines, con la higiene y calidad de los alimentos y bebidas, y con las sustancias tóxicas.
- u) Planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar, evaluar y aprobar la producción de medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines de uso en seres vivos, en laboratorios y establecimientos farmacéuticos. Ejerce la función de responsable técnico del funcionamiento de las industrias y establecimientos farmacéuticos, farmaquímicos, genómicos, biotecnológicos y de las industrias que elaboren productos naturales de uso en salud, otros productos que contengan en su composición sustancias con alguna actividad farmacológica, alimentos y bebidas o sustancias químicas capaces de causar daño a la salud de las personas.
- v) Dirigir y realizar los análisis físico-químicos, químicos, bioquímicos, microbiológicos, farmacológicos, clínicos, toxicológicos (toxicología legal, forense y ambiental), bromatológicos y otros inherentes a su formación profesional.

- w) Realizar el análisis, identificación y clasificación arancelaria en la importación y exportación de materia prima, material de empaque, medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines de uso en los seres vivos.
- x) Participar en el control y vigilancia sanitaria contra la falsificación, adulteración y venta ambulancia de productos farmacéuticos y afines, así como en la elaboración, comercialización y expendio de alimentos.
- y) Proponer y participar en los proyectos y programas de monitoreo, vigilancia y sistemas de información para la identificación, prevención y control de riesgos y daños a la salud pública, ocupacional y ambiental, control de los medicamentos, alimentos y sustancias tóxicas.
- z) Participar en los Estudios de Evaluación de Riesgos, Estudios de Impacto Ambiental-EIA, Diagnóstico Ambiental Previo o Preliminar-DAP y de Programas de Adecuación y Manejo Ambiental-PAMA.
- aa) Desarrollar y evaluar el seguimiento farmacoterapéutico a nivel comunitario y hospitalario, informando y reportando los resultados de sus intervenciones a la Autoridad de Salud pertinente.

Artículo 8.- De la Dispensación de Productos

El Químico Farmacéutico es responsable de la dispensación, de la información y orientación al usuario sobre la administración, uso y dosis del medicamento, otros productos farmacéuticos, afines, sus interacciones con otros

medicamentos y alimentos, sus reacciones adversas y sus condiciones de conservación.

Artículo 9.- De La Responsabilidad

El Químico Farmacéutico tiene la responsabilidad y está autorizado para la adquisición y custodia de productos farmacéuticos y afines. Tiene la responsabilidad del control e informe periódico a la Autoridad de Salud de los estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias peligrosas sometidas a fiscalización. Estas actividades no podrán ser delegadas.

C. Resolución Ministerial N° 013-2009/MINSA, Resolución que aprueba el “Manual de Buenas Prácticas de Dispensación”⁷¹

I. Finalidad

Contribuir a mejorar la salud de la población a través de una correcta y efectiva dispensación de medicamentos en los establecimientos farmacéuticos de dispensación a nivel nacional, brindando un servicio de calidad y calidez procurando el bienestar de los pacientes, y el respeto a sus derechos como ciudadano.

Las Buenas Prácticas de Dispensación de Medicamentos (BPD) es un conjunto de normas establecidas para asegurar un uso adecuado de estos productos. Unas prácticas correctas de dispensación garantizan que se entregue al paciente que corresponda, el medicamento correcto, en la dosis y cantidad

prescritas, con información clara sobre su uso y conservación, y en un envase que permita mantener la calidad del medicamento.

II. DISPOSICIONES GENERALES

2. De La Dispensación De Medicamentos

La dispensación de medicamentos es el acto profesional farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos a un paciente generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado. En este acto el profesional Químico Farmacéutico informa y orienta al paciente sobre el uso adecuado del medicamento, reacciones adversas, interacciones medicamentosas y las condiciones de conservación del producto.

Corresponde a una Buena Práctica de Dispensación promover, en todo momento, el uso racional de medicamentos.

El profesional Químico Farmacéutico debe promover el acceso a medicamentos mediante una adecuada gestión de suministro de los mismos.

Es responsable asimismo, de la correcta preparación de las fórmulas magistrales y oficinales.

El profesional Químico Farmacéutico coopera con acciones orientadas a contribuir con la garantía de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que se comercializan en el país, y participa en la identificación y denuncias relacionadas con productos falsificados o adulterados y productos con problemas de calidad o efectividad.

Las Buenas Prácticas de Dispensación deben cumplirse de manera integral y en concordancia con las normas legales relacionadas con la actividad farmacéutica en general.

III. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

1. Del Proceso De Dispensación

El proceso de dispensación de medicamentos incluye todas las actividades realizadas por el profesional Químico Farmacéutico desde la recepción de la prescripción hasta la entrega al paciente de los medicamentos con o sin receta. La correcta dispensación se debe constituir en un procedimiento que garantice la detección y corrección de errores en todas sus fases.

En el proceso de dispensación se diferencian cinco actividades principales:

1. Recepción y Validación de la prescripción.
2. Análisis e Interpretación de la prescripción.
3. Preparación y Selección de los productos para su entrega.
4. Registros.
5. Entrega de los productos e Información por el dispensador

1.1. De la Entrega de los productos e Información por el dispensador

Los medicamentos, deben entregarse al paciente o su representante con instrucciones claras, añadiendo la información que se estime conveniente. El profesional Químico Farmacéutico es responsable de brindar información y orientación sobre la administración, uso y dosis del producto farmacéutico, sus interacciones medicamentosas, sus reacciones adversas y sus condiciones de

conservación. Cuando estime conveniente, siempre que se den las condiciones necesarias y se cumpla con las normas legales al respecto, propondrá al paciente o su representante el seguimiento farmacoterapéutico correspondiente, en base a criterios previamente establecidos.

Las advertencias relacionadas con los posibles efectos indeseables, deben realizarse con objetividad y claridad, a fin de evitar que el paciente abandone el tratamiento.

Se debe incidir en la frecuencia, duración del tratamiento y vía de administración de los medicamentos, debiendo informarse también sobre:

- a) Cuando tomar el medicamento, en relación a los alimentos (Ej. antes, después, con los alimentos) y en relación a otros medicamentos.
- b) Cómo tomar o aplicar el medicamento (Ej. masticarlo, con mucho agua, aplicarlo localmente).
- c) Cómo guardar y proteger los medicamentos para su adecuada conservación.

Es necesario asegurarse que el paciente comprenda las instrucciones y siempre que sea posible, se solicitará que el paciente repita las instrucciones brindadas.

Los pacientes deben ser tratados con respeto y es imprescindible mantener la confidencialidad e intimidad cuando se dispense ciertos tipos de medicamentos o se trate de ciertas patologías.

A fin de brindar una adecuada información a los pacientes, se deberá tener acceso a información científica independiente y actualizada sobre los medicamentos, a la información referida a primeros auxilios y emergencias toxicológicas, y a información oficial sobre las alternativas farmacéuticas de medicamentos.

D. Insuficiencia Renal

1. Definición⁷²

Los riñones están diseñados para mantener un equilibrio adecuado de líquidos en el cuerpo, remover los residuos y eliminar las toxinas de la sangre. Los riñones producen orina que se encarga de transportar estos productos de eliminación y el exceso de líquido. También producen hormonas que estimulan la producción de glóbulos rojos en la médula ósea y fortalecen los huesos.

La insuficiencia (renal) del riñón describe una situación en la que los riñones han perdido la capacidad de llevar a cabo estas funciones eficazmente. La acumulación en los niveles de residuos puede causar un desequilibrio químico en la sangre, que puede ser fatal si no se trata.

Los pacientes con insuficiencia renal pueden desarrollar, con el tiempo, un recuento sanguíneo bajo o huesos débiles.

2. Síntomas de la insuficiencia renal⁷²

Los signos pueden incluir:

- Retención de líquidos
- Fatiga
- Sangre en las heces

- Falta de aliento
- Presión arterial alta
- Náuseas
- Somnolencia
- Facilidad para desarrollar hematomas
- Cambios en la micción, tales como como micción disminuida, excesiva o nula

3. Formas de evaluar la insuficiencia renal⁷²

Existe una variedad de causas de la insuficiencia renal, y la causa más sospechosa o probable determina el tipo de examen que se necesita y que mejor servirá para comprobar la causa. Con la finalidad de diagnosticar una insuficiencia renal, su médico podría ordenar:

- **Ultrasonido renal:** Este examen por imágenes utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para ver los riñones en tiempo real y, generalmente, es la primera prueba obtenida para examinar los riñones.
- **TAC del cuerpo:** La exploración por Tomografía Computarizada (TAC) combina un equipo especial de rayos X con computadoras sofisticadas para producir múltiples imágenes o fotografías del interior del cuerpo. Este examen por imágenes se utiliza frecuentemente para obtener una visión amplia de las múltiples causas de la insuficiencia renal.
- **Urografía por TAC o por RMN:** Este procedimiento se utiliza para evaluar a los pacientes que presentan sangre en la orina, para identificar problemas en pacientes con infecciones frecuentes del tracto urinario y para el

seguimiento de los pacientes con un historial de cáncer del sistema colector urinario.

- **Resonancia magnética nuclear del cuerpo (RMN):** Este examen por imágenes utiliza un campo magnético y pulsos de radiofrecuencia para producir imágenes detalladas de los riñones.
- **Gammagrafía renal:** Durante este examen de medicina nuclear, los riñones son evaluados usando una radiosonda y una cámara gamma. Este examen puede proporcionar información sobre la función de ambos riñones, permitiendo que los radiólogos o médicos nucleares puedan ver cómo funcionan y excretan orina los riñones.
- **Biopsia:** Este procedimiento involucra la extracción, guiada por imágenes, de una pequeña muestra de tejido renal para examinar la presencia de enfermedad. En última instancia, esto podría ser necesario para ofrecer un diagnóstico, pero hay muchos exámenes por imágenes que por lo general se realizan primero.

4. **Cómo tratar la insuficiencia renal**⁷²

Las opciones de tratamiento varían ampliamente y dependen de la causa de la insuficiencia renal, pero la mayoría requiere una estadía en el hospital. Las opciones se clasifican en dos grupos: el tratamiento de la causa de la insuficiencia renal y la sustitución de la función renal. Entre ellos figuran:

- **Los procedimientos de radiología de intervención como el stent ureteral y la nefrostomía:** Estos procedimientos involucran la inserción de un pequeño stent en el uréter(es) o de un tubo conectado a una bolsa de

drenaje externo. Ambas opciones se utilizan para desbloquear los uréteres y de esa forma permitir el flujo adecuado de orina desde los riñones, cuando la falta de flujo ha sido identificada como la causa de la insuficiencia renal.

- **Tratamientos quirúrgicos**, tales como un stent urinario o la remoción de piedras de los riñones.
- **Diálisis**, incluyendo hemodiálisis y diálisis peritoneal: estos procedimientos eliminan los desechos y el exceso de líquido de la sangre y, por lo tanto, sustituyen (algunas) funciones renales. El trasplante de riñón es la forma más completa y eficaz de sustituir la función renal, pero puede no ser adecuado para todos los pacientes.

5. Tipos de Insuficiencia Renal

Hay dos tipos principales de insuficiencia renal, como son:

- Insuficiencia renal aguda
- Insuficiencia renal crónica

a. Insuficiencia Renal Aguda (IRA)¹¹

Es un síndrome clínico de inicio rápido, apareciendo aproximadamente en horas o días y caracterizado por una pérdida rápida de la función renal con aparición de una progresiva azoemia (acumulación de productos residuales nitrogenados) y aumento de los valores séricos de creatinina. La uremia es el

proceso en que la función renal disminuye hasta un punto en que aparecen síntomas en múltiples sistemas del organismo. La IRA se asocia a menudo con la oliguria (disminución de la diuresis hasta menos de 400 ml/día). Esta enfermedad es reversible, pero presenta una tasa de mortalidad del 50%.

A. Etiología¹¹

Las causas de la IRA son múltiples y complejas. Puede aparecer tras episodios de hipovolemia, hipotensión grave y prolongada o tras la exposición a un agente nefrotóxico. Las dos causas más comunes de la IRA son la isquemia renal prolongada y las lesiones nefrotóxicas que producen oliguria. La causa que más incidencia de casos provoca es la isquemia renal, que al disminuir la perfusión renal no llega ni oxígeno ni nutrientes para el metabolismo celular, lo que puede provocar necrosis renal. También puede deberse a otros cuadros clínicos como los traumatismos, la sepsis, la administración de sangre de diferente grupo y las lesiones musculares graves.

Según la causa, se distinguen 3 tipos de IRA¹¹:

- **IRA Prerenal:** No hay lesiones morfológicas en el parénquima renal. Es debida a una reducción del flujo sanguíneo renal, la perfusión y filtración glomerulares. La hipovolemia, la disminución del gasto cardiaco o de la resistencia vascular sistémica y la obstrucción vascular son trastornos que pueden causar reducción del volumen sanguíneo circulante efectivo. Si se corrige la causa, como hemorragia o deshidratación y se restablece la volemia, la función renal mejora.

- **IRA Intrarrenal:** Incluye trastornos que causan lesiones directas de los glomérulos y túbulos renales con la consiguiente disfunción de las nefronas. De modo general, la IRA intrarrenal se debe a isquemia prolongada, nefrotoxinas (pueden provocar obstrucción de estructuras intrarrenales por cristalización o por lesión de las células epiteliales de los túbulos), reacciones transfusionales graves, medicamentos como los AINE's, glomerulonefritis, liberación de hemoglobina por hematíes hemolizados y liberación de mioglobina por células musculares necróticas. Estas dos últimas bloquean los túbulos y producen vasoconstricción renal. La IRA intrarrenal también se da en grandes quemados.

- **IRA Post Renal:** Es la obstrucción mecánica del tracto urinario de salida. A medida que se obstruye el flujo de orina, ésta refluye hacia la pelvis y altera la función renal. Las causas más frecuentes son la hiperplasia prostática benigna, el cáncer de próstata, los cálculos urinarios, los traumatismos y los tumores extrarrenales. Si se elimina el obstáculo evoluciona favorablemente.

B. Fisiopatología¹¹

Cuando disminuye el flujo sanguíneo renal, también lo hace la fuerza motriz básica de la filtración. Además, los riñones dejan de recibir oxígeno y otros nutrientes vitales para el metabolismo celular. Como consecuencia de la

disminución de la filtración glomerular, se acumulan los productos residuales del organismo y por ello, el paciente experimentará un incremento de los niveles séricos de creatinina y BUN (nitrógeno ureico en sangre), lo que recibe el nombre de azoemia. Para evitar la hipoperfusión renal los riñones requieren una presión arterial media de al menos 60-70 mmHg, en caso de no alcanzar esta presión arterial los riñones ponen en marcha dos importantes respuestas de adaptación:

- **La Autorregulación:** Mantiene la presión hidrostática glomerular por medio de la dilatación de la arteriola aferente y la constricción de la arteriola eferente consiguiendo incrementar el flujo sanguíneo en el lecho capilar glomerular y retrasar la salida de la sangre del mismo, consiguiendo un aumento de la presión y de la velocidad de filtración glomerular.
- **Activación del Sistema Renina-angiotensina-aldosterona:** Este sistema estimula la vasoconstricción periférica, que incrementa a su vez la presión de perfusión, estimulando la secreción de aldosterona que da lugar a la reabsorción de sodio y agua y secreción de potasio. La reabsorción de sodio y agua aumenta el volumen intravascular total mejorando la perfusión de los riñones. La reabsorción de sodio da lugar a un aumento de la osmolaridad del plasma, que a su vez estimula la liberación de la hormona antidiurética (ADH), la cual favorece la reabsorción de agua a nivel de los túbulos distales.

