

Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad renal crónica

Adherence factors on pharmacological and non-pharmacological treatment in chronic kidney disease patients

Ocotlán Méndez-Ortega¹, Irma Alejandra Hernández-Vicente², Clara Arlina Juárez-Flores³, Irma Lumbreras-Delgado⁴, José Antonio Banderas-Tarayay⁵

DOI: 10.19136/hs.a22n3.5588

Artículo Original

• Fecha de recibido: 10 de febrero de 2023 • Fecha de aceptado: 8 de mayo de 2023 • Fecha de publicación: 18 de septiembre de 2023

Autor de correspondencia

José Antonio Banderas Tarabay. Dirección postal: Facultad de Ciencias de la Salud, Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Calle Ciencias de la Salud No. 34, Barrio de Guardia, Zacatelco 90740, Tlaxcala, México.
Correo electrónico: jabanderast@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica, en el servicio de consulta externa de nefrología de un hospital de Tlaxcala.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 80 pacientes que asisten al consultorio de nefrología. Mediante un cuestionario validado, se determinaron los factores que influyen en el paciente para mantenerse en la adherencia al tratamiento farmacológica y no farmacológica.

Resultados: Se muestra un nivel de riesgo moderado de adherencia al tratamiento en la población estudiada, el 8.8% de los pacientes se adhieren al tratamiento, el 58.8% tienen un riesgo moderado de no adherirse al tratamiento, y el 32.5% tienen alto riesgo de no adherirse al tratamiento, siendo sus principales causas la carencia de recursos económicos (65%), no conocer cuál es su peso seco (61.3%), seguir un régimen dietético de alto costo (60%), dificultad para realizar un cambio en el estilo de vida (38.8%), y no recibir la información sobre los beneficios de los medicamentos (8.8%).

Conclusiones: La falta de recursos económicos y la falta de información, son los principales factores que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. El profesional de enfermería debe brindar información clara, completa y útil a fin de mejorar el apego al tratamiento y disminuir costos y complicaciones en la ERC. Es necesario buscar estrategias educativas, conductuales, y el apoyo social y familiar, debido a sus condiciones socioeconómicas, y el apego a hábitos que no son de beneficio para su estado de salud.

Palabras clave: Cumplimiento; Adherencia al tratamiento; Factores socioeconómicos; Enfermedad renal crónica.

Abstract

Objective: To evaluate the influencing factors that affect the adherence to the treatment in chronic kidney disease patients.

Material and Methods: A descriptive cross-sectional study was carried out in a sample size of 80 patients in an external nephrology service from a hospital at Tlaxcala. A previously validated questionnaire divided in four dimensions was used to determine the factors that influence patients to maintain pharmacological and non-pharmacological adherence to their treatment.

Results: A moderate risk level of adherence was present in this population, 8.8% of the patients have adherence to the treatment, 58.8% are in moderate risk of non-adherence, and 32.5% have a high risk of no adherence. The main factors by no adherence are lack of economic sources (65%), unknown their dry weight (61.3%), a highcost dietetic regime (60%), having difficulties to change their live style (38.8%), and do not get information about their medicine advantages (8.8%).

Conclusions: Lack of moneyand information are the influencing factors because the patient do not have adherence to the pharmacologic and non-pharmacologic treatment. The nursing professional should provide clear, useful and complete information in order to improve the treatment adherence, to reduce complications and costs in CKD patients. It is necessary to look forward for educative and motivational strategies because their economic situation and arraigned habits, looking for social and family support to improve their health status.

Key words: Accomplish; Treatment adherence; Socioeconomic factors; Chronic kidney disease.

¹ Maestra y Técnica en Enfermería, Profesor de Tiempo Completo en la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Tlaxcala, Tlaxcala, México.

² Doctora en Dirección de Organizaciones, Profesor Investigador de Tiempo Completo en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, Maestría en Enfermería y Maestría en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Tlaxcala, Tlaxcala, México.

³ Maestra en Ciencias de la Enfermería, Coordinadora de la Licenciatura de Enfermería, Profesor de Tiempo Completo en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Tlaxcala, Tlaxcala, México.

⁴ Licenciada en Ingeniería en Computación, Maestría en Ciencias de la Salud Pública, Profesor de Tiempo Completo en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Tlaxcala, Tlaxcala, México.

⁵ Doctor en Ciencias Biológicas, Profesor Investigador de Tiempo Completo en la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Tlaxcala, Tlaxcala, México.