La evolución de la IRA se divide en cuatro fases:

- **Fase inicial de agresión o lesión:** Esta fase tiene importancia, ya que si se actúa inmediatamente es posible resolver o prevenir la disfunción renal

posterior. Esta fase puede durar desde horas a días. En esta fase aparecen los síntomas urémicos.

- **Fase Oligúrica:** La oliguria es el primer síntoma que aparece en esta enfermedad, pudiendo durar de 8 a 14 días. En esta fase el gasto urinario se ve disminuido notablemente (por debajo de 400 ml/día).
- **Fase Diurética:** Suele durar unos 10 días y señala la recuperación de las nefronas y de la capacidad para excretar la orina. Por lo general, la diuresis comienza antes de que las nefronas se hayan recuperado por completo, por lo que se sigue manteniendo la azoemia.
- **Fase de Recuperación:** Representa la mejora de la función renal y puede prolongarse hasta 6 meses. Lo último que se recupera es la capacidad para concentrar la orina.

C. Manifestaciones Clínicas¹¹

Las manifestaciones de la IRA, pueden no aparecer hasta una semana después de la lesión inicial. Cuando aparecen lo hacen de manera brusca. La IRA evoluciona a través de cuatro fases, si el paciente no se recupera aparece una enfermedad renal crónica. Manifestaciones de la IRA según las cuatro fases de la enfermedad.

a) Fase Inicial¹¹

Es el momento de la agresión hasta la aparición de signos y síntomas, pudiendo durar horas o días.

b) Fase Oligúrica¹¹

La manifestación más común de la IRA es la oliguria (menos de 400 ml de orina en 24 horas) debido a la disminución de la velocidad de filtración glomerular.

Hay una retención de líquidos, debido a la disminución de la diuresis, que ocasiona una distensión de las venas cervicales y pulso saltón, presentando a veces el paciente edema e hipertensión, y con el tiempo edema pulmonar, derrame pleural y derrame pericárdico.

Como el hígado de estos pacientes no puede sintetizar el amoníaco ni eliminar los productos metabólicos ácidos, se produce una acidosis metabólica. Para eliminar el exceso de ácidos en forma de CO₂ el paciente realiza respiraciones de Kussmaul (rápidas y profundas), si no se inicia el tratamiento aparece letargia y estupor.

Los túbulos lesionados no pueden retener el sodio, aumentando su excreción por la orina, presentando unos valores séricos inferiores. La hiponatremia y el exceso de agua pueden ocasionar un edema cerebral, cefaleas, alteraciones neurológicas como cefaleas y convulsiones.

El aumento de los valores séricos del potasio, es debido a la incapacidad del riñón de excretarlo. Esto puede ocasionar arritmias cardíacas, debiéndose iniciar un tratamiento inmediato. Los signos clínicos de la hiperpotasemia se

aprecian en el ECG: ondas T más altas y picudas, ensanchamiento del complejo QRS y depresión del ST.

Aparece un bajo valor sérico del calcio, hipocalcemia, debido a la disminución de la absorción del calcio en el tracto gastrointestinal, necesitando de vitamina D; y una hiperfosfatemia debida a la reducción de la excreción del fosfato.

Los riñones no pueden excretar urea y creatinina, por lo que los valores de estos aumentan. El aumento de la creatinina y el BUN puede no ser oligúrica y conservar la diuresis, hay menos problemas al no presentar hiperhidratación pero se mantiene la retención de productos nitrogenados y los trastornos electrolíticos.

A medida que se acumulan los productos residuales nitrogenados en el cerebro y tejidos nerviosos, pueden aparecer síntomas leves como: fatiga, dificultad para concentrarse incluso llegar a convulsiones, estupor y coma.

c) Fase Diurética¹¹

Empieza con un aumento gradual de la diuresis diaria, aunque la nefrona no es del todo funcional. Los riñones no recuperan la capacidad de concentrar la orina. Debido a la pérdida excesiva de líquidos se puede observar hipovolemia

e hipotensión, con posible aparición de hiponatremia, hipopotasemia y deshidratación.

Al final de esta fase se mantiene el desequilibrio y valores anormales, comenzando a normalizarse los valores del equilibrio ácido-base, los valores electrólitos y productos residuales: BUN y creatinina.

d) Fase de Recuperación¹¹

Empieza cuando aumenta la velocidad de filtración glomerular. La función renal puede tardar hasta 12 meses en estabilizarse.

D. Pruebas Diagnósticas¹¹

- **Análisis de Orina:** Puede proporcionar información acerca de la causa y la localización de la enfermedad renal. Se observa un sedimento urinario anormal (células tubulares renales y cilindros celulares)
- **Osmolalidad Urinaria y Valores de Na⁺urinario:** Permite descartar los problemas de perfusión renal. En la necrosis tubular aguda, el riñón pierde su capacidad de regular la concentración urinaria y conservar Na⁺, con lo cual la orina tendrá una concentración de Na⁺ superior a 40 mEq/l (mientras que en la azoemia prerrenal, el Na⁺ urinario es inferior a los 20 mEq/l). Las muestras de orina deben enviarse al laboratorio inmediatamente después de ser recogidas, o bien refrigerarse si el envío no es posible. De lo

contrario aumenta la posibilidad de desarrollar crecimiento bacteriano, turbidez y alcalinidad, lo que puede distorsionar los resultados del análisis.

- **Urografía retrógrada:** Permite valorar las causas posrenales como la obstrucción.

E. Tratamiento Médico¹¹

En el tratamiento los objetivos primarios son: eliminar la causa desencadenante, mantener el equilibrio hidroelectrolítico y evitar las complicaciones, hasta que los riñones puedan recuperar su función. Para ello se debe realizar las siguientes acciones.

a) Tratamiento de la causa precipitante¹¹

Consiste en reponer la volemia mediante la administración intravenosa de líquidos o fármacos. En el caso de la que la causa fuera cualquier anomalía que disminuyera el gasto cardiaco el tratamiento debe ir dirigido a mejorar la función cardiaca. También se puede administrar un diurético (manitol) para incrementar el volumen intravascular y mejorar la perfusión renal. La insuficiencia post renal se trata aliviando la obstrucción.

b) Control del Equilibrio Hídrico¹¹

El tratamiento se basa en el control de constantes, peso y registro de entradas y salidas de líquido.

Durante la fase oligúrica: se ha de restringir la ingesta de líquidos, pero también se ha de reemplazar las pérdidas del día anterior para evitar la deshidratación. Para el cálculo de la restricción, la norma general es administrar líquidos a un ritmo de 400-500ml/día, (corresponde a las pérdidas insensibles como la respiración, sudor...) y a esa cantidad se le suma las pérdidas ocurridas durante las 24 horas anteriores (orina, vómitos, sangre, diarrea).

Durante la fase diurética: puede producirse la deshidratación debido a las grandes cantidades de orina excretada. Por esta razón es muy importante la reposición de líquidos.

c) **Control de electrolitos**¹¹

Durante la fase oligúrica:

- **Tratamiento de la hiperpotasemia:** Cuando los valores de potasio se encuentran por encima de los 6 mEq/l se administra sulfonato de poliestireno, resinas de intercambio catiónico o enema, para facilitar la excreción de potasio por las heces. Cuando los valores de potasio sérico se aproximan a 6.5 mEq/l se necesita un tratamiento más agresivo como la administración intravenosa de insulina (desplaza el potasio al interior de las células) y a continuación se administra glucosa para evitar la hipoglucemia. Otros fármacos de emergencia pueden ser el bicarbonato sódico o gluconato cálcico. También se utiliza la diálisis.

- **Tratamiento de la hiperfosfatemia:** Se administran fijadores del fósforo para que sea eliminado por las heces aunque hay algunos que contienen aluminio que puede producir osteodistrofia renal o encefalopatía, por lo que su uso está limitado.
- **Tratamiento de la hipocalcemia:** debido a la falta de vitamina D el intestino no puede absorber el calcio, por lo que se ha de administrar suplementos de calcio. Si la hipocalcemia aún persiste se ha de administrar la forma activa de la vitamina D.

Durante la fase diurética: Se tiene que mantener el equilibrio hidroelectrolítico. Debido a que la función renal sigue alterada, se pierden grandes cantidades de sodio y potasio por la orina, debiéndose reponer los electrolitos perdidos.

d) Terapia Nutricional¹¹

Fase Oligúrica: Consiste en las restricciones alimentarias necesarias para impedir la azoemia y los trastornos hidroelectrolíticos, pero aportando las calorías suficientes para prevenir el catabolismo de las proteínas del organismo, proceso que causaría el aumento de los valores de urea, fosfato y potasio. Para ello es necesario:

- Una dieta baja en proteínas, pero rica en grasas y carbohidratos.

- Restricción de alimentos ricos en sodio para evitar la sed y prevenir el edema, la hipertensión y la insuficiencia cardíaca congestiva.
- Restricción de alimentos ricos en potasio y fosforo para prevenir complicaciones.
- Administración de suplementos calóricos, o aminoácidos esenciales.

Fase Diurética: incrementar la ingesta de alimentos ricos en potasio y sodio. Después de la fase de diuresis el individuo recibe una dieta con abundantes proteínas y calorías y se le anima a reanudar poco a poco sus actividades.

e) Otros Tratamientos¹¹:

- Diálisis: en la fase oligúrica se realiza para prevenir complicaciones, además de permitir el consumo liberal de líquidos, sodio y proteínas. También se utiliza en casos de urgencia, cuando los niveles de electrolitos o BUN están muy elevados y son un riesgo para el individuo. Durante la fase diurética la diálisis puede seguir siendo útil para eliminar las toxinas urémicas y mantener un equilibrio hídrico óptimo.
- Disminución de dosis de medicamentos que se excretan por vía renal.
- Evitar infecciones secundarias: utilizar medidas de asepsia, evitar sondas fijas de Foley, controlar los signos de infección, administración de antibióticos como método preventivo y fisioterapia preventiva.

b. Insuficiencia Renal Crónica (IRC)¹¹

Consiste en una destrucción progresiva e irreversible de las nefronas de ambos riñones. Los estadios se definen según el grado de función renal, existiendo hasta cinco estadios. Cuando la velocidad de filtración glomerular es inferior a 15 ml/min, ocurre su último estadio que se trata de la enfermedad renal en estadio terminal (ERET); en esta fase el tratamiento renal es sustitutivo, necesitándose diálisis o trasplante para la supervivencia del paciente. Una persona puede sobrevivir sin necesidad de diálisis incluso tras haber perdido más del 90% de las nefronas. Debido a la falta de alteraciones notables el sujeto puede atravesar diversos estadios de la IRC sin saberlo.

A. Etiología¹¹

De las muchas causas de la IRC, las más comunes son la diabetes mellitus, la hipertensión y la enfermedad de los riñones pilocústicos. Independientemente de la causa, la presentación de la enfermedad es similar, especialmente a medida que el sujeto se aproxima al desarrollo de la IRT.

B. Fisiopatología¹¹

Como consecuencia de la destrucción progresiva de las nefronas, las que permanecen intactas empiezan a trabajar al máximo para adaptarse al aumento de las necesidades de filtración de solutos y de esta manera, suplir la función de las nefronas destruidas. Esta respuesta de adaptación provocará que dichas células se hipertrofien, lo que conlleva una pérdida de la capacidad de las

mismas para concentrar la orina de forma adecuada. Uno de los primeros signos de la IRC es la isotenuriapoliuria, con excreción de orina que es casi isotónica con el plasma. Más adelante, los túbulos empiezan a perder su capacidad para reabsorber electrolitos, seguidamente, como el organismo no puede librarse de los productos residuales a través de los riñones, aparece la uremia clínica y, finalmente, los desequilibrios hidroelectrolíticos del organismo empiezan a afectar a otros sistemas corporales. El conjunto de las manifestaciones de la IRC se incluye en el término uremia.

C. Pruebas diagnósticas¹¹

Además de las pruebas comunes, mencionadas anteriormente, encontramos pruebas diagnósticas específicas de la insuficiencia renal crónica:

- **Índice de filtración glomerular (IFG):** Puede calcularse utilizando la fórmula matemática MDRD: $IFG = 170 \times (\text{creatina plasmática en mg/dl})^{-0,999} \times (\text{edad})^{-0,176} \times (0,762 \text{ en mujeres}) \times (1,180 \text{ si el paciente es de raza negra}) \times (\text{urea sérica en mg/dl})^{-0,170} \times (\text{albúmina en g/dl})^{-0,318}$
- **Examen radiográfico de riñones, uréteres y vejiga urinaria:** Permite comprobar la existencia de los dos riñones y observar alteraciones de su forma o tamaño; también permite detectar algunos tipos de obstrucciones.

- **Pielografía intravenosa y biopsia renal:** Son técnicas adicionales para intentar determinar la causa de la insuficiencia renal. Una vez el paciente está en la fase de Insuficiencia Renal Terminal ya no se llevan a cabo.
- **Bioquímicas séricas, exámenes radiográficos demanos y tórax, y prueba de velocidad de la conducción nerviosa:** Permiten valorar el desarrollo y la progresión de la uremia y sus complicaciones.

D. Manifestaciones clínicas¹¹

Aparecen debido a las sustancias retenidas como urea, creatinina, fenoles, hormonas, electrólitos, agua y muchas otras. La uremia es el síndrome que comprende todos los síntomas y signos observados en los distintos órganos y sistemas del organismo. Son muy variados dependiendo de la persona y la causa de la enfermedad renal.

Los primeros síntomas aparecen debido a la disminución en un 25-30% del filtrado glomerular, lo que produce un aumento de la urea y la creatinina en el plasma. Encontramos síntomas en los siguientes sistemas:

- Sistema Urinario:** En la primera etapa de la enfermedad se produce poliuria, debido a la incapacidad de los riñones de concentrar la orina. Sobre todo ocurre durante la noche por lo que el paciente se debe levantar varias veces. A medida que la enfermedad empeora aparece oliguria y al final anuria. También puede haber proteinuria, cilindruria, piuria y hematuria.
- Alteraciones Digestivas:** Debido a que se disminuye la velocidad de filtración glomerular, aumenta el BUN y los valores séricos de creatinina.

Esto produce una presencia de productos residuales en el SNC y en tracto gastrointestinal que produce inflamación, por lo que el paciente presenta: náuseas, vómitos, letargia, fatiga, estomatitis, gingivitis, hemorragias gastrointestinales, trastorno de la capacidad para pensar y cefalea. Un elemento característico de niveles de urea elevados es la sensación de un sabor desagradable en la boca y una halitosis característica (fetorurérico).

c) Trastornos de los Electrólitos y del Equilibrio ácido-básico:

- Hiperpotasemia, debida a la disminución de la excreción renal de potasio, pudiendo aparecer arritmias cardiacas de evolución incluso letal.
- El trastorno de la excreción del sodio, hace que se retenga tanto sodio como agua, dando lugar a una hiponatremia dilucional, pudiendo aparecer edema, hipertensión e insuficiencia cardiaca congestiva
- Debido a un trastorno en la capacidad renal de excretar la carga ácida, y también debido al trastorno de la reabsorción y regeneración del bicarbonato, se produce una acidosis metabólica, aunque el bicarbonato plasmático suele disminuir para alcanzar una concentración que devuelva el equilibrio.
- También se producen alteración en el calcio, fosfato y magnesio.

d) Alteraciones Hematológicas: La disminución de la producción renal de eritropoyetina que ocasiona una reducción de hematíes en la médula ósea, eritropoyesis, da lugar a anemia. También existe mayor riesgo de sufrir hemorragia causada por trastornos de la agregación plaquetaria y liberación del factor plaquetario. En estos pacientes hay alteraciones en el sistema de coagulación con aumento de las concentraciones de factor VIII y de fibrinógeno.

Pueden aparecer infecciones, causadas por trastornos de la función plaquetaria y alteraciones funcionales de los leucocitos.

En el sistema cardiovascular, como ya hemos comentado anteriormente, se puede producir: hipertensión arterial, arritmia e insuficiencia cardiaca congestiva que puede causar edema agudo de pulmón.

El edema ocasionado por la retención de líquidos produce, en el sistema respiratorio, una disnea llamada respiración de Kussmaul que deriva en edema pulmonar, pleuritis urémica, derrame pleural, e infecciones respiratorias.

Pueden aparecer alteraciones neurológicas como letargia, apatía, trastornos de la capacidad de concentración, fatiga, irritabilidad y alteración de la capacidad mental debido a los productos residuales nitrogenados, trastornos electrolíticos y acidosis metabólica.

- e) **Alteraciones del Aparato Locomotor:** A causa de alteraciones del metabolismo el calcio y fosfato pueden aparecer alteraciones óseas como la osteodistrofia renal, dolores y deformidades.
- f) **Alteraciones Dermatológicas:** La piel puede presentar un descoloramiento amarillo verdoso debido a la absorción y retención de urocromo (pigmentos de la orina). También tiene un aspecto pálido, seco y escamoso a causa de la anemia. Pueden aparecer petequias y equimosis por anomalías de las plaquetas. El pelo es seco, quebradizo y tiende a caer. Las uñas son delgadas, frágiles y arrugadas.
- g) Estos pacientes suelen padecer un prurito intenso, debido a las alteraciones del metabolismo fosfato cálcico.

En el sistema reproductor se puede observar infertilidad y disminución de la lívido. En mujeres suele disminuir los estrógenos, progesterona y hormona luteinizante causando anovulación y alteraciones menstruales que reaparecen tras el inicio de la diálisis. En el hombre produce pérdida de la consistencia de los testículos, disminución de los valores de testosterona y recuentos bajos de esperma. La función sexual puede mejorar con la diálisis de mantenimiento e incluso normalizarse después de un trasplante con éxito.

Estos pacientes pueden presentar alteraciones del sistema endocrino como hipotiroidismo. También se puede observar cambios de la personalidad y de la conducta como labilidad emocional, aislamiento y depresión. Al igual que alteración de la imagen corporal debido al edema, trastorno de la piel

y mucosas, así como por la presencia de vías de acceso (fítula, catéter...) que contribuyen a aumentar la ansiedad y depresión.

E. Tratamiento Médico¹¹

Los objetivos son: retener la función renal, mantener la homeostasia lo máximo posible, tratar las manifestaciones clínicas y prevenir las complicaciones. Para ello, tenemos diferentes tipos de tratamiento:

a) Control del Equilibrio Hídrico¹¹

El cálculo de la ingesta de líquidos depende de la diuresis del día anterior. Para el cálculo de la restricción, la norma general es administrar líquidos a un ritmo de 400-600ml/día, y a esa cantidad se le suma las pérdidas ocurridas durante las 24 horas anteriores (orina, vómitos, sangre, diarrea). En pacientes sometidos a diálisis o hemodiálisis, la ingesta de líquidos se ajusta de modo que entre una diálisis y la siguiente el peso no aumente más de 1-3 Kg.

b) Control de Electrolitos¹¹

- Tratamiento de la hiperpotasemia: se controla mediante la restricción de fármacos y alimentos ricos en potasio. En caso de hiperpotasemia aguda se administran fármacos que disminuyan su concentración en sangre.
- Tratamiento de la hiperfosfatemia: la ingesta de fosfato se suele limitar a 1g/día pero el control dietético normalmente no es suficiente por lo que se administran fijadores del fosforó para que sea eliminado por la heces.

- Tratamiento de la hipocalcemia: debido a la falta de vitamina D, el intestino no puede absorber el calcio, por lo que se han de administrar suplementos de calcio. Si la hipocalcemia aún persiste se ha de administrar la forma activa de la vitamina D. Antes de iniciar este tratamiento se ha de disminuir los valores de fosfato ya que la interacción entre calcio-fosfato puede producir calcificaciones en los tejidos blandos

c) Tratamiento de otras manifestaciones clínicas¹¹

- Hipertensión: se basa en la restricción de líquidos y sodio, y en la administración de fármacos antihipertensivos. Los IECA disminuyen la proteinuria retrasando la progresión de la insuficiencia renal. Se ha de monitorizar el efecto de los antihipertensivos mediante el control periódico de la presión arterial ya que se han de evitar las lesiones de arterosclerosis que podrían afectar aún más la función renal.
- Anemia: se administra eritropoyetina vía intravenosa o subcutánea junto con suplementos de hierro vía oral o parenteral, ya que aumenta la demanda de hierro al administrar eritropoyetina. Los suplementos del hierro tienen efectos secundarios como la irritación gástrica o estreñimiento. También se administran suplementos de ácido fólico puesto que es necesario para la formación de hematíes y además es eliminado en la diálisis. Por otro lado, deben evitarse las transfusiones sanguíneas a menos que el paciente presente síntomas agudos como disnea, taquicardia, palpitaciones, fatiga intensa o hematocrito inferior al 20%.

- Osteodistrofia renal: puede ser producida por los fijadores de fosfato por lo que su uso debe estar controlado.
- Complicaciones del tratamiento farmacológico: debido a que muchos fármacos son excretados por los riñones, en pacientes con insuficiencia renal podrían producir intoxicaciones, por lo que las dosis y la frecuencia de administración deben ajustarse según la gravedad de la enfermedad renal.
- Prurito: se trata con Difenhidramina.

d) Terapia nutricional¹¹

Consiste en las restricciones alimentarias necesarias para impedir la azoemia y los trastornos hidroelectrolíticos, pero aportando las calorías suficientes para prevenir el catabolismo de las proteínas del organismo, proceso que causaría el aumento de los valores de urea, fosfato y potasio. Para ello es necesario: Una dieta baja en proteínas, pero rica en grasas y carbohidratos, restricción de alimentos ricos en sodio, potasio y fósforo y administración de suplementos calóricos, vitamínicos o de aminoácidos esenciales.

La restricción de proteínas en pacientes con IRC moderada es de 0,6-0,8 g/Kg/día, en pacientes con IRC de mayor gravedad la restricción de proteínas supone un riesgo de malnutrición. Sin embargo, una vez se ha iniciado la diálisis la ingesta de proteínas puede aumentarse de 1,2 a 1,3 g/Kg/día. Por otro lado, el 50% de la ingesta proteica debe tener un alto valor biológico y contener todos los aminoácidos esenciales.

e) Diálisis o trasplante renal¹¹

El paciente en quien aumenta los síntomas de insuficiencia renal crónica debe remitirse a un centro de diálisis y trasplante en la primera etapa de la nefropatía progresiva. La diálisis se inicia cuando el paciente no puede conservar un estilo de vida razonable con medidas conservadoras o bien cuando estas no son suficientes y el IFG (índice de filtrado glomerular) es inferior a 12 ml/min.

A. Adherencia al tratamiento^{16,73}

a) Definición^{16,73}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia al tratamiento se define como el grado en que el comportamiento de una persona – tomar medicamento, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida – esto corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. La OMS, señala que la medición y la evaluación de la adherencia terapéutica es una necesidad continua, que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad.

b) Métodos para medir la adherencia⁷⁴

El medir la adherencia es difícil y ningún método sea directo o indirecto está exento de limitaciones. Sin embargo se sabe de la existencia de métodos disponibles para la medición de adherencia se pueden dividir en métodos directos e indirectos (Tabla1). Cada método tiene sus ventajas y desventajas:

Métodos directos⁷⁴

Son muy objetivos y específicos. Se basan en la determinación del fármaco, sus metabolitos o un trazador incorporado a él, en algún fluido biológico del enfermo. Estos métodos no están disponibles para todos los medicamentos y

resultan caros para aplicarlos en la práctica clínica diaria. Se utilizan en los ensayos clínicos.

Métodos indirectos⁷⁴

Son los que valoran la adherencia a partir de informaciones facilitadas por el paciente, midiendo sucesos o circunstancias que se relacionan probablemente de forma indirecta, con la adherencia. Suelen ser sencillos y económicos de realizar. De todos estos destacamos un método validado para la determinación del grado de adherencia de pacientes con hipertensión: Test de Morisky-Green-Levine.

Tabla 1: Métodos para medir la adherencia.⁷⁴

Métodos	Ventajas	Inconvenientes	Observaciones
Directos: Determinación de fármacos, metabolitos o marcadores biológicos en muestras biológicas	Medida objetiva	Variabilidad individual. Método caro. No aplicable a la práctica diaria	Se utiliza en los ensayos clínicos
Indirectos: Entrevista	Método sencillo, fácil de aplicar, barato	Diferentes resultados según los cuestionarios usados	Test de Batalla, Test de Morisky-Green, Test de Haynes-Sackett o cumplimiento autocomunicado
Recuento de las formas farmacéuticas sobrantes	Método más objetivo	Requiere tiempo. No detecta si el paciente toma la pauta correctamente	Se utiliza en los ensayos clínicos
Control de la dispensación	Método sencillo, fácil de aplicar	No detecta si el paciente toma la pauta correctamente	Puede completar otros métodos
Monitorización electrónica	Método más objetivo	Necesita un aparato. Método caro. No aplicable a la práctica clínica	Se utiliza en los ensayos clínicos
Control del resultado terapéutico	Método sencillo, fácil de aplicar	Requiere tiempo. Interfieren otras causas de mal resultado terapéutico	Se utiliza en los ensayos clínicos

Fuente: Osterberg L, N Engl J Med 2005; pág. 353:487-497

- **Test de Morisky-Green y Levine^{75,76}**

Este método, que está validado para diversas patologías crónicas, fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido, se ha utilizado en la valoración de la adherencia en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta

del enfermo respecto a la adherencia. Por otra parte, es muy fácil de realizar al ser bastante breve y muy fácil de aplicar, puede proporcionar información sobre las causas de la no adherencia, presenta una alta especificidad, un alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. Se considera adherente a la persona que responde no a las cuatro preguntas, y si contesta SI en al menos una de las preguntas se clasifica como no-adherente.

- **El "Cuestionario MBG (Martín Bayarre Grau)"⁷⁷**

Para evaluar la Adherencia Terapéutica (Cuestionario MBG, en lo adelante), se aplicó a la muestra de pacientes determinada en cada territorio para identificar la frecuencia de adherencia según niveles.

Niveles de adherencia⁷⁷

Se consideraron tres niveles de adherencia: "total", "parcial" y "no adherencia", a partir de la puntuación que obtuvo el paciente en el cuestionario. Se consideró total: si obtuvo entre 34 y 48 puntos; parcial: entre 33 y 18 y no adherido si obtuvo 17 o menos puntos.

Componentes de la adherencia⁷⁷

Se consideraron tres componentes que se evalúan a partir de los ítems que integran el cuestionario MBG. Estos son:

- Implicación personal: ítems: 5, 6, 8, 9, 10.
- Relacional (relación transaccional entre profesional y paciente): ítems: 7, 11, 12.
- Comportamental (cumplimiento del tratamiento): ítems: 1, 2, 3, 4.

Se consideran ítems de bajos resultados aquellos que obtuvieron valores medios inferiores a 2, con resultados intermedios los que alcanzaron valores medios entre 2 y 3 y de mejores resultados los que lograron valores medios superiores a 3.⁷⁷

2.2. Variables

Variable de la investigación cualitativa⁷⁸

- Adherencia terapéutica

Indicadores

- Implicación Personal
- Relacional
- Comportamental

Covariables

- Insuficiencia renal
- Sexo (cualitativa)⁷⁸
- Grupo etáreo (Cuantitativa)⁷⁸

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

En la investigación se aplicará básicamente el método científico⁷⁸, buscando establecer las variables de estudio.

3.2. Tipo y Nivel de Investigación

3.2.1. Tipo de Investigación

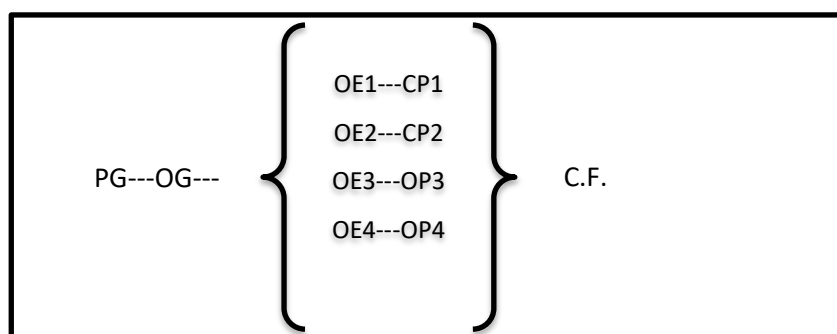
Por la forma como se ha planteado el estudio, el tipo de investigación es básica.

3.2.2. Nivel de Investigación

Por el periodo de secuencia de estudios es de tipo transversal prospectiva y según el nivel será descriptiva.⁷⁹

3.3. Diseño de la Investigación

El diseño que se empleará responde al de una investigación por objetivos, tomando como referencia la naturaleza de las variables empleadas en la formulación del problema planteado, conforme al esquema siguiente:



Dónde:

PG = Problema General

OG = Objetivo General

OE =Objetivo Específico

CP = Conclusión Parcial

CF = Conclusión Final

3.4. Población de Estudio

La población de la investigación está constituida por 30 pacientes con insuficiencia renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo.