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) se considera una de las principales causas de atención en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización. En México se estima una frecuencia de 377 personas afectadas por cada millón de habitantes y una prevalencia de 1,142 casos por millón de habitantes^{1,2,3}, lo que implica un alto costo para los servicios de salud^{4,5,6}; en el 2020 la insuficiencia renal ocupaba el 10º. lugar nacional como causa de muerte con 15,455 casos y una tasa de defunción de 1.22 por 10,000 habitantes; la enfermedad renal crónica representaba el 72.4% con 11,188 fallecimientos, de los cuales el 42.8% fueron mujeres y el 57.2% fueron hombres^{7,8}. Existen 10 millones de pacientes que no saben que tienen ERC, de ellos el 96% se encuentra entre los estadios 1 a 3, y poco más de 300 mil pacientes se encuentran en estadios 4 y 5^{9,10}. En el año 2010, el estado de Tlaxcala ocupaba el tercer lugar nacional con pacientes adultos con ERC asociada a padecimientos crónicos no infecciosos y el primer lugar en pacientes jóvenes entre 15 y 24 años de edad con daño renal, incidencia 13 veces más alta que el resto del país. Se estima una incidencia de 119.6 casos por cada 100,000 habitantes¹¹.

La falta de estrategias de información, recursos económicos y la deficiente adherencia al tratamiento a largo plazo, son factores que comprometen los cuidados y la salud del paciente a nivel mundial^{12,13}. La adherencia se considera como los cambios de comportamiento del paciente para involucrarse de forma activa y voluntaria en el control de su enfermedad, mediante un proceso de responsabilidad compartida con los profesionales de salud, y no solamente es cumplir con un tratamiento¹⁴. La Organización Mundial de la Salud denota el concepto de adherencia desde diferentes perspectivas: la biomédica, la comportamental, la de comunicación, la cognoscitiva y la perspectiva autorregulada^{13,15,16}; todas conllevan un proceso de iniciación, ejecución y discontinuación desde la fase inicial del tratamiento hasta su culminación¹⁷. La adherencia terapéutica se define como “el grado consciente de comportamiento de una persona a tomar sus medicamentos, el seguir un régimen alimentario, ejecutar cambios del modo de vida, y aceptar las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria”^{13,18}.

El porcentaje de adherencia a un tratamiento a largo plazo en un padecimiento crónico es del 50% en los países desarrollados¹⁹. En Estados Unidos de América el promedio de adherencia al tratamiento es del 51%; China y Australia tienen el 43%. En Latinoamérica se han reportado cifras que van del 50% en Chile, hasta 81.6% en Argentina. En México, un reporte realizado en una unidad de medicina del IMSS en Chihuahua, reportó una adherencia al tratamiento del 54.2%²⁰.²¹ La mayoría de los estudios se enfocan a pacientes con diabetes mellitus, asmáticos, con infarto agudo al miocardio y epilépticos, y son pocos que determinan el nivel de riesgo de

complicaciones por la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes con ERC^{19,22} como insuficiencia cardiaca congestiva, neumonía, neumotórax, peritonitis²³, enfermedad vascular cerebral e infarto agudo al miocardio¹⁶, complicaciones que no permiten valorar si están o no relacionadas con la adherencia al tratamiento.

Factores como la apatía y depresión, conductas pesimistas, fatalistas y agresivas, influyen en tomar decisiones negativas relacionadas con la aceptación y adherencia al tratamiento^{3,21,24,25}, asociadas a factores como la edad, el sexo, conocimiento de la enfermedad, de su tratamiento y costos^{17,19,20}. Para favorecer la adherencia al tratamiento, prevenir complicaciones, disminuir y mejorar la calidad de vida, se requieren médicos y enfermeras capacitados^{13,15,19,26}, que contribuyan a mejorar los hábitos alimenticios o costumbres no saludables en lo individual, familiar, laboral y social, así como las alteraciones biológicas y psicológicas sobre su imagen y autoestima^{19,27}.

La falta de adherencia compromete el proceso de recuperación, disminuye la calidad de vida e incrementa los costos en salud del enfermo, lo que implica un desafío y un amplio tema de investigación para el profesional de la salud y los programas de salud pública^{28,29}. Para esta investigación se toma como base el modelo de adaptación de Callista Roy de 1976^{30,31}, que busca identificar aspectos relacionados con la percepción que tiene el paciente sobre su enfermedad, los procesos fisiológicos, físicos, su entorno social, tratamiento farmacológico, su grado de dependencia o independencia a la adherencia al tratamiento, y el papel que juega el personal de salud relacionado con el modelo de adaptación.

Para el presente estudio se considera el nivel de adaptación de las personas, influido por los estímulos internos y externos derivados de los procesos fisiológicos y ambientales; de igual forma intervienen el comportamiento individual y/o colectivo para afrontar la enfermedad y tomar la decisión de crear y/o mantener independencia, dependencia e interdependencia para aceptar o rechazar el tratamiento. El propósito de esta investigación es evaluar los factores sociodemográficos, socioeconómicos y fisiopatológicos que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con ERC del hospital general de Tlaxcala por un periodo de 6 meses.