Factores de Exclusión:

- Pacientes con otras enfermedades crónicas
- Pacientes que frecuentan otros Hospitales de la Provincia de Huancayo
- Pacientes con insuficiencia renal que se encuentran hospitalizados en UCI
- Pacientes que no tengan capacidad de resolución de preguntas

Factores de Inclusión:

- Pacientes con insuficiencia renal
- Paciente programados que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo.
- Pacientes con capacidad de resolución de preguntas
- Ser de cualquiera de los dos sexos

3.5. Muestra

Los pacientes con insuficiencia renal que mensualmente frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo está constituida por 30 pacientes y para determinar el tamaño de la muestra se hará el uso de la fórmula del tamaño de la muestra de poblaciones finitas con un nivel de confiabilidad del 95% (dos sigmas), con un margen de error del 5% donde se desconocen los parámetros poblacionales es el siguiente:

$$n = \frac{4.N.p.q.}{E^2(N-1)+4.p.q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra para poblaciones finitas.

N = Tamaño de la población

p y q = Valores estadísticos de la población (varianza), cuando los parámetros son desconocidos (p=50 y q=50)

E = Nivel o margen de error admitido (De cero a 5%)

Reemplazando valores:

$$n = \frac{4 (30) (50) (50)}{5^2(29)+4(50)(50)} = \frac{300,000.00}{10,725.00}$$

$$n = 28$$

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos⁷⁹

3.6.1. Técnica

La técnica es la encuesta

3.6.2. Instrumento

El cuestionario consta de tres ítems:

- Ítem I: Consentimiento informado, aceptación del encuestado.
- Ítem II: Llenado de la ficha clínica, con 4 datos importantes del paciente como: sexo, edad, grupo etario y enfermedad crónica que padece.
- Y el instrumento propiamente dicho es el Ítem III: que se aplicó es el cuestionario de Adherencia: "Cuestionario MBG (Martin Bayarre Grau) para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica", que considera tres niveles de adherencia: "total", "parcial" y "no adherencia", a partir de la puntuación del paciente en el cuestionario: adherencia total: si obtiene Niveles de adherencia: entre 34 y 48 puntos; parcial: entre 33 y 18 y no adherido si obtuviera 17 o menos puntos.⁷⁷

Se consideró tres componentes que se evaluó a partir de los ítems que integran el cuestionario MBG. Estos son:

- a) Implicación personal: ítems: 5, 6, 8, 9, 10.
- b) Relacional (relación transaccional entre profesional y paciente): ítems: 7, 11, 12.
- c) Comportamental (cumplimiento del tratamiento): ítems: 1, 2, 3, 4.

Se consideró ítems de bajos resultados aquellos que obtengan valores medios inferiores a 2, con resultados intermedios los que alcancen valores medios entre 2 y 3 y de mejores resultados los que logren valores medios superiores a 3. Interpretándose por consecuencia la adherencia terapéutica en tres niveles: total, parcial o no adherencia.

3.7. Técnicas de procesamiento de la investigación

Para procesar los resultados de la investigación, se siguió el siguiente orden:

- Sistematización de la información
- Categorización de la información
- Presentación de la información a través de cuadros estadísticos y gráficos, a fin de presentar la información en forma objetiva y permita analizar los objetivos de estudio.

Para procesar los datos se utilizó los siguientes procedimientos estadísticos:

- Cálculo de medidas de tendencia central como la media aritmética, la mediana y la moda.
- Cálculo de medidas de dispersión como el rango y la desviación estándar.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Una vez procesado y analizado la información se obtuvo los siguientes resultados.

TABLA N° 01

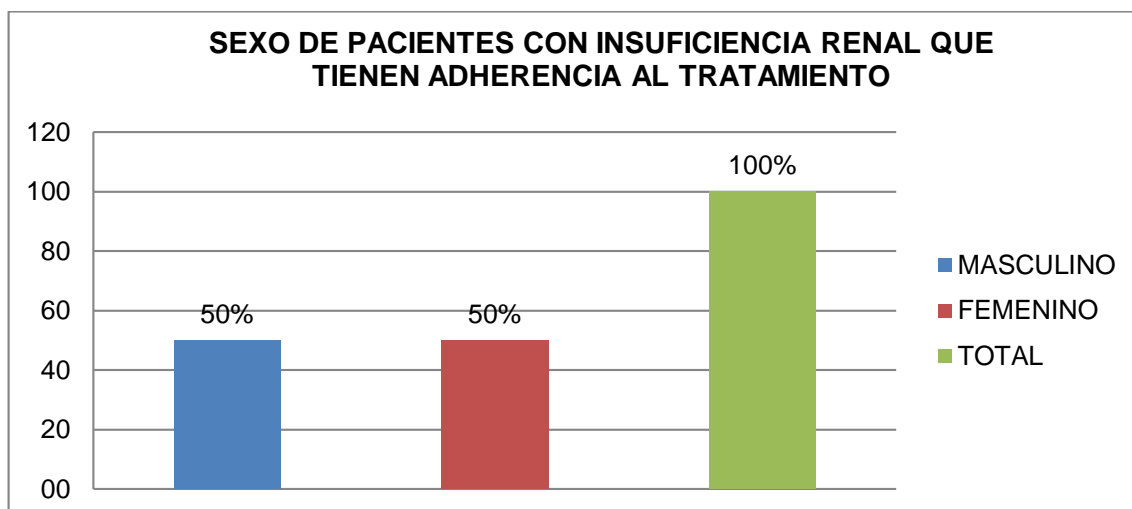
**SEXO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE TIENEN
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

SEXO	SUBTOTAL	PORCENTAJE (%)	RESULTADOS DE LA MODA
MASCULINO	14	50	14
FEMENINO	14	50	
TOTAL	28	100	

Fuente: Elaborado por los autores – 2017

GRÁFICO N° 01

**SEXO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE TIENEN
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



Fuente: Elaborado por los autores – 2017

INTERPRETACIÓN:

- De los resultados obtenidos, se tiene la siguiente información: 14 (50%) pacientes con insuficiencia renal que tiene adherencia al tratamiento y que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo son del sexo masculino.
- 14 (50%) pacientes con insuficiencia renal que tiene adherencia al tratamiento y que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo son del sexo femenino.
- La moda de los resultados antes mencionados, es que 14 pacientes con insuficiencia renal que tiene adherencia al tratamiento y que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo del sexo masculino y femenino respectivamente.

TABLA N° 02

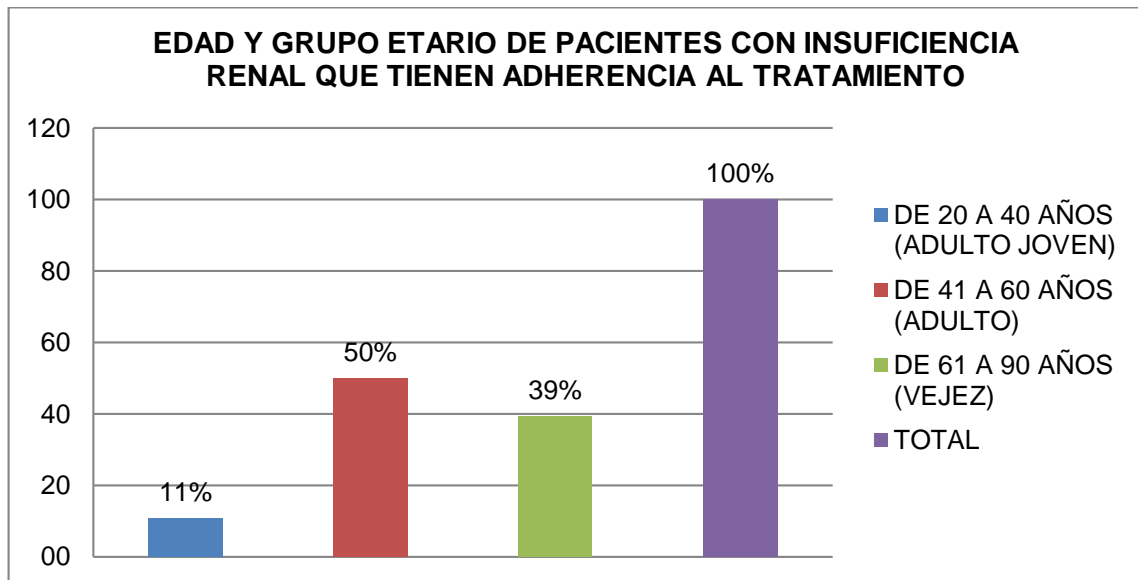
EDAD Y GRUPO ETARIO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE TIENEN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EDAD Y GRUPO ETARIO	SUBTOTAL	PORCENTAJE (%)	RESULTADOS DE LA MODA
DE 20 A 40 AÑOS (ADULTO JOVEN)	3	11	14
DE 41 A 60 AÑOS (ADULTO)	14	50	
DE 61 A 90 AÑOS (VEJEZ)	11	39	
TOTAL	28	100	

Fuente: Elaborado por los autores – 2017

GRÁFICO N° 02

EDAD Y GRUPO ETARIO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE TIENEN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



Fuente: Elaborado por los autores – 2017

INTERPRETACIÓN:

De la encuesta realizada a los pacientes con insuficiencia renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información:

- 3 (11%) pacientes con insuficiencia renal tiene adherencia al tratamiento y que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo tiene la edad de 20 a 40 años; por tanto, pertenecen al grupo etario de adulto joven.
- 14 (50%) pacientes con insuficiencia renal tiene la edad de 41 a 60 años; por tanto, pertenecen al grupo etario de adulto.
- 11 (39%) pacientes con insuficiencia renal tiene la edad de 61 a 90 años; por tanto, pertenecen al grupo etario de vejez.

Asimismo, la moda de los resultados antes citados es que 14 pacientes con insuficiencia renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo tienen la edad de 41 a 60 años; por tanto, pertenecen al grupo etario de adulto.

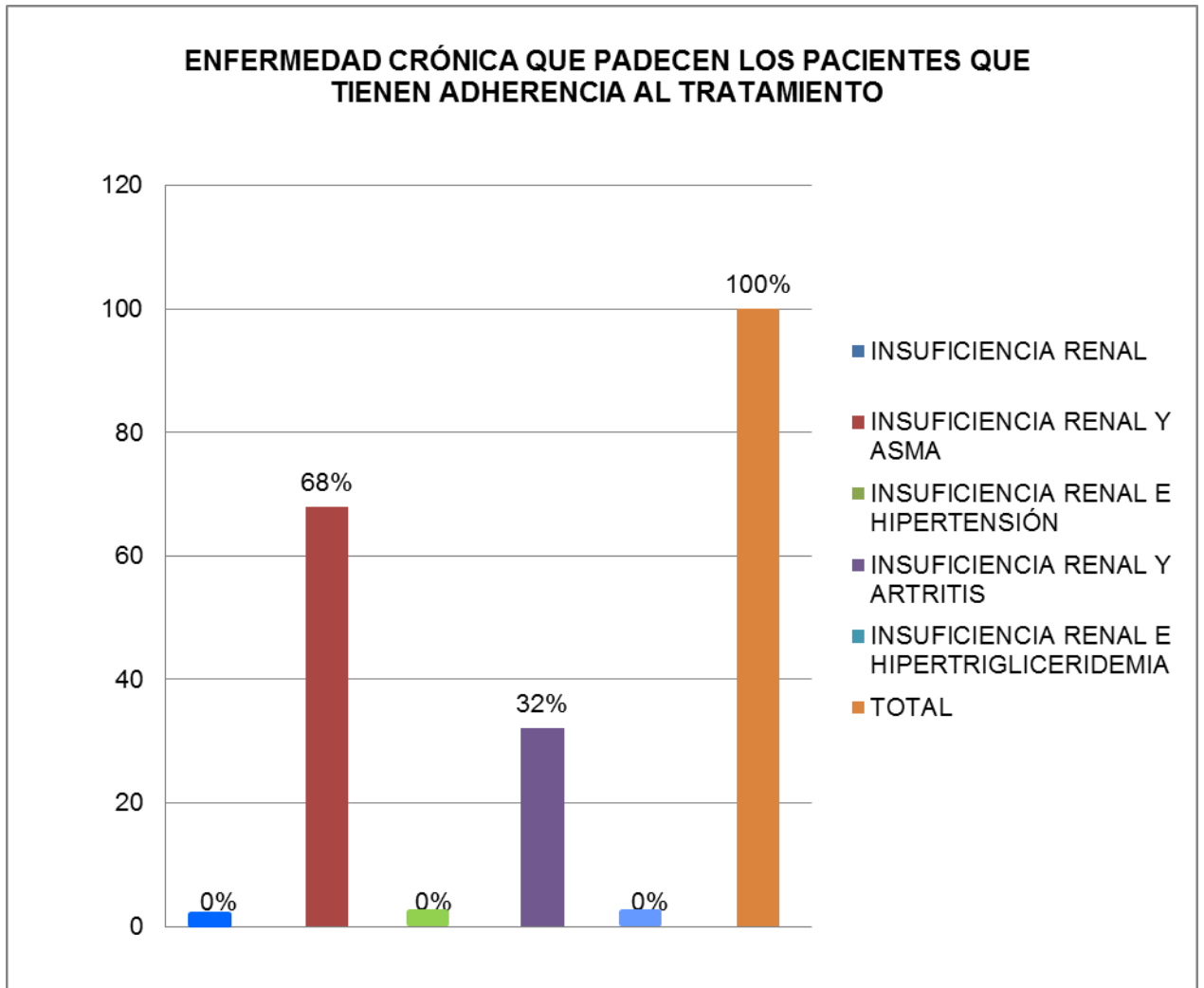
**ENFERMEDAD CRÓNICA QUE PADECEN LOS PACIENTES QUE TIENEN
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

ENFERMEDAD	SUBTOTAL	PORCENTAJE (%)	RESULTADOS DE LA MODA
INSUFICIENCIA RENAL	0	0	19
INSUFICIENCIA RENAL Y ASMA	19	68	
INSUFICIENCIA RENAL E HIPERTENSIÓN	0	0	
INSUFICIENCIA RENAL Y ARTRITIS	9	32	
INSUFICIENCIA RENAL E HIPERTRIGLICERIDEMIA	0	0	
TOTAL	28	100	

Fuente: Elaborado por los autores – 2017

GRÁFICO N° 03

ENFERMEDAD CRÓNICA QUE PADECEN LOS PACIENTES QUE TIENEN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



Fuente: Elaborado por los autores – 2017

INTERPRETACIÓN:

De la encuesta realizada a los pacientes con insuficiencia renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información:

- 19 (68%) pacientes que tienen adherencia al tratamiento, respondieron que padecen de insuficiencia renal y asma como enfermedad crónica.
- 9 (32%) pacientes que tiene adherencia al tratamiento, respondieron que padecen de insuficiencia renal y artritis como enfermedad crónica.
- Ningún paciente que tiene adherencia al tratamiento, respondió que padecieran de insuficiencia renal, insuficiencia renal e hipertensión, insuficiencia renal e hipertrigliceridemia como enfermedad crónica

La moda de los resultados antes referidos, es que 19 pacientes que tienen adherencia al tratamiento y que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, respondieron que padecen de insuficiencia renal y asma como enfermedad crónica.

TABLA N° 04

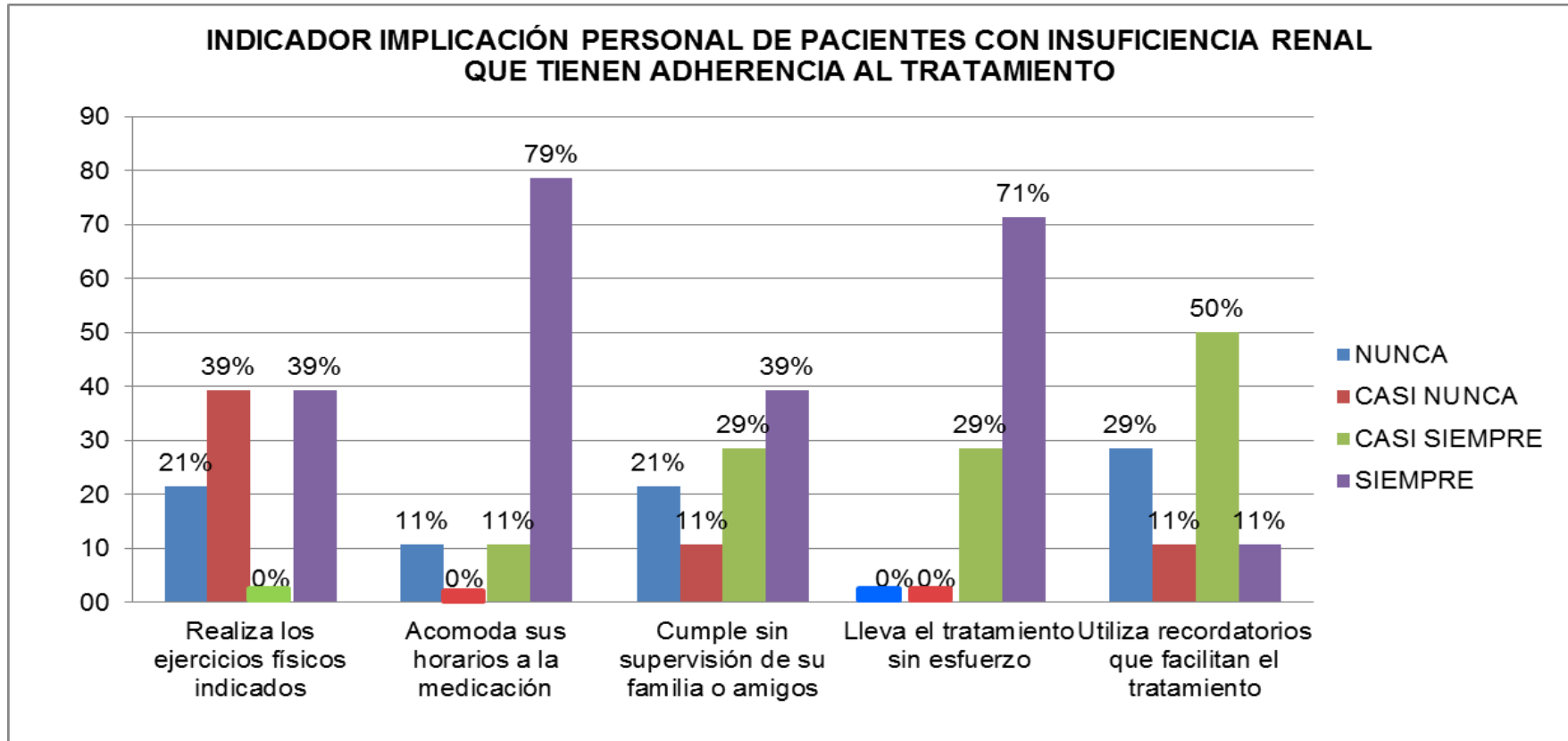
**INDICADOR IMPLICACIÓN PERSONAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE TIENEN ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO**

INDICADOR IMPLICACIÓN PERSONAL	RESPUESTAS								TOTAL	DESVSTANDAR
	NUNCA	PORCENT. (%)	CASI NUNCA	PORCENT. (%)	CASI SIEMPRE	PORCENT. (%)	SIEMPRE	PORCENT. (%)		
Realiza los ejercicios físicos indicados	06	21	11	39	0	0	11	39	28	4.527692569
Acomoda sus horarios a la medicación	03	11	0	0	03	11	22	79	28	8.746427842
Cumple sin supervisión de su familia o amigos	06	21	03	11	08	29	11	39	28	2.915475947
Lleva el tratamiento sin esfuerzo	0	0	0	0	08	29	20	71	28	8.185352772
Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento	08	29	03	11	14	50	03	11	28	4.527692569

Fuente: Elaborado por los autores – 2017

GRÁFICO N° 04

INDICADOR IMPLICACIÓN PERSONAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE TIENEN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



Fuente: Elaborado por los autores – 2017

INTERPRETACIÓN:

De la encuesta realizada a los pacientes con insuficiencia renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información respecto al indicador implicación personal:

- 06 (21%) pacientes respondieron que nunca han realizado los ejercicios físicos indicados; asimismo, 11 (39%) pacientes respondieron que casi nunca han realizado los ejercicios físicos indicados; del mismo modo, 11 (39%) pacientes respondieron que siempre han realizado los ejercicios físicos indicado, y ningún paciente respondió casi siempre haya realizado los ejercicios físicos indicados. La desviación estándar de los resultados antes citados es de 4.527692569.
- 03 (11%) pacientes respondieron que nunca han acomodado sus horarios a la medicación; asimismo, 03 (11%) pacientes respondieron que casi siempre han acomodado sus horarios a la medicación; del mismo modo 22 (79%) pacientes respondieron que siempre han acomodado sus horarios a la medicación; y ningún paciente respondió que casi nunca ha acomodado sus horarios a la medicación. Consecuente, la desviación estándar de los resultados antes referidos es de 8.746427842.
- 17 (18%) pacientes respondieron que nunca han cumplido el tratamiento sin la supervisión de su familia o amigos; asimismo, 45 (48%) pacientes respondieron que casi nunca han cumplido el tratamiento sin la supervisión de su familia o amigos; del mismo modo, 26 (28%) pacientes respondieron que casi siempre han cumplido el tratamiento sin la supervisión de su familia

o amigos; y 05 (05%) pacientes respondieron que siempre han cumplido el tratamiento sin la supervisión de su familia o amigos. Por tanto, la desviación estándar de los resultados antes referidos es de 14.60094175.

- 10 (11%) pacientes con hipertrigliceridemia respondieron que nunca han llevado el tratamiento sin esfuerzo alguno; asimismo, 49 (53%) pacientes respondieron que casi nunca han llevado el tratamiento sin esfuerzo alguno; del mismo modo, 29 (31%) pacientes respondieron que casi siempre llevan el tratamiento sin esfuerzo alguno; y 05 (05%) pacientes respondieron que siempre llevan el tratamiento sin esfuerzo alguno. Respecto a los resultados antes mencionados, la desviación estándar es de 17.35475439.
- 33 (35%) pacientes con hipertrigliceridemia respondieron que nunca han utilizado recordatorios que facilitan el tratamiento; asimismo, 22 (24%) pacientes respondieron que casi nunca han utilizado recordatorios que facilitan el tratamiento; del mismo modo, 27 (29%) pacientes respondieron que casi siempre han utilizado recordatorios que facilitan el tratamiento; y 11 (12%) pacientes respondieron que siempre han utilizado recordatorios que facilitan el tratamiento. La desviación estándar de los resultados antes citados es de 8.073877631.

TABLA N° 05

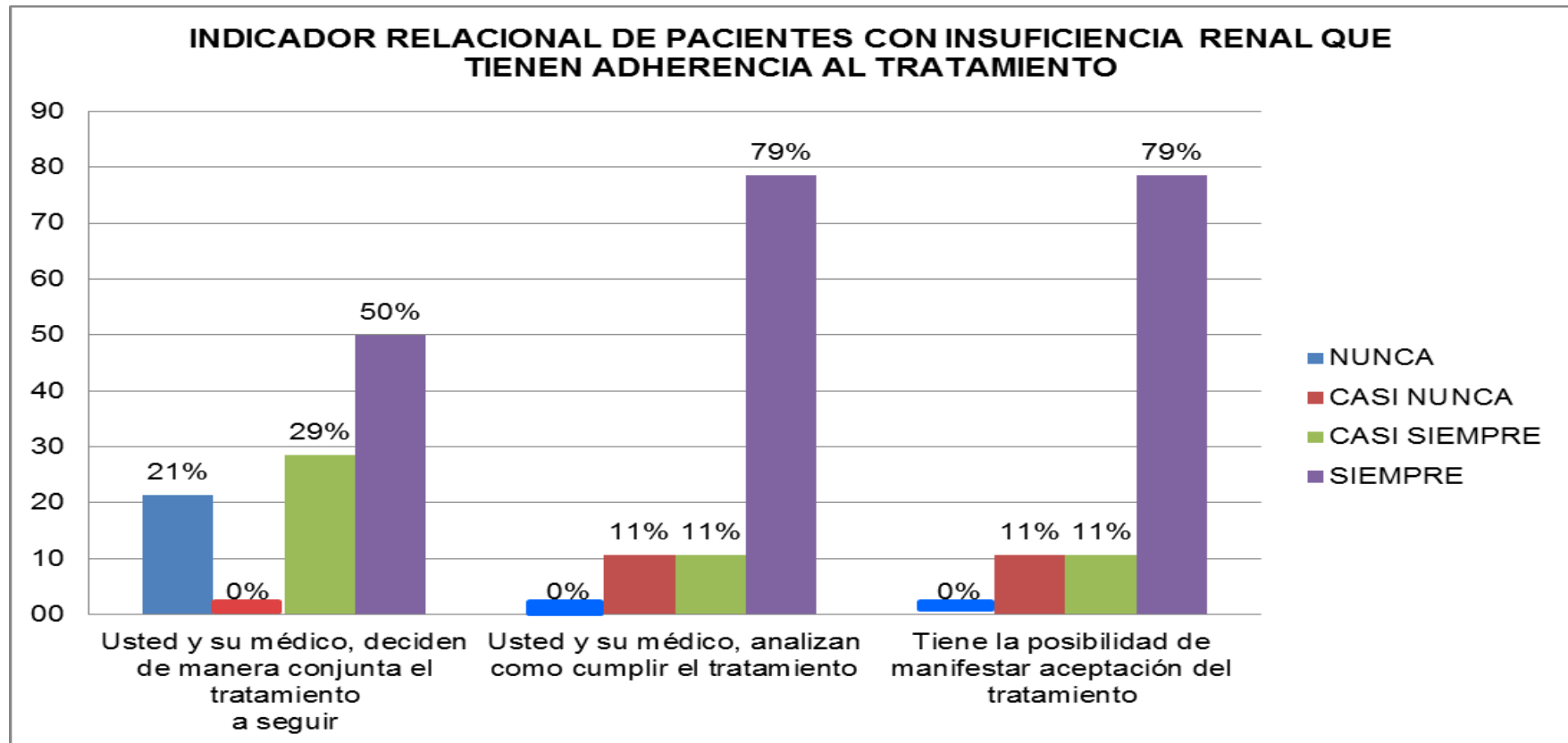
INDICADOR RELACIONAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE TIENEN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

INDICADOR RELACIONAL PROFESIONAL - PACIENTE	RESPUESTAS								TOTAL	DESVSTANDAR
	NUNCA	PORCENT. (%)	CASI NUNCA	PORCENT. (%)	CASI SIEMPRE	PORCENT. (%)	SIEMPRE	PORCENT. (%)		
Usted y su médico, deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir	06	21	0	0	08	29	14	50	28	5
Usted y su médico, analizan como cumplir el tratamiento	0	0	03	11	03	11	22	79	28	8.746427842
Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento	0	0	03	11	03	11	22	79	28	8.746427842

Fuente: Elaborado por los autores – 2017

GRÁFICO N° 05

INDICADOR RELACIONAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE TIENEN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



Fuente: Elaborado por los autores – 2017

INTERPRETACIÓN:

De la encuesta realizada, se tiene la siguiente información:

- 18 (19%) pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo respondieron que ellos y su médico nunca deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir; asimismo, 49 (53%) pacientes respondieron que ellos y su médico casi nunca deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir; del mismo modo, el 18 (19%) pacientes respondieron que ellos y su médico casi siempre deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir; y 08 (09%) pacientes respondieron que ellos y su médico siempre deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir. La desviación estándar de los resultados antes mencionados es de 15.41711711.
- 47 (50%) pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo respondieron que ellos y su médico nunca analizan como cumplir el tratamiento; asimismo, 31 (33%) pacientes respondieron que ellos y su médico casi nunca analizan como cumplir el tratamiento; del mismo modo, 13 (14%) pacientes respondieron que ellos y su médico casi siempre analizan como cumplir el tratamiento; y 03 (03%) pacientes respondieron que ellos y su médico siempre analizan como cumplir el tratamiento. De los resultados antes referidos se ha obtenido una desviación estándar de 16.87453703.
- 11 (12%) pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo

respondieron que ellos nunca tienen la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento; asimismo, 65 (70%) pacientes respondieron que ellos casi nunca tienen la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento; del mismo modo, 14 (15%) pacientes respondieron que ellos casi siempre tienen la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento; y 03 (03%) pacientes respondieron que ellos siempre tienen la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento. Por tanto, de los resultados antes citados se ha obtenido una desviación estándar de 24.43742008.