Material y métodos

La presente investigación es de tipo transversal y descriptiva, con una muestra por conveniencia de 80 pacientes con ERC, con un año de tratamiento de diálisis peritoneal, de ambos sexos, con un rango de edad de 18 a 50 años, que asistieron durante 8 meses al servicio de nefrología del hospital general en la ciudad de Tlaxcala. Se excluyeron los pacientes diabéticos,

hipertensos, con algún proceso infeccioso, y cuestionarios incompletos. Para la recolección de la información se utilizó el instrumento propuesto en Colombia por Bonilla^{28,32,33} con un índice de validez del contenido de 0.91 de acuerdo al método de Fhering, y un alfa de Crombach de 0.60³⁴, diseñado originalmente para determinar la adherencia al tratamiento en enfermedades cardiovasculares, es un instrumento válido y confiable que se puede aplicar en estudios de adherencia a tratamientos en enfermedades crónicas^{34,35}, ya que no existe instrumento para medir la adherencia al tratamiento en enfermedades renales.

Dicho instrumento consta de 24 preguntas que abordan la adherencia y los factores que influyen en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, estructurado en cuatro dimensiones: Dimensión I, factores socioeconómicos y demográficos, conformados por 6 preguntas; Dimensión II, factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud, conformado por 8 preguntas; Dimensión III, factores relacionados con la terapia, 6 preguntas; y Dimensión IV, factores relacionados con el paciente, 4 preguntas. El rango de puntuación es de 0-48, y de acuerdo a este rango se clasifican a los sujetos en: a) Alta adherencia al tratamiento 38-48 [80-100%], b) Riesgo moderado de no adherirse al tratamiento 29-37 [60-79%], y c) Alto riesgo de no adherencia al tratamiento 0-28 [0-60%]. De acuerdo a cada dimensión, se obtuvo el puntaje global de acuerdo al nivel de riesgo. Cada pregunta fue valorada con la escala de Likert con valores de nunca, a veces y siempre, 6 preguntas se comportan como negativas en la Dimensión III: 15, 16, 17, 18, 19 y 20; las 18 preguntas restantes se comportan como positivas en la Dimensión I: 1, 2, 3, 4, 5 y 6; Dimensión II: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14; Dimensión IV: 21, 22, 23 y 24. Los datos fueron analizados de forma descriptiva en el programa estadístico SPSS v19.

Resultados

Los resultados sociodemográficos de la población encuestada muestran que el 60.0% pertenecen al género masculino, el rango de edad es de los 18 a 50 años, con mayor prevalencia en el rango de los 18 a los 25 años (31.3%); el 68.8% son casados; la escolaridad predominante es secundaria (41.3%); y el 51.3% son beneficiarios de los servicio de salud a través de un familiar. La mayoría proceden de la ciudad de Apizaco (18.8%), seguido de Calpulalpan (13.8%), y en tercer lugar Zacatelco e Ixtacuixtla (10.0%). Respecto a las variables que miden el estado de salud del paciente el tiempo de estar enfermos de ERC fue de 1 a 2 años (46.25%), de 3 a 4 años (45%), y más de 5 años (8.7%). El 36.3% es tratado con diálisis peritoneal automatizada y el 64.7% son pacientes de diálisis manual. El 47.5% de los pacientes presentaron varios tipos de complicación, siendo las de mayor frecuencia la peritonitis (47.5%), neumonía (41.25%), insuficiencia cardiaca congestiva (7.50%) y neumotórax (3.75%) (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos y condición de salud de los pacientes con enfermedad renal crónica.

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------|------------|
| Sexo | Hombre | 48 | 60.0 |
| | Mujer | 32 | 40.0 |
| | Total | 80 | 100.0 |
| Edad | 18-25 | 25 | 31.3 |
| | 26-30 | 13 | 16.3 |
| | 31-35 | 11 | 13.8 |
| | 36-40 | 9 | 11.3 |
| | 41-45 | 9 | 11.3 |
| | 46-50 | 13 | 16.3 |
| Estado civil | Soltero | 23 | 28.8 |
| | Casado | 55 | 68.8 |
| | Divorciado | 2 | 2.5 |
| Escolaridad | Primaria | 24 | 30.0 |
| | Secundaria | 33 | 41.3 |
| | Bachillerato | 8 | 10.0 |
| | Universidad | 15 | 18.8 |
| Seguridad social | Beneficiario directo | 39 | 48.7 |
| | Beneficiario indirecto | 41 | 51.3 |
| Tiempo de padecer ERC | 1-2 años | | 46.25 |
| | 3-4 años | | 45.0 |
| | 5-6 años | | 7.50 |
| | 7-8 años | | 1.25 |
| Tipo de terapia sustitutiva | Automatizada | | 36.3 |
| | Manual | | 65.7 |
| Complicaciones en los últimos 6 meses | Peritonitis | | 47.5 |
| | Neumonía | | 41.25 |
| | Insuficiencia cardiaca congestiva | | 7.50 |
| | Neumotórax | | 3.75 |

Fuente: Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia, aplicado en un hospital del sector salud del Estado de Tlaxcala.

En la Dimensión I, relacionada con los factores socioeconómicos, se encontró un valor promedio de 12.48 puntos, se calificó esta dimensión como grupo en riesgo moderado de no adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Como causa de falta de adherencia al tratamiento, se identificó que el 65% de los encuestados, la falta de recursos, el alto costo de los medicamentos, el débil

apoyo familiar y orientación del personal de salud condicionan la falta de adherencia al tratamiento. El 60.0% no puede seguir la dieta indicada por el costo que ésta implica. Se identifica que el 55.0% entiende lo que el médico le indica (Tabla 2).