TABLA N° 06

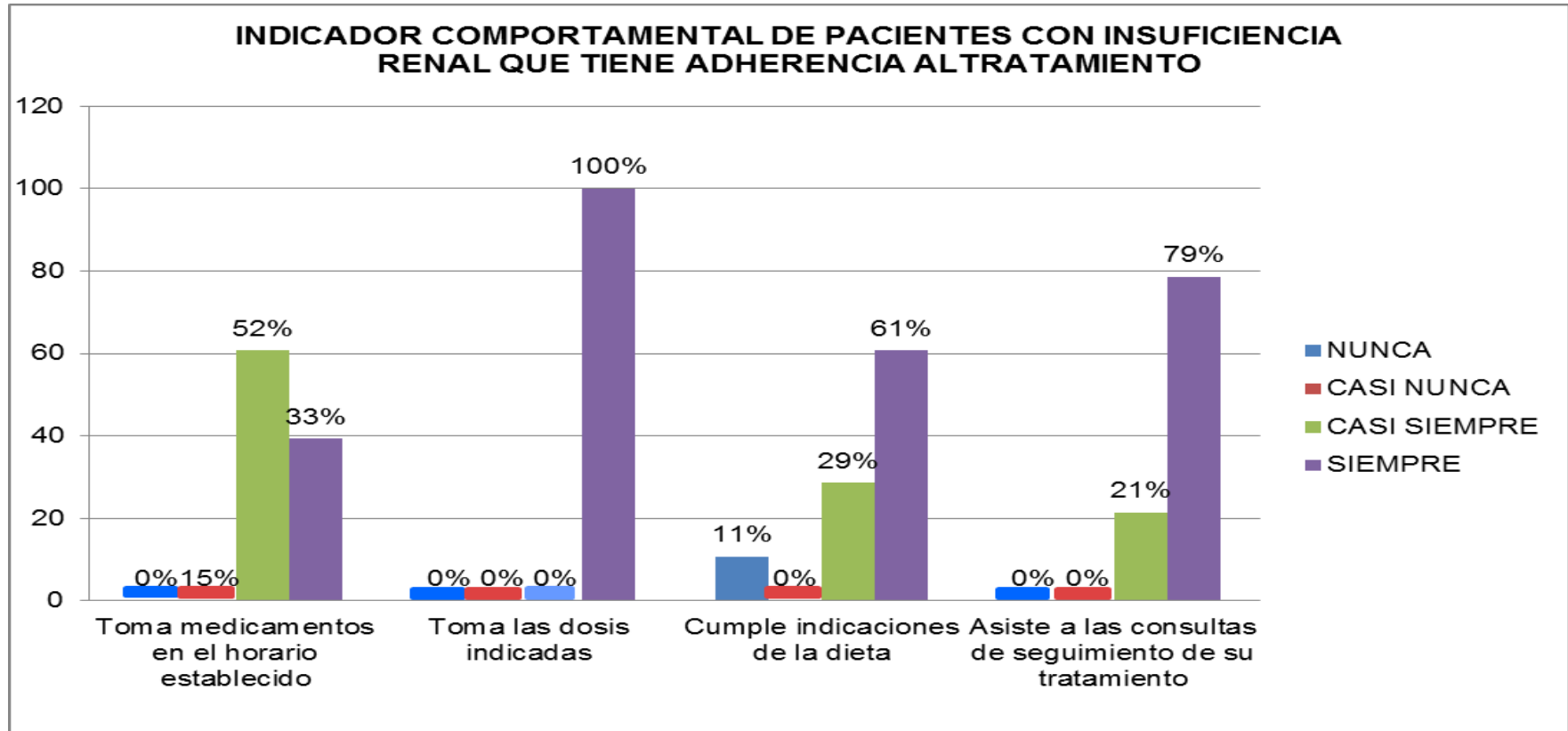
INDICADOR COMPORTAMENTAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE TIENEN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

INDICADOR COMPORTAMENTAL - CUMPLIMIENTO	RESPUESTAS								TOTAL	DESVSTANDAR
	NUNCA	PORCENT. (%)	CASI NUNCA	PORCENT. (%)	CASI SIEMPRE	PORCENT. (%)	SIEMPRE	PORCENT. (%)		
Toma medicamentos en el horario establecido	0	0	00	00	17	61	11	39	28	7.314369419
Toma las dosis indicadas	0	0	0	0	0	0	28	100	28	12.12435565
Cumple indicaciones de la dieta	03	11	0	0	08	29	17	61	28	6.442049363
Asiste a las consultas de seguimiento de su tratamiento	0	0	0	0	06	21	22	79	28	9

Fuente: Elaborado por los autores – 2017

GRÁFICO N° 06

INDICADOR COMPORTAMENTAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE TIENEN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



Fuente: Elaborado por los autores – 2017

INTERPRETACIÓN:

De la encuesta realizada a los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan en el Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información:

- 02 (02%) pacientes con Insuficiencia Renal respondieron que nunca han tomado los medicamentos en el horario establecido; asimismo, 16 (17%) pacientes respondieron que casi nunca han tomado los medicamentos en el horario establecido; del mismo modo, 48 (52%) pacientes respondieron que casi siempre han tomado los medicamentos en el horario establecido; y 27 (29%) pacientes respondieron que siempre han tomado los medicamentos en el horario establecido. La desviación estándar de los resultados antes mencionados es de 16.81331318.
- Ningún (00%) paciente con Insuficiencia Renal respondió que nunca toman la dosis indicadas; asimismo, 10 (11%) pacientes respondieron que casi nunca han tomado las dosis indicadas; del mismo modo, 35 (38%) pacientes respondieron que casi siempre han tomado las dosis indicadas; y 48 (52%) pacientes respondieron que siempre han tomado las dosis indicadas. Cabe precisar, que la desviación estándar de los resultados antes citados es de 19.14908614.
- 07 (08%) pacientes con Insuficiencia Renal respondieron que nunca cumplen las indicaciones de la dieta; asimismo, 30 (32%) pacientes respondieron que casi nunca cumplen las indicaciones de la dieta; del mismo modo, 41 (44%) pacientes respondieron que casi siempre cumplen las indicaciones de la dieta; y 15 (16%) pacientes respondieron que siempre

cumplen las indicaciones de la dieta. Por tanto, la desviación estándar de los resultados antes referidos es de 13.16007219.

- 14 (15%) pacientes con Insuficiencia Renal respondieron que nunca asisten a las consultas de seguimiento de su tratamiento; asimismo, 28 (30%) pacientes respondieron que casi nunca asisten a las consultas de seguimiento de su tratamiento; del mismo modo, 29 (31%) pacientes respondieron que casi siempre asisten a las consultas de seguimiento de su tratamiento; y 22 (24%) pacientes respondieron que siempre asisten a las consultas de seguimiento de su tratamiento. Respecto a los resultados antes mencionados, la desviación estándar es de 5.973901573.

TABLA N° 07

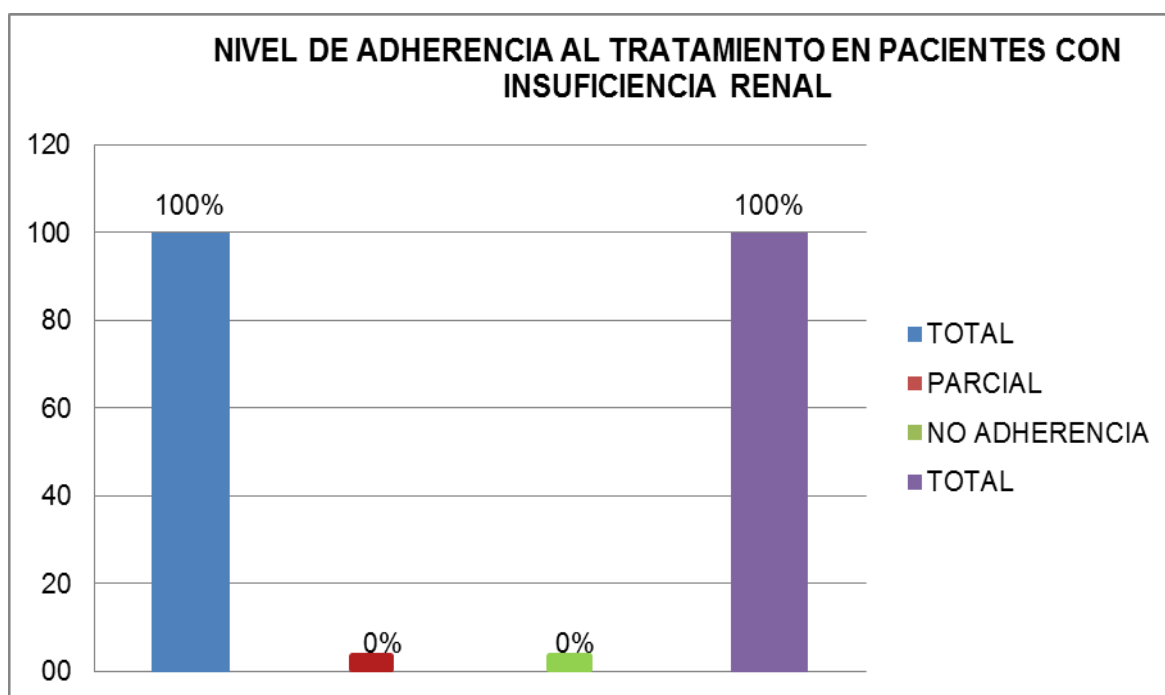
NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA	TOTAL	PORCENTAJE (%)	RESULTADOS DE LA MODA
Total	28	100	28
Parcial	0	0	
No adherencia	0	0	
TOTAL	28	100	

Fuente: Elaborado por los autores – 2017

GRÁFICO N° 08

NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL



Fuente: Elaborado por los autores – 2017

INTERPRETACIÓN:

De la encuesta realizada, se tiene la siguiente información:

- 19 (20%) pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, tienen un nivel total de adherencia terapéutica al tratamiento.
- 71 (76%) pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, tienen un nivel parcial de adherencia terapéutica al tratamiento.
- 03 (3%) pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, no tienen un nivel de adherencia terapéutica al tratamiento.

Asimismo, la moda de los resultados antes referidos es que 71 pacientes con hipertrigliceridemia que frecuentan en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo tienen un nivel parcial de adherencia terapéutica al tratamiento.

DISCUSIÓN

Veliz RL, Mendoza PS, Barriga OA. (2015), en la Investigación: “Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile”, precisan que como resultado de su investigación respecto a los usuarios que tiene adherencia terapéutica el 38.9% son hombres y el 61.1% son mujeres.⁹⁶ Respecto a los pacientes con Insuficiencia Renal que tienen adherencia terapéutica y frecuentan en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información: El 41% son del sexo masculino y el 59% son del sexo femenino. Por tanto, se validan los resultados de la investigación realizada.

Herrera HE, Cortés VT, Valenzuela LO, García ME, Velázquez HJ, López LJ. (2012), en la Investigación: “Aplicación del método DÁDER de Seguimiento farmacoterapéutico para pacientes con Insuficiencia Renal de la zona centro del estado de Veracruz-México”, precisan que la población de estudio de acuerdo al grupo etéreo se clasifican de la siguiente forma: de 30 a 39 años con un total de 5 pacientes; de 40 a 49 años, cuentan con 14 pacientes; de 50 a 59 años, cuentan con 27 pacientes; y de 60 a 69 años, cuentan con 13 pacientes; asimismo, respecto a la edad, se observó mayor prevalencia en el grupo etéreo de 50-59 años (n=27) y el género femenino (n=18)²⁴. Respecto a la edad de los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información: ningún paciente tiene la edad de 18 a 25 años; el 43% de pacientes

tiene la edad de 26 a 50 años; y el 57% de pacientes tiene la edad de 51 a 65 años. Por lo antes mencionado, se concluye que el 100% de pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo pertenecen al grupo etario de 18 a 65 años de edad. Por tanto, se corroboran los resultados de la investigación realizada.

Soto CV, Vergara WE, Neciosup PE. (2005), en la Investigación: “Prevalencia y factores de riesgo de síndrome metabólico en población adulta del Departamento de Lambayeque, Perú – 2004”, precisan que como resultado de su investigación, obtuvieron que el antecedente familiar de hipertensión arterial es el más frecuente con 37,3%³⁷. El 29% de los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, padecen de Insuficiencia Renal; asimismo como de hipertensión. Por tanto, se validan los resultados de la investigación realizada.

Veliz RL, Mendoza PS, Barriga OA. (2015), en la Investigación: “Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile”, precisan que como resultado de su investigación obtuvieron que 40 pacientes manifestaron practicar ejercicio físico al menos tres veces a la semana entre 30 a 45 minutos²⁴. Respecto al indicador de implicación personal de los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo se tiene que 33 pacientes respondieron que casi siempre han realizado los ejercicios físicos

indicados. Por lo antes referido, se corroboran los resultados de la investigación realizada.

Iglesias MI, Elías CL, Domínguez AE, Mendoza TM. (2013), en la Investigación: “Adherencia terapéutica en pacientes con disliproteinemias”, precisan que se ha reconocido que el apoyo familiar (35.20%) favorece a la mejor adherencia terapéutica; asimismo, el 18,70% respondió que existe un esfuerzo por cumplir la dieta y la indicaciones brindadas¹⁰³. Respecto al indicador de implicación personal de los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, se tiene que el 28% de pacientes respondieron que casi siempre han cumplido el tratamiento sin la supervisión de su familia o amigos; asimismo, el 31% de pacientes respondieron que casi siempre llevan el tratamiento sin esfuerzo alguno. Por tanto, se validan los resultados de la investigación realizada.

Iglesias MI, Elías CL, Domínguez AE, Mendoza TM. (2013), en la Investigación: “Adherencia terapéutica en pacientes con disliproteinemias”, precisan que el 27.50% de pacientes han reconocido que un favorecer de la mejor adherencia terapéutica es la información y ayuda brindada por el médico de asistencia¹⁰³. Respecto al indicador relacional de los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, se tiene que el 19% de pacientes respondieron que ellos y su médico casi siempre deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir; asimismo, el 14% de pacientes respondieron que ellos y su

médico casi siempre analizan como cumplir el tratamiento; y el 15% de pacientes respondieron que ellos casi siempre tienen la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento. Por tanto, se validan los resultados de la investigación realizada.

Iglesias MI, Elías CL, Domínguez AE, Mendoza TM. (2013), en la Investigación: “Adherencia terapéutica en pacientes con disliproteinemias”, precisan que 35 pacientes respondieron que siempre cumplen con el horario de medicación establecido.¹⁰³ Considerando, lo antes referido y el indicador comportamental, se tiene que 27 (29%) pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo respondieron que siempre han tomado los medicamentos en el horario establecido. Por lo antes mencionado, se validan los resultados de la investigación realizada.

Iglesias MI, Elías CL, Domínguez AE, Mendoza TM. (2013), en la Investigación: “Adherencia terapéutica en pacientes con disliproteinemias”, precisan que 35 pacientes respondieron que siempre cumplen con las dosis indicadas. Respecto al indicador comportamental de los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, se tiene que 48 (52%) pacientes respondieron que siempre han tomado las dosis indicadas. Por tanto, se corroboran los resultados de la presente investigación.

Veliz RL, Mendoza PS, Barriga OA. (2015), en la Investigación: “Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile”, precisan que como resultado de su investigación sobre puntajes estandarizados de la Escala de Conductas en Salud (ECS) de Miller, obtuvieron los siguientes resultados: El 8.5% respondieron que nunca hacen un seguimiento de la dieta; asimismo, el 22.6% casi nunca lo hacen; del mismo modo, el 24.9% casi siempre lo hacen; y el 7.8% siempre lo hacen.⁹⁶ Respecto al indicador comportamental del cumplimiento de indicaciones de la dieta, los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, respondieron lo siguiente: El 08% respondieron que nunca lo cumplen; el 32% casi nunca los cumplen; el 44% casi siempre lo cumplen; y el 16% siempre lo cumplen. Por lo antes mencionado, se validan los resultados de la investigación realizada.

Veliz RL, Mendoza PS, Barriga OA. (2015), en la Investigación: “Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile”, precisan que como resultado de su investigación sobre puntajes estandarizados de la Escala de Conductas en Salud (ECS) de Miller, obtuvieron los siguientes resultados: El 18.3% nunca realizan el seguimiento de la toma de medicamentos como parte de su tratamiento; asimismo, el 26.5% casi nunca lo realizan; del mismo modo, el 12.4% casi siempre lo realizan; y el 28% siempre lo realizan.⁹⁶ Por tanto, considerando el indicador comportamental, se tiene que los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, en un 15%

respondieron que nunca asisten a las consultas de seguimiento de su tratamiento; asimismo, el 30% casi nunca lo realizan; del mismo modo, el 31% casi siempre lo realizan; y el 24% siempre lo realizan. Por tanto, se corroboran los resultados de la investigación realizada.

Herrera HE, Cortés VT, Valenzuela LO, García ME, Velázquez HJ, López LJ. (2012), en la Investigación: “Aplicación del método DÁDER de Seguimiento farmacoterapéutico para pacientes con Insuficiencia Renal de la zona centro del estado de Veracruz-México”, precisan que como resultado de su investigación, obtuvo que el porcentaje de adherencia al tratamiento fue de un 85%²⁴. Respecto a los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, el 76% tienen un nivel parcial de adherencia terapéutica al tratamiento. Por tanto, se validan los resultados de la presente investigación.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos respecto a los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” - ESSALUD - Provincia de Huancayo, se concluye lo siguiente:

- El 41% de pacientes con Insuficiencia Renal que tienen adherencia terapéutica y frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo son del sexo masculino y el 59% de pacientes son del sexo femenino.
- Respecto a la edad de los pacientes con Insuficiencia Renal que tienen adherencia terapéutica y frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo se tiene los siguientes resultados: Ningún paciente tiene la edad de 18 a 25 años; el 43% de pacientes tienen la edad de 26 a 50 años; y el 57% de pacientes tienen la edad de 51 a 65 años.
- El 71% de pacientes con Insuficiencia Renal que tienen adherencia terapéutica respondieron que solo padecen de esta enfermedad crónica; y el 29% de pacientes respondieron que padecen de esta enfermedad crónica; asimismo, como de hipertensión.
- Respecto a los pacientes con Insuficiencia Renal que tienen adherencia terapéutica y frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo pertenecen al grupo etario de 18 a 65 años de edad.
- Respecto al indicador implicación personal de los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información según los

siguientes aspectos: a) Realiza los ejercicios físicos indicados: El 12% respondieron que nunca; el 43% respondieron que casi nunca; el 35% respondieron que casi siempre; y el 04% respondieron que siempre. b)

Acomoda sus horarios a la medicación: El 09% respondieron que nunca; el 40% respondieron que casi nunca; el 47% respondieron que casi siempre y el 04% respondieron que siempre. c) Cumple sin supervisión de su familia o amigos: El 18% respondieron que nunca; el 48% respondieron que casi nunca; el 28% respondieron que casi siempre; y el 05% respondieron que siempre. d) Lleva el tratamiento sin esfuerzo: El 11% respondieron que nunca; el 53% respondieron que casi nunca; el 31% respondieron que casi siempre; y el 05% respondieron que siempre. e) Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento: El 35% respondieron que nunca; el 24% respondieron que casi nunca; el 29% respondieron que casi siempre; y el 12% respondieron que siempre.

- Respecto al indicador relacional - profesional de los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información según los siguientes aspectos: a) Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir: El 19% respondieron que nunca; el 53% respondieron que casi nunca; el 19% respondieron que casi siempre; y el 09% respondieron que siempre.
b) Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento: El 50% respondieron que nunca; el 33% respondieron que casi nunca; el 14% respondieron que casi siempre; y el 03% respondieron que siempre. c) Tiene

la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento: El 12% respondieron que nunca; el 70% respondieron que casi nunca; el 15% respondieron que casi siempre y el 03% respondieron que siempre.

- Respecto al indicador comportamental – cumplimiento de los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo, se tiene la siguiente información según los siguientes aspectos: a) Toma medicamentos en el horario establecido: El 02% respondieron que nunca; el 17% respondieron que casi nunca; el 52% respondieron que casi siempre y el 29% respondieron que siempre. b) Toma las dosis indicadas: El 0% respondieron que nunca; el 11% respondieron que casi nunca; el 38% respondieron que casi siempre; y el 52% respondieron que siempre. c) Cumple indicaciones de la dieta: El 08% respondieron que nunca; el 32% respondieron que casi nunca; el 44% respondieron que casi siempre; y el 16% respondieron que siempre. d) Asiste a las consultas de seguimiento de su tratamiento: El 15% respondieron que nunca; el 30% respondieron que casi nunca; el 31% respondieron que casi siempre; y el 24% respondieron que siempre.

- El 20% de pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD - Provincia de Huancayo tienen un nivel total de adherencia terapéutica al tratamiento; asimismo, el 76%

tienen un nivel parcial de adherencia terapéutica al tratamiento; y el 3% no tiene adherencia terapéutica al tratamiento.

RECOMENDACIONES

Considerando los resultados obtenidos en la presente investigación, se recomienda lo siguiente:

- Realizar diversas investigaciones respecto al nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan otros hospitales del Distrito de Huancayo con la finalidad de validar y evaluar los resultados obtenidos en la investigación realizada.
- Realizar un seguimiento y supervisión continua y permanente a los pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan otros hospitales del Distrito de Huancayo, a fin de corroborar los resultados de la investigación realizada.
- Realizar diversas campañas de salud dirigidos a la Comunidad en general con la finalidad de informar sobre el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Insuficiencia Renal, a fin de reducir problemas relacionados a la salud, al uso de la administración y dispensación de medicamentos, y al cumplimiento de las indicaciones del médico tratante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Clery D, Matzke G, Alexander A, Joy M.** Medication knowledge and compliance among patients receiving long-term dialysis. *Am J Health-Syst Pharm* 1995;53:1895-1900.
2. **Cameron C.** Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *J. Adv Nurs* 1996;24:244-250.
3. **Falvo D.** Effective patient education. A guide to increase compliance, Maryland. An Aspen Publication, inc. 1995.
4. **Rand C.** Measuring adherence with therapy for chronic disease. Implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol* 1993;72:68-74
5. **Fishman T.** The 90-second intervention: a patient compliance mediated technique to improve and control hypertension. *Public Health Rep* 1995;110:173-78.
6. **Wolcott DW, Maida CA, Diamond R, Nissenson AR.** Treatment compliance in end-stage renal disease patients on dialysis. *Am J Nephrol* 1986;6:329-38.
7. **Christensen AJ.** Patient adherence and adjustment in renal diaysis: a person treatment interactive approach. *J Behav Med* 1994;17:549-65.
8. **Serrano R.** Tendencia y nuevos retos de la enfermedad renal permanente en Puerto Rico. *Salud Renal. Revista del Consejo Renal de Puerto Rico* 1997;9:23-6

9. **Serrano R.** Tendencia y nuevos retos de la enfermedad renal permanente en Puerto Rico. Salud Renal. Revista del Consejo Renal de Puerto Rico 1998;1:1-7
10. **Venado EA, Moreno LJ, Rodríguez AM, López CM.** Insuficiencia Renal Crónica. Unidad de Proyectos Especiales. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf. (fecha de acceso 01 de abril del 2017).
11. **Pareja JM, Pérez AK, Pérez SJ, Pérez SM, Rabadán SC, Ramiro FL, Redondo AL.** Insuficiencia Renal Aguda y Crónica. Escuela Universitaria de Enfermería La Fe. Valencia – España. Disponible en: http://mural.uv.es/rasainz/1.4_GRUPO6_INSUFICIENCIA_RENAL.pdf. (fecha de acceso 01 de abril del 2017).
12. **Veronesi G.** Cumplimiento de las Pautas Alimentarias en los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento Sustitutivo de Hemodiálisis. Tesina de Grado para acceder al Título de Licenciada en Nutrición. Facultad de Bromatología. Universidad Nacional de Entre Ríos. 2004. Disponible en: <https://www.nutrinfo.com/biblioteca/monografias/ren05-01.pdf>. (fecha de acceso 01 de abril del 2017)
13. **Cepeda C, Wanner C, Barrales C, Nuñez N.** Locus de Control y Adherencia al Tratamiento en Personas con Insuficiencia Renal Crónica. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Central de Chile. Ciencia Psicológica Vol. 1, Nº 1, 2007.

14. **Cvengros J, Christensen A, Lawton W.** The role of perceived control and preference for control in adherence to a chronic medical regimen. *Annals of Behavioral Medicine*. 2004;27(3), 155-161.
15. **Hersh RM, Stoner MH.** Psychosocial aspects of dialysis therapy. En J. Kallenbach, C. Gutch, M. Stoner & A. Corea. (Eds.) *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnell*. 2005. St Louis, MO: Mosby Inc.
16. **Organización Mundial de la Salud.** Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: OMS. 2004
17. **Kaveh K, Kimmel P.** Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standar. *American Journal of Kidney Diseases*. 2001;37(2), 244-266.
18. **Aguilar RT, González LA, Pérez RA.** Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *ATEN. FAM*. 2014;21(2).
19. **Azcarate GE, Ocampo BP, Quiroz PJ.** Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006;8(2):97-102.
20. **Caballero MS, Trujillo GJ, Welsh OU, Hernández CS, Martínez TJ.** Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006;8(3):163-8.
21. **Santelices ÁM, Garrido RL, Fuentes FM, Guzmán GM, Lizano MM.** Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con

- insuficiencia renal crónica terminal. *Universitas Psychologica*. 2009;8(2):413-22.
- 22. Morales JR, Salazar ME, Flores VF, Bochicchio RT, López CA.** Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. *Gac. Méd. Méx.* 2008;144(2):91-8.
- 23. Necesidad de mejorar la detección de la insuficiencia renal crónica en América Latina.** *Rev. Panam. Salud Pública. Public. Health.* 2008;23(6):425-6.
- 24. Sandoval JL, Ceballos MZ, Navarrete NC, González HF, Hernández CV.** Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2007;45(2):105-9.
- 25. Carballo MM, Ortega RN, Lizárraga ZE, Díaz PJ.** Adherencia individual y familiar a tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria continúa. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2008;16(1):13-8
- 26. Ruiz de Alegría FB, Basabe BN, Fernández PE, Baños BC, Nogales RM, Echebarri EM, et. al.** Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.* 2009;12(1):11-7.
- 27. Rivas CA, Vásquez MM, Romero CA, Escobar VL, Sinning CA, Calero CY.** Adherencia farmacológica de la persona con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. DUAZARY.* Junio 2013, Vol. 10 N° 1.

28. **National Kidney Foundation.** K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am. J. Kidney Dis. 2002 Feb; 39(2 Suppl 1): S1-266. [Medline]
29. **Hueso NF.** El Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico en los pacientes que acuden a consulta de enfermería de crónicos en Navarra. Biblioteca Las casas, 2005. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0013.php>.
30. **Jerez RM, Laguna PJ, Lorite GC.** Influencia del manejo del régimen terapéutico en la hospitalización MMWR[en línea] [Fecha de acceso 21-2-2004]. URL disponible en: <http://www.anesm.net/documentos/pi2003>
31. **Darss BN.** Adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis. Escuela Superior de Ciencias de la Salud. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona 2014.
32. **Bover J, Martínez A, Górriz J, De Pablos VP, Sánchez M, Segura J, et al.** Documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica. [Actualizado en 2012 nov 27; citado 28 diciembre 2013]. Disponible en: <http://www.fesemi.org/documentos/publicaciones/protocolos/consenso-enfermedad-renal-cronica.pdf>.
33. **Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L.** Adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Univ. Psychol. Bogotá 2006;5(3): 487-99.
34. **Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S.** Prevalence and Consequences of Nonadherence to Hemodialysis Regimens. American Journal of Critical Care 2007: 16(3):222-235.

35. **Alcázar R, Orte L, González E, Górriz L, Navarro J, Martín A, et al.** Documento de Consenso SEN-Semfyc sobre la enfermedad renal crónica; [actualizado el 16 Feb. 2010; citado 30 dic. 2013] disponible en: <http://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=418>.
36. **Guerrero T, Díaz E, Vidal A.** La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. Rev Cubana Enfermer. 2010;26(2).
37. **Koleck M, Chauveau P, Rascle N, Untas A.** Assessment and effects of Therapeutic Patient Education for patients in hemodialysis: A systematic review. International Journal of Nursing Studies 2011; 48 (12):1570-1586.
38. **Ormandy P.** Information topics important to chronic kidney disease patients: a systematic review Journal of Renal Care 2008;34(1):19–27.
39. **Sánchez GM, Toro ChP, Pérez EM, Gómez PA, Portolés PJ.** Intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad renal crónica. Rev. Calid. Asist. 2011;26(3):146—151.
40. **Otero A, De Francisco A, Gayoso P, García F.** Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. Nefrología. 2010;30:78-86.
41. **Villar ÁF, Benegas JR, Rodríguez AF.** Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Madrid: ERGON; 2003.
42. **Tuesca MR, Guayar CP, Ramón BJ, Graciano PR.** Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años. Gac. Sanit. 2006;20:220-7.

43. **Faus MJ.** Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica*. 2000;41:137-43.
44. **Silva CM, Calleja MA, Machuca M, Faus MJ, Fernández LF.** Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados: adaptación del método Dáder. *Seguim Farmacoter*. 2003;1:73-81.
45. **Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM).** *Ars Pharmaceutica*. 2007;48:5-17.
46. **Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P, editors.** Cumplimiento. in: *Epidemiología clínica, una ciencia básica para la medicina clínica*. Madrid: Díaz de Santos; 1989. p. 250—90.
47. **Panel de Expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.** Ministerio de Sanidad y Política Social [citado 5 Abr 2010]. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/DocConsensoTARGESIDAPNSEne2010.pdf>.
48. **Herrera AP, Palacios GM, Mezones HE, Hernández VA, Chipayo GD.** Baja adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal en un hospital de referencia del Ministerio de Salud en Perú. *An. Fac. Med*. 2014;75(4):323-6.