En la dimensión II, que determina los factores relacionados con el proveedor de salud, se encontró un valor promedio de 17.66 puntos, lo que determina riesgo moderado de no adherirse al tratamiento, siendo las tres principales condiciones de mayor riesgo la falta de información recibida sobre los beneficios de los medicamentos indicados por su médico, el lenguaje utilizado por los profesionales de la salud al dirigirse al paciente y a su familia, la comprensión del personal médico y de enfermería ante una posible falla del paciente hacia su tratamiento y uno de los valores más bajos fue la explicación que le proporcionaron el médico y la enfermera sobre los resultados esperados en su salud con el tratamiento que se le está dando. Existe una distribución porcentual similar (53.8% a 57.5%) en la respuesta “a veces” en las preguntas 7 a 11 y 13.

Existe mayor margen porcentual en lo referente a la atención al paciente, falta de información a familiares y al mismo paciente (42.5% a 47.5%) que corresponden a la pregunta 12 y 14, y dudas sobre el horario de la ingesta de alimentos y medicamentos (Tabla 3).

En la dimensión III, relacionada a la terapia que recibe el paciente, el valor promedio obtenida fue de 11.71, lo que determina un riesgo moderado de no adherirse al tratamiento; los tres factores principales que influyen en la decisión del paciente para seguir su tratamiento fueron: el convencimiento del paciente sobre el beneficio de seguir el tratamiento, su interés por conocer su condición de salud y la forma de cuidarse; y la suspensión del tratamiento ante la mejoría de sus síntomas. El 48.8% de los encuestados suspenden el tratamiento cuando se sienten mejor; el 43.8% tienen dificultades para cumplir su tratamiento por desabasto en la farmacia; el 61.3% consideran que no es difícil realizar un cambio en el estilo de vida; 57.5% aceptan el tratamiento, pero saben que este no los va a ayudar a controlar la enfermedad y la única solución es el trasplante renal. El 53.8% se quejan del alto costo de dietas especiales, y al 56.3% les preocupa hospitalizarse ya que esto incrementa sus gastos y merma su situación económica (Tabla 4).

La dimensión IV, que corresponde a los factores relacionados directamente con el paciente, mostró un valor promedio de 8.38 evidenciando una vez más un riesgo moderado de no adherirse al tratamiento, influye principalmente que el 61.3% de los pacientes desconoce su peso seco, el 55% está frecuentemente fatigado, 50.0% a veces identifican los signos de alarma, y solo el 46.3% saben que de ellos depende mantener estable su salud (Tabla 5).

Los resultados muestran que el 8.8% de los pacientes presentan alta adherencia al tratamiento, el 58.8% riesgo moderado de no adherirse al tratamiento, y el 32.5% alto riesgo de no adherirse al tratamiento. Considerando el análisis de las dimensiones se determina que los pacientes con ERC tienen un riesgo moderado de no adherirse al tratamiento (Tabla 6).

Discusión

En México y en el mundo, las enfermedades crónicas degenerativas son las principales condiciones en las que se presenta la falta de adherencia a un tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo que genera complicaciones y mala calidad de vida en el paciente, por consiguiente, altas tasas de morbilidad y mortalidad debido a las complicaciones y factores externos al paciente. El índice de mortalidad se incrementa con los años, ya que las complicaciones durante el tratamiento, el costo del mismo y la problemática de conseguir donadores, disminuye la probabilidad de supervivencia, más cuando la enfermedad inicia y no se diagnóstica^{12,13}.

Son escasos los estudios en México sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con ERC, la mayoría están dirigidos a enfermedades como la diabetes mellitus o con problemas cardiovasculares. El porcentaje de adherencia al tratamiento en la población de estudio con ERC en el presente estudio fue de 41.2%, por debajo del promedio reportado en padecimientos crónicos que es del 50%^{15,19}, o en otros estudios que es del 57%^{3,36}, o comparándolo con otros países como Estados Unidos de América, Latinoamérica y Asia. En México, la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus es de 54.2%^{20,21}. Las complicaciones que presentaron los pacientes con ERC en el presente trabajo, son similares a las reportadas en otros estudios^{3,16,23}. Un alto porcentaje de estos pacientes son jóvenes, lo que podría implicar un mayor riesgo de adherirse a un tratamiento o seguir las indicaciones bajo un seguimiento médico estricto, además de que el apoyo de sus familiares tiene un papel muy importante en su orientación y compromiso para continuar el tratamiento¹¹.

Los recursos económicos, asociado al índice de pobreza, fue la principal causa de la falta de adherencia en un 60% de la población encuestada, por lo que un paciente no acude a consulta, no adquieren medicamentos o no pueden seguir una dieta específica y controlada debido a su alto costo o que no cumple con sus necesidades de satisfacción alimenticia, aun considerando que la mayoría de los sujetos tienen servicios médicos gratuitos. Este factor no ha mejorado desde el año 2009⁵, debido a las condiciones socioeconómicas de la población.

La falta de adherencia es mayor en las mujeres, es posible que esto se deba a la dependencia del dinero que reciben de su pareja, por la condición de ser una población de escasos

Tabla 2. Dimensión I. Factores socioeconómicos relacionados con al tratamiento farmacológico y no farmacológico en paciente con enfermedad renal crónica.

| <i>Dimensión I. Factores socioeconómicos</i> | Nunca | | A veces | | Siempre | |
|---|-------|------|---------|------|---------|------|
| | F | % | F | % | F | % |
| 1.- ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta? | 10 | 12.5 | 48 | 60.0 | 22 | 27.5 |
| 2.- ¿Tiene disponibilidad económica en caso de que la institución no le proporcionara el tratamiento? | 43 | 53.8 | 7 | 8.8 | 30 | 37.5 |
| 3. ¿Los cambios de dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados? | 12 | 15.0 | 52 | 65.0 | 16 | 20.0 |
| 4.- ¿Puede leer la información escrita sobre los manejos de su enfermedad? | 7 | 8.8 | 44 | 55.0 | 29 | 36.3 |
| 5. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o allegados para cumplir con su tratamiento? | 7 | 8.8 | 40 | 50.0 | 33 | 41.3 |
| 6.- ¿Las personas que lo entiende responden a sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento? | 2 | 2.5 | 45 | 56.3 | 33 | 41.3 |

Fuente: Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia, aplicado en un hospital del sector salud del Estado de Tlaxcala.

Tabla 3. Dimensión II. Factores relacionados con el proveedor de salud.

| <i>Dimensión II. Factores relacionados con el proveedor de salud</i> | Nunca | | A veces | | Siempre | |
|---|-------|------|---------|------|---------|------|
| | F | % | F | % | F | % |
| 7.- ¿Se da cuenta su médico que lo controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace? | 7 | 8.8 | 43 | 53.8 | 30 | 37.5 |
| 8.- ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico? | 7 | 8.8 | 46 | 57.5 | 28 | 35.0 |
| 9.- ¿Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias? | 6 | 7.5 | 44 | 55.0 | 30 | 37.5 |
| 10.- ¿En el caso de que usted fallara a su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos? | 10 | 12.5 | 45 | 56.3 | 25 | 31.3 |
| 11.- ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entiende? | 2 | 2.5 | 45 | 56.3 | 33 | 41.3 |
| 12.- ¿El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando? | 8 | 10.0 | 34 | 42.5 | 38 | 47.5 |
| 13.- ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos? | 9 | 11.3 | 43 | 53.8 | 28 | 35.0 |
| 14.- ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas? | 37 | 46.3 | 38 | 47.5 | 5 | 6.3 |

Fuente: Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia, aplicado en un hospital del sector salud del Estado de Tlaxcala.

Tabla 4. Dimensión III. Factores Relacionados con la terapia.

| <i>Dimensión III. Factores relacionados con la terapia</i> | Nunca | | A veces | | Siempre | |
|--|-------|------|---------|------|---------|------|
| | F | % | F | % | F | % |
| 15.- ¿Cuándo mejoran sus síntomas usted suspende el tratamiento? | 38 | 47.5 | 39 | 48.8 | 3 | 3.8 |
| 16.- ¿Ha presentado dificultades para cumplir el tratamiento? | 29 | 36.3 | 35 | 43.8 | 16 | 20.0 |
| 17.- ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar? | 49 | 61.3 | 29 | 36.3 | 2 | 2.5 |
| 18.- ¿Está convencido de que el tratamiento es beneficioso y por eso lo sigue tomando? | 7 | 8.8 | 46 | 57.5 | 27 | 33.8 |
| 19.- ¿Se interesa por conocer su condición de salud y la forma de cuidarse? | 3 | 3.8 | 43 | 53.8 | 34 | 42.5 |
| 20.- ¿Cree que es importante seguir el tratamiento para mejorar su salud? | 4 | 5.0 | 31 | 38.8 | 45 | 56.3 |

Fuente: Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia, aplicado en un hospital del sector salud del Estado de Tlaxcala.

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

| Dimensión IV. Factores relacionados con paciente | Nunca | | A veces | | Siempre | |
|---|-------|------|---------|------|---------|------|
| | F | % | F | % | F | % |
| 21.- ¿Cree que usted es responsable de seguir el cuidado de su salud? | 2 | 2.5 | 37 | 46.3 | 41 | 51.3 |
| 22.- ¿Tiene facilidad para identificar signos de alarma? | 18 | 22.5 | 40 | 50.0 | 22 | 27.5 |
| 23.- ¿Con que frecuencia te sientes fatigado? | 21 | 26.3 | 44 | 55.0 | 15 | 18.8 |
| 24.- ¿Sabes cuál es tu peso seco? | 19 | 23.8 | 49 | 61.3 | 12 | 15.0 |

Fuente: Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia, aplicado en un hospital del sector salud del Estado de Tlaxcala.

Tabla 6. Puntaje promedio en las dimensiones sobre adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico del paciente con enfermedad renal crónica.

| Dimensión (factores) | Puntaje* | Nivel de riesgo |
|-------------------------------------|----------|-----------------|
| I. Socioeconómicos | 12.93 | Moderado |
| II. Proveedor de salud | 17.66 | Moderado |
| III. Terapia que recibe el paciente | 11.71 | Moderado |
| IV. Paciente | 8.38 | Moderado |
| Puntuación Global | 50.7 | Moderado |

Fuente: Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia, aplicado en un hospital del sector salud del Estado de Tlaxcala.

recursos económicos o por el machismo que aún predomina en este tipo de poblaciones. Otra condición propia de las mujeres mexicanas es la costumbre de utilizar remedios caseros o herbolaria para tratar sus malestares o de su familiar, generando un ahorro en medicamentos y por lo tanto confiando en que tendrán una mejoría y dejando a un lado los tratamientos prescritos por sus médicos y sus cuidados personales. Estos resultados son similares al estudio reportado por Almeida³⁷, pero en pacientes diabéticos, quien reportó que en la dimensión conductual los hombres tienen mayor porcentaje de adherencia al tratamiento.

Otra causa importante es la falta de comunicación médico paciente, es el poco tiempo que tienen para intercambiar información, que podría ser relevante para que el paciente siga las instrucciones que se le explican o motivarlo a continuar con el tratamiento y de esta manera evitar en lo posible la ansiedad y depresión que esta pueda generar. La falta de motivación es otro factor para no adherirse a un tratamiento específico^{22,38}. El alto costo de los tratamientos y la falta de comunicación son factores que no han variado mucho de acuerdo a lo reportado por López *et al.*, desde el año 2009⁹.

Considerando los factores relacionados directamente con el paciente en la dimensión IV, es alarmante que solo el 8.8% se adhieren completamente al tratamiento, y el resto de los sujetos tienen mediano o un alto riesgo de no adherirse, ya que desconocen su propia condición de salud y sus autocuidados, lo que indica una dependencia hacia terceras personas.

Dada la complejidad a la adherencia al tratamiento en pacientes con ERC, la atención de enfermería, como mediadora en el tratamiento del paciente, es necesaria para proporcionar de manera profesional una atención de calidad. De esta manera se considera que los cuidados que se deben proporcionar, basados en la teoría de Callista Roy, permiten la adaptación y aceptación resiliente del sujeto a su propia condición, basado en su entorno psicosocial y a los estímulos que le afectan positiva o negativamente. Este modelo en la práctica de enfermería contribuye a identificar las cuatro formas de adaptación: fisiológica, física y el auto concepto; el modo de adaptación en función del rol y la interdependencia, evalúan las conductas y clasifican los estímulos en focales, contextuales o residuales, y las situaciones a las que se enfrenta son individuales y por consiguiente diferentes para cada persona³¹.

Conclusiones

El apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico es un proceso de empoderamiento a nivel actitudinal y comportamental, en el que participan factores de dependencia e interdependencia asociados al paciente y al profesional de enfermería. La teoría de Callista Roy contribuye eficazmente a la adherencia al tratamiento del paciente. Partiendo de la información adecuada hacia el paciente, la atención será eficaz y de calidad, disminuyendo costos y complicaciones en la ERC, prolongando una buena calidad de vida. Se deben de buscar estrategias educativas, conductuales, técnicas y el apoyo social y familiar, considerando que el núcleo familiar juega un papel muy importante en la toma de decisiones del

mismo paciente, debido a sus propias costumbres, condiciones socioeconómicas y un apego a muchos hábitos que no son de beneficio para su estado de salud.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Consideraciones éticas

El proyecto núm. SS-DECI-OI-08/16 fue aprobado por parte del Comité Estatal de Investigación y Ética de la SESA del Gobierno de Tlaxcala, de acuerdo con lo establecido en el reglamento la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, capítulo I, artículo 13, 16 y 17I, y el consentimiento informado fue entregado y firmado por los pacientes.

Contribución de los autores

Conceptualización y diseño, I.A.H.V., J.A.B.T.; Metodología, I.A.H.V., J.A.B.T., I.L.D.; Adquisición de datos y Software, J.A.B.T., I.L.D.; Análisis e interpretación de datos, I.A.H.V., J.A.B.T., I.L.D.; Investigador Principal, I.A.H.V.; Investigación, C.A.J.F., M.O.O.; Redacción del manuscrito—Preparación del borrador original, I.A.H.V., J.A.B.T.; M.O.O.; Redacción revisión y edición del manuscrito, I.A.H.V., J.A.B.T., I.L.D.; Visualización, C.A.J.F., M.O.O.; Supervisión, J.A.B.T., I.A.H.V., I.L.D.; Adquisición de fondos, C.A.J.F., I.L.D., I.A.H.V.

Referencia

- Méndez-Durán A, Méndez-Bueno JF, Tapia-Yáñez T, Muñoz Montes A, Aguilar-Sánchez L. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Dial Traspl*. 2010; 31(1): 7-11. Disponible en: [10.1016/S1886-2845\(10\)70004-7](https://doi.org/10.1016/S1886-2845(10)70004-7)
- Ávila-Saldivar MN, Conchillos-Olivares G, Rojas-Báez IC, Ordoñez-Cruz AE, Ramírez-Flores HJ. Enfermedad renal crónica: causas y prevalencia en la población del Hospital General La Perla. *Med Int Mex*. 2013; 29: 473-478. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim135e.pdf>
- Rojas-Villegas Y, Ruíz-Martínez AO, González-Sotomayor R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*. 2017; 26(1): 1-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>

- Lorenzo-Sellares V, Pedrosa MI, Santana-Expósito B, García-González Z, Barroso-Montesinos M. Análisis de costosos y perfil sociocultural del enfermo renal. Impacto de la modalidad de tratamiento. *Nefrología*. 2014; 4(34): 458-468. ID MEDES: 91724 Disponible en: [10.3265/Nefrologia.pre2014.Apr.12501](https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Apr.12501)

- López-Cervantes M, Rojas-Russell ME, Tirado-Gómez LL, Durán-Arenas L, Pacheco-Domínguez RL, Venado-Estrada AA, et al. Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. México, D.F.: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. ISBN 978-607-02-1298-7. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/ERC_AMTSM.pdf

- Martínez RHR, Cueto MAM, Rojas CE, Cortés SL. Estrategias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana en primer nivel de atención. *Residente*. 2011; 6(1): 44-50. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2011/rr111h.pdf>

- Torres-Toledano M, Granados-García V, López-Ocaña LR. Carga de la enfermedad renal crónica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017; 55 (Supl 2: S118-23). PMID: 29697221 Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/2490/2864

- INEGI. Nota Técnica. Estadística de defunciones registradas 2020. [Internet]. 2020 [Citado el 19 de abril 2020]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/mortalidad/doc/defunciones_registradas_2020_nota_tecnica.pdf

- Tamayo y Orozco J, Lastiri Quirós H. La enfermedad renal crónica en México: hacia una política nacional para enfrentarla. México DF: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Editores Intersistemas S.A. de C.V. 2016. ISBN 978-607-443-632-7. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENAL.pdf

- Hernández-Ávila M, Gutiérrez PJ, Reynoso-Noverón N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*. 2013; 55(supl.2): S129-S136. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800009&Ing=es&tlng=es

- Franco-Marina F, Tirado-Gómez LL, Venado Estrada A, Moreno-López JA, Pacheco-Domínguez RL, Durán-Arenas L, López-Cervantes M. Una estimación indirecta de las desigualdades actuales y futuras en la frecuencia de la enfermedad renal crónica terminal en México. *Salud Pública de México*. 2011; 53(supl.4): S506-S515. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5075>



12. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano, construyendo alianzas para una mejor salud. Primera edición, 2007. D.R. Secretaría de Salud. ISBN-978-970-721-414-9. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>
13. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action / [edited by Eduardo Sabaté. ISBN 92 75 325499]. World Health Organization. 2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
14. Valdés AO, Vilchis MFJ, Miranda BM, García CL, Castro FA. Adhesión al tratamiento de la insuficiencia renal crónica en una comunidad del Estado de México. Universidad Autónoma de México. Revista Margen. 2017; 84. Disponible en: <https://margen.org/suscri/margen84/valdes-84.pdf>
15. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristan JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009;41(6): 342-348. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656709001504>
16. Rivas Castro A, Vásquez Munive M, Romero Cárdenas A, Escobar Vásquez L, Sinning Correa A, Calero Correa Y. Adherencia farmacológica de la persona con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud. 2013; 10(1): 7-14. ISSN 1794-5992, ISSN-e 2389-783X. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4729788>
17. Zaragoza García F, Puig-Junoy J, Hernández Anguera JM, Jurado Balbuena DJ, Manzano Espinosa L, Murillo Fernández MD, Navarro MD, Gálvez Sierra M, Otero López MJ, ContheGutiérrez P, Gil Guillén V. Plan de adherencia al tratamiento (uso responsable del medicamento). Documento de consenso [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.farmaindustria.es/adherencia/wp-content/uploads/sites/6/2016/11/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf?v=2017>
18. Salinas Cruz E, Nava Galán MG. Adherencia terapéutica. Rev. enferm. Neurol. 2012; 102-104. Disponible en: <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v11i2.139>
19. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martínez MN, González Jurado M, Ollero Baturone M, Pintoh JL. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. Rev Clin Esp. 2014; 214(6): 336-344. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256514001271>
20. Villegas-Alzate JD, Vera-Henao S, Jaramillo-Monsalve MC, Jaramillo-Jaramillo LI, Martínez-Sánchez LM, Martínez-Domínguez GI, Villegas Gutiérrez I. El abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal: una alarma en salud pública. Comunidad Salud. 2016; 14(2): 42-49. Disponible en: https://www.academia.edu/75270965/El_Abandono_De_La_Adherencia_en_La_Terapia_De_Reemplazo_Renal_Una_Alarma_en_Salud_P%C3%BAblica
21. Durán-Varela R, Rivera-Chavira B, Franco-Gallego E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico diabetes mellitus tipo 2. Salud pública Mex. 2001; 43: 233-236. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2001.v43n3/233-236/es/>
22. Achury Beltrán LF. Efecto de la entrevista motivacional sobre la adherencia de pacientes cardiovasculares. Enferm, glob. 2019; 18(56):459-471. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.341611>
23. Chávez Pérez JP, Sánchez Velázquez LD. Historia natural de la insuficiencia renal aguda (IRA) en las unidades de terapia intensiva (UTI) mexicanas. Estudio multicéntrico. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 2012; 24(1): 18-24. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2010/ti101d.pdf>
24. Ramírez-Ochoa M, García-Campos ML, Alarcón-Rosales MÁ. Nivel de adaptación: rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria. RevEnferm IMSS. 2008; 16(3): 145-153. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=18956>
25. Nieto-Betancurt L, Pelayo-Pedraza R. Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a esta, como objeto de la psicología de la salud. Revista Académica e institucional de la UCPR. 2009; 85: 61-85. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4897930>
26. Venado Estrada A, Moreno López JA, Marian Rodríguez Alvarado M, López Cervantes M. Insuficiencia Renal Crónica. Universidad Nacional Autónoma de México. Unidad de proyectos especiales. 2009; pp 1-31. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf
27. Libertad Martín A, Bayarre Veá H, Corugedo Rodríguez MC, Vento Iznaga F, La Rosa Matos Y, Orbay Araña MC. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41(1): 33-45. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2015.v41n1/o4>

28. Bonilla Ibáñez CP. Adherencia y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Una revisión de la literatura. Editorial. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. 1. ed. 2014. (Bogota, Colombia). ISBN 978-958-775-170-3. Disponible en: <https://isbn.cloud/9789587751703/adherencia-y-factores-que-influyen-en-la-adherencia-a-tratamientos-farmacologicos-y-no-farmacolo/>
29. Garcia-Jorge AM, Vicente-Castro F. Adhesión de los pacientes con insuficiencia renal crónica a la dieta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología.* 2011; 1(2): 9-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5988638>
30. Tomey AM Raile AM Modelos y teorías de enfermería. 6ta Ed. Editorial Elsevier. España. 2011. S.T: ISBN 978-84-8086-716-0. Disponible en: https://books.google.com.mx/books/about/Modelos_y_teor%C3%ADas_en_enfermer%C3%ADa.html?id=FLEszO8XGTUC&redir_esc=y
31. Capistrano-Teixeira-Rocha Cintia, Pereira-da Silva Ana Beatriz, Silva-Farias Victor Alexandre, França de-Menezes Harlon, D'Eça-Junior Aurean, Rosendo da-Silva Richardson Augusto. Trasplante renal y cuidados de enfermería a la luz de la Teoría de Roy. *Index Enferm [Internet].* 2022 Sep [citado 2023 Abr 20]; 31(3): 194-198. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000300012&lng=es. Epub 06-Feb-2023.
32. Bonilla Ibáñez CP. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *av.enferm.* 2007; XXV(1): 46-55. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35900>
33. Achury-Beltrán Luisa Fernanda. Validez y confiabilidad del cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular. *Aquichan [Internet].* 2017 Oct [cited 2023 Apr 19]; 17(4): 460-471. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.4.9>
34. Díaz Cárdenas S, González Ávila Y, Nuñez Sánchez L. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena. (Tesis) Universidad de Cartagena, Facultad de Odontología. Cartagena de Indias [Internet]. 2014. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/3130/Proyecto%20adherencia%20a%20tratamiento%20farmacol%C3%B3gico%20y%20no%20farmacol%C3%B3gico%20en%20pacientes%20con%20enfermedades.pdf?sequence=1>
35. Ortiz Suárez C (2010). Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. v. *Enferm. [Internet].* 2010 Jul-Dic. XXVIII(2), p73-87. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21382/22352>
36. Álvarez-Mabán E, Barra-Almagiá E. Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y enfermería.* 2010; 16(3): 63-72. Disponible en: <http://doi.org/b9wn>
37. Almeida JP. Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo I. (Tesis de maestría inédita). Universidade do Minho, Braga, Portugal [Internet]. 2003. Disponible en: <https://hdl.handle.net/1822/10577>
38. Rizo González Y. Estudio de la adherencia terapéutica en pacientes dializados. Hospital Faustino Pérez. Matanzas 2011-2012. Trabajo presentado en la Convención Internacional de Salud Pública, La Habana, Cuba [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/278>