49. **Karopadi AN, Mason G, Rettore E, Ronco C.** Cost of peritoneal dialysis and haemodialysis across the world. *Nephrol Dial Transplant.* 2013 Oct;28(10):2553-69. doi: 10.1093/ndt/gft214.
50. **ERA EDTA Guidelines:** European best practice guidelines for hemodialysis (part 1). *Nephrol Dial Transplant.* 2002;17(suppl 7):25-31.
51. **Saran R, Bragg GJ, Rayner HC, Goodkin DA, Keen ML, et al** Nonadherence in hemodialysis: Associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney Int.* 2003 Jul;64(1):254-62.
52. **Leggat JE, Orzol SM, Hulbert ST, Golper TA, Jones CA, Held PJ, Port FK.** Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. *Am J Kidney Dis.* 1998 Jul;32(1):139-45.
53. **Maldaner C, Beuter M, Brondani C, Budó M, Pauletto M.** Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008 dez;29(4):647-53.
54. **Madeiro A, López C, Melo I, Ribeiro A, et al.** Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(4):546-51.
55. **Herrera AP, Mezones HE, Hernández AV.** Global kidney disease. *Lancet.* 2013 Oct 12;382(9900):1243-4. doi: 10.1016/S0140-6736-(13)62087-5.
56. **ChuquiHuaccha HC, Soto TY.** Estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2013. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Escuela de Enfermería

Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Lima – Perú. 2014.

57. **Acosta HA, Chaparro LL, Rey AA.** Quality of life and coping strategies in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis, peritoneal dialysis or kidney transplantation. DIALNET [serie de internet] 2008 [citado 24 Abr 2009]; 17 (1): 9-26. URL disponible en : <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3244658>
58. **Torres ZC.** Insuficiencia renal crónica. Rev. Med. Hered. [serie de internet]. 2003 [citado 25 Junio 2012]; vol.14, no.1, p.1-4. URL disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2003000100001&script=sci_arttext
59. **Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gómez V.** Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento de Hemodiálisis. Acta Colombiana de Psicología [serie de Internet]. 2007 Nov [citado 12 de junio 2012];10(2):169-179. Disponible en: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15_169-179.pdf.
60. **Del Rio SR.** Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional- 2015. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2016.
61. **Ministerio de Salud.** Dirección General de Epidemiología. La enfermedad renal crónica en el Perú, epidemiología e impacto de la salud pública.

Volumen 23-Semana Epidemiológica N° 3-2014 (Del 12 al 18 de enero de 2014). Pág. 36-30. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>.

62. **Hernando AL.** Nefrología clínica. 2000, Vol. 2.
63. **Montalvo RI.** Estado Situacional de los Pacientes con Enfermedad Renal Crónica y la Aplicación de Diálisis como tratamiento en el Perú. Informe Temático N° 07/2012-2013, Área de Servicios de Investigación. Departamento de Investigación y Documentación Parlamentaria. Lima. 2012.
64. **Eugenia PC.** Aprendiendo a vivir con hemodiálisis: Manual de autocuidado para el paciente en hemodiálisis. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2010.
65. **Guía para pacientes con tratamiento de hemodiálisis.** Hospital Universitario Reina Sofía. 2011.
66. **González S, Gago C, Marco B, Fernández J, Jarriz A, Piña M, et.al.** Grado de cumplimiento del tratamiento indicado en pacientes en programa de hemodiálisis. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. Madrid. Disponible en: <http://www.revistaseden.org/files/atención%20integral-%20grado%20de%20cumplimiento%20del%20tratamiento%20indicado%20en%20pacientes%20en%20programa%20de%20hemodiálisis.pdf>.
(fecha de acceso 01 de abril del 2017)
67. **Peck CL, King NJ.** Increasing patient compliance with prescription. JAMA, 248:2874-77, 1982.
68. **Eraker SA, Kirscht JP, Becker MH.** Understanding and improving patient compliance. Ann Intern Med, 100: 258-65, 1984.

69. **Ley N° 28713.** Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú, promulgado el 26 de enero de 2004.
70. **Decreto Supremo N° 008-2006-SA.** Reglamento de la Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú, promulgado el 09.05.2006.
71. **Resolución Ministerial N° 013-2009/MINSA.** Resolución que aprueba el “Manual de Buenas Prácticas de Dispensación” de fecha 15.01.2009.
72. **Insuficiencia (renal) de los riñones.** RadiologyInfo.org. 2016. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/sp/pdf/kidneyfailure.pdf>. (fecha de acceso 01 de abril 2017).
73. **Veliz RL, Mendoza PS, Barriga OA.** Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. Rev. Perú Med.Exp. Salud Pública. 2015;32(1):51-7.
74. **Soria TR, Vega VC, Nava QC.** Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM. México Altern. psicol. v.14 n.20 México Mar. 2009.
75. **Apaza G.** Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud - Red Tacna Febrero 2013.Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Jorge Basadre. Tacna. 2013.
76. **Morisky D, Verde L, Levine D.** La validez concurrente medicación. Recuperado el 06 de 07 de 1013. Disponible en: Pubmed.gov:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>. (fecha de acceso 01 de abril del 2017)

- 77. Martín L, Bayarre H, Grau J.** Validación del cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev. Cubana Salud Pública. 2008 [citado 2 Sept 2014];34(1). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es (fecha de acceso 01 de abril del 2017)
- 78. Hernández R, Fernández CC, Baptista P.** Metodología de la Investigación. 4ta edición. México: Edit. Mc Graw-Hill. 2006.
- 79. Valderrama S.** Pasos para elaborar Proyectos y Tesis de Investigación científica. Lima: Edit. San Marcos E.I.R.L. 2010.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL NACIONAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO

INTRODUCCIÓN:

El presente cuestionario requiere de una información precisa y detallada de parte de su persona; por tanto, se sugiere ser sincero al momento de responder cada una de los ítems propuestos, los resultados obtenidos nos permitirán obtener información respecto a la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal, a fin de evitar posibles problemas de salud en los pacientes que llevan un tratamiento médico y que no cumplen adecuadamente la prescripción médica.

OBJETIVO:

Determinar los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal que frecuentan un Hospital Nacional de la Provincia de Huancayo.

ÍTEM I: CONSENTIDO INFORMADO

Yo,.....

He sido informado por las señoritas: Inga Córdova Roxana y/o Galván Espejo Pamela Mayra, alumnas de la Escuela Profesional de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímica de la Universidad Privada de Huancayo "Franklin Roosevelt", quienes desarrollan el trabajo de investigación "Adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal que frecuentan un Hospital Nacional de la Provincia de Huancayo"; por tanto, yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido mi comportamiento en la toma de medicamentos.
2. Permito que las investigadoras utilicen la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilice con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que las investigadoras tengan acceso a mi identidad, la que no será revelada por él manteniéndose el anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la aplicación del cuestionario.

FIRMA

Huancayo,.....de..... de.....

ÍTEM II: LLENADO DE LA FICHA CLÍNICA

1. SEXO : Masculino
 Femenino
2. EDAD : años
3. GRUPO ETÁREO :
4. ENFERMEDAD CRÓNICA QUE PADECE : Asma
 Hipertensión
 Artritis
 Insuficiencia
 renal
 Hipertrigliceridemia

ITEM III: CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

N°	Ítem	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
		1	2	3	4
1	Toma medicamentos en el horario establecido				
2	Toma las dosis indicadas				
3	Cumple indicaciones de la dieta				
4	Asiste a las consultas de seguimiento de su tratamiento				
5	Realiza los ejercicios físicos indicados				
6	Acomoda sus horarios a la medicación				

7	Usted y su médico, deciden de manera conjunta el tratamiento				
8	Cumple sin supervisión de su familia o amigos				
9	Lleva el tratamiento sin esfuerzos				
10	Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento				
11	Usted y su médico, analizan como cumplir el tratamiento				
12	Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento				

VALOR FINAL OBTENIDO	NIVEL DE ADHERENCIA	MARCAR CON ASPA EL RESULTADO OBTENIDO
	TOTAL (34 a 48 puntos)	
	PARCIAL (18 a 33 puntos)	
	NO ADHERENCIA (menos de 17 puntos)	

Fuente: Cuestionario MBG (Martin Bayarre Grau)

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL NACIONAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO					
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA
<p>PROBLEMA GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal que frecuentan un Hospital Nacional de la Provincia de Huancayo? 	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal que frecuentan un Hospital Nacional de la Provincia de Huancayo. 	<ul style="list-style-type: none"> Adherencia al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Implicación personal Relacional Comportamental 	<p>METODO DE LA INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Científico 	<p>POBLACION DE ESTUDIO</p> <p>La población de la investigación está constituida por 30 pacientes con insuficiencia renal que frecuentan el Hospital Nacional "Ramiro Rriale Rriale" – ESSALUD - Provincia de Huancayo.</p> <p>Factores de exclusión: Pacientes con otras enfermedades crónicas; pacientes que frecuentan otros Hospitales de la Provincia de Huancayo; pacientes con insuficiencia renal que se encuentran hospitalizados en UCI; pacientes que no tengan capacidad de resolución de preguntas.</p> <p>Factores de inclusión: Pacientes con insuficiencia renal; pacientes programados que frecuentan el Hospital Nacional "Ramiro Rriale Rriale" – ESSALUD – Provincia de Huancayo; pacientes con capacidad de resolución de preguntas; ser de cualquiera de los dos sexos.</p>
	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la población estudiada de acuerdo al sexo y grupo etáreo al que pertenecen. Identificar el porcentaje de pacientes con insuficiencia renal con adherencia al tratamiento en el componente implicación personal, de acuerdo al Cuestionario de MBG. Identificar el porcentaje de pacientes con insuficiencia renal con adherencia al tratamiento en el componente relacional profesional - paciente, de acuerdo al Cuestionario de MBG. Identificar el porcentaje de pacientes con insuficiencia renal con adherencia al tratamiento en el componente comportamental – cumplimiento de tratamiento, de acuerdo al Cuestionario de MBG. 			<p>TIPO DE INVESTIGACION</p> <p>Básico, porque la finalidad radica en formular nuevas teorías o modificar las existentes e incrementar los conocimientos científicos.</p> <p>Según la intervención del investigador es observacional.</p> <p>Según el número de mediciones de las variables de estudio, es transversal, porque se recolectarán datos en un solo momento.</p>	<p>MUESTRA</p> <p>Los pacientes con insuficiencia renal que mensualmente frecuentan el Hospital Nacional "Ramiro Rriale Rriale" – ESSALUD - Provincia de Huancayo está constituida por 30 pacientes y para determinar el tamaño de la muestra se hará el uso de la fórmula del tamaño de la muestra de poblaciones finitas con un nivel de confiabilidad del 95% (dos sigmas), con un margen de error del 5% donde se desconocen los parámetros poblacionales.</p>
				<p>NIVEL DE INVESTIGACION</p> <p>Descriptivo en relación con los objetivos planteados.</p>	<p>TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Encuesta <p>El cuestionario consta de tres ítems:</p> <p>Item I: Consentimiento informado, aceptación del encuestado.</p> <p>Item II: Llenado de la ficha clínica, cuenta con 4 datos importantes del paciente como: sexo, edad, grupo etario y enfermedad crónica que padece.</p> <p>Y el instrumento propiamente dicho es el Item III: que se aplicó es el Cuestionario de Adherencia: "Cuestionario MBG (Martin Bayarre Grau)</p>
				<p>Diseño de la investigación</p> <p>No experimental.</p> <p>El diseño que se empleó responde a la de una investigación por objetivos tomando como referencia la naturaleza de la variable (causa - efecto), empleados en la formulación del problema planteado</p>	<p>Análisis univariado:</p> <p>Cálculo de medidas de tendencia central como la media aritmética, mediana, moda, rango y medición estándar.</p>

ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDIDA
Adherencia al tratamiento	Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario.	Información básica que se obtiene de los pacientes con insuficiencia renal que frecuentan el Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” – ESSALUD – Provincia de Huancayo.	<ul style="list-style-type: none"> • Implicación personal • Relacional • Comportamental 	Cualitativa	Nominal

ANEXO 4: VALIDACIÓN DE EXPERTOS

FORMATO: A

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

TESIS:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL NACIONAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO

Investigadores: Inga Cordova Begny Roxana y/o Galván Espejo Pamela Mayra

Indicación: Señor calificador se le pide su colaboración para que luego de un rigurosos análisis de los ítems del **Cuestionario de encuesta respecto a la ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL NACIONAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO** que le mostramos, marque con un aspa el casillero que crea conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 dónde:

1= Muy deficiente	2= Deficiente	3= Regular	4= Bueno	5= Muy bueno
-------------------	---------------	------------	----------	--------------

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE FRECUENTAN UN HOSPITAL NACIONAL DE LA PROVINCIA DE HUANCAYO

ÍTEMS / DIMENSIÓN	1	2	3	4	5
ÍTEM I: CONSENTIDO INFORMADO					
Nombres y apellidos					

	Firma					
	Fecha					
ÍTEM II: LLENADO DE LA FICHA CLÍNICA						
	Sexo					
	Edad					
	Grupo Etéreo					
	Enfermedad crónica que padece					
ÍTEMS / DIMENSIÓN		1	2	3	4	5
ÍTEM III: CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO						
INDICADOR: COMPORTAMENTAL						
1	Toma medicamentos en el horario establecido					
2	Toma las dosis indicadas					
3	Cumple indicaciones de la dieta					
4	Asiste a las consultas de seguimiento de su tratamiento					
INDICADOR: IMPLICACIÓN PERSONAL						
5	Realiza los ejercicios físicos indicados					
6	Acomoda sus horarios a la medicación					
8	Cumple sin supervisión de su familia o amigos					
9	Lleva el tratamiento sin esfuerzos					
10	Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento					
INDICADOR: RELACIONAL						
7	Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir					

11	Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento					
12	Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento					

RECOMENDACIONES:

.....

PROMEDIO DE VALORACIÓN

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy buena

Nombres y :

Apellidos

DNI N° : Teléfono :

/Celular

Dirección :

domiciliaria

Título :

Profesional

Grado :

Académico

Mención :

<hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma</p>
<p>Lugar y fecha:</p>

FORMATO: B

FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Título de la Investigación : Adherencia al tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan un Hospital Nacional de la Provincia de Huancayo
- 1.2. Nombre del instrumento : Cuestionario sobre adherencia al tratamiento en motivo de evaluación pacientes con Insuficiencia Renal que frecuentan un Hospital Nacional de la Provincia de Huancayo

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																				
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																				

3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																			
4. Organización	Existe una organización lógica																			
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																			
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																			
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																			
8. Coherencia	Entre los índices e indicadores																			
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																			
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación																			

PROMEDIO DE VALORACIÓN

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy buena

Nombres y :

Apellidos

DNI N° : Teléfono :

/Celular

Dirección :

domiciliaria

Título :

Profesional

Grado :

Académico

Mención :

Firma

Lugar y fecha:

ANEXO

FOTOGRAFIA N°1: Área de Nefrología del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” – ESSALUD” Huancayo



FOTOGRAFIA N°2: Paciente esperando su consulta en el área de Hemodiálisis

FOTOGRAFIA
Paciente
realizando la
encuesta



N°3:

