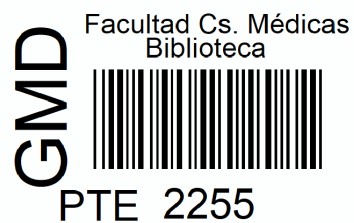


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERIA.



Percepción del Apoyo Social y Adherencia al tratamiento, según la Edad, Sexo y tiempo  
de inicio del tratamiento de Diálisis

Por: Castillo, Yamila.

Directora: Med. Minisini, Antonela.

Docente Asesor: Lic. Córdoba, Natali

Rosario, diciembre 2019.

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

*Según las circunstancias de su ambiente la persona se adapta de forma diferente,  
es el proceso de ser y llegar ser un todo integrado.*

***“SALUD, SIGNIFICA ADAPTACION”.***

***CALLISTA, ROY***

## **RESUMEN.**

La Adherencia en los tratamientos crónicos, es un problema a nivel mundial y real que afecta la efectividad de estos y que impacta en forma negativa a la salud, como así también la importancia de la Percepción del Apoyo social, el familiar del paciente crónico debe participar de forma activa para favorecer el cumplimiento del tratamiento, no solo farmacológicamente si no también en los cambios de sus hábitos de vida, para llevar con éxito la Adherencia al tratamiento. Con el objetivo de Determinar qué relación existe entre la Precepción del Apoyo Social y Adherencia al tratamiento, según la Edad, Sexo y Tiempo de inicio del tratamiento de Diálisis, de los pacientes que asisten al servicio de Nefrología, en una institución privada de la ciudad de Rosario, durante el período de julio-diciembre del 2020.

**MÈTODO:** Estudio basado en un abordaje cuantitativo, transversal descriptivo y prospectivo. La recolección de datos se obtuvo a través de dos instrumentos, cuestionario que cuenta con una escala MSPSS, compuesto por 12 ítems, los cuales recogen información de la variable de Apoyo Social percibido por los individuos. Para medir la variable “Adherencia al Tratamiento”, se utilizó el método de Morisky. Este instrumento consta de 8 ítems y se readapta según el puntaje obtenido al aplicar la escala MMAS-8 el instrumento ha sido readaptado por la autora del proyecto, y está compuesto por 15 ítems, ya que se reagrupan los indicadores.

**Palabras clave:** Percepción del Apoyo Social, Adherencia al tratamiento, Edad, Sexo y Tiempo de inicio de Diálisis. Pacientes Adultos con Insuficiencia Renal Crónica.

## INDICE GENERAL

	Pág.
<b>Resumen y Palabras Clave</b> _____	<b>3</b>
<b>Índice General</b> _____	<b>4</b>
 <b>Introducción</b>	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte _____	5
Planteamiento del problema en estudio _____	9
Hipótesis y objetivos _____	9
Propósito _____	10
 <b>Marco Teórico</b> _____	 <b>11</b>
 <b>Material y Métodos</b>	
Tipo de estudio o Diseño _____	25
Sitio o contexto de la investigación _____	25
Población y Muestra _____	26
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos _____	27
Personal a cargo de la recolección de datos _____	32
Plan de análisis _____	33
Plan de trabajo y Cronograma _____	35
 <b>Anexos</b>	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios _____	37
II. Instrumento de recolección de datos _____	38
III. Resultados del estudio exploratorio _____	45
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento _____	46
<b>Bibliografía</b> _____	<b>47</b>

## **INTRODUCCIÓN**

La insuficiencia renal crónica(IRC), se considera un problema de salud pública a nivel mundial, ya que el número de pacientes se viene incrementando, tanto en países desarrollados como en vías en desarrollo, cada un año un millón de personas fallece como consecuencia directa o indirecta de la insuficiencia renal crónica, más de 1.700.000 personas en todo el mundo se encuentran con tratamiento sustitutivo y menos del 5% (alrededor de 65,000 personas) se benefician con el trasplante (Gallardo, 2016). Aproximadamente el 10 por ciento de la población mundial presentan algún grado de enfermedad renal, desafortunadamente pasa desapercibida debido a que sus síntomas se presentan en forma muy tardía, Sus principales factores de riesgo para desarrollarla como la hipertensión arterial, la diabetes, nefropatías, historia familiar de la enfermedad renal y la edad mayor a 60 años, son muy prevalentes a nivel global. (Guillermo, García 2014, pág. 1).

Debido a su elevada incidencia, prevalencia y morbimortalidad, la insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública mundial incidencia de la IRC se duplicó en los últimos diez años, y se estima que en 2030 alcanzara en Latinoamérica a un millón de personas en tratamiento de sustitución renal. (Torales., Vallejos, & Valentí, 2018, pág. 33)

### **La insuficiencia renal crónica en el contexto sanitario argentino.**

En Argentina, el 10% de la población padece de Insuficiencia Renal Crónica y la mayoría desconoce esta condición. Además, el 2% de la población está en riesgo de padecer algún evento cardiovascular o evolucionar hacia Diálisis y la necesidad de trasplante, en total más de 20.000 personas fallecen por causas relacionadas con la IRC cada año en el país y 7500 pacientes ingresan cada año a Diálisis, en tanto 1800 entran en la lista de espera para trasplante renal. (Salud & Organizacion, 2017).

Ante la ausencia de investigaciones epidemiológicas en escala, se desconoce la prevalencia de la Insuficiencia Renal Crónica en Argentina, aunque en relevamientos indirectos la encuadran desde un 4,8 por ciento a un 17 por ciento, sin embargo en Argentina cuenta desde hace más de 15 años con un registro obligatorio de pacientes en tratamiento sustitutivo renal, con datos centralizados en el sistema nacional de información de procuración y trasplante de la república Argentina(SINTRA),bajo la custodia del instituto nacional central único coordinación de ablación e

implantes(INCUCAI):Existe unos 664 pacientes por millón de habitantes en diálisis, con una incidencia proyectada a 2017 de 138 ppmh,con diferencias entre provincias y regiones sanitarias. De las 29,264 personas que acceden en el país a estos tratamientos el preponderante es la “hemodiálisis” (93,7 %), con una tendencia creciente tanto en prevalencia (8,5%) e incidencia (5,2%) proyectada a diez años. (INCUCAI, 2013).

Los pacientes con el transcurrir del tiempo suele desarrollar enfermedades cardiovasculares, trastornos óseo mineral, anemia e incluso podrían llevar a la muerte.

La OMS, define a la Insuficiencia renal crónica como la alteración de las pruebas funcionales del laboratorio o de estudios de imagines, por un tiempo mayor o igual a 3 meses. La Insuficiencia Renal se clasifica en 5 grados, siendo necesaria la terapia de sustitución renal en el grado 5. (OMS, 2004)

Así mismo la Insuficiencia Renal Crónica, no solo afecta el estado de salud del paciente, sino que también repercute en el estado emocional, económico, social y familiar, ya que, al ingresar al programa de terapia de reemplazo renal, se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento que implica modificar su vida social, de alimentación y sobre todo restringir liquidados, todo eso afecta de forma negativa al paciente. Una de las más grandes dificultades de los pacientes con IRC, es la falta de Adherencia al tratamiento de sustitución renal, en algunos casos presentan una baja asistencia en las sesiones de hemodiálisis y pueden ser motivados por varios aspectos como: Apoyo Social (familiares, no familiares), edad, sexo y tiempo de inicio en el tratamiento. Esto se debe porque imponen numerosas restricciones y cambios en el estilo de vida del paciente, que hace más difícil la Adherencia al tratamiento de hemodiálisis.

Así mismo la Organización Mundial de la Salud, define a la Adherencia terapéutica al grado en que la conducta de la persona contribuya con las instrucciones acordadas con el personal sanitario prescriptor, respecto: a la toma de medicación, seguimiento de la dieta recomendada y ejecución de cambios en el estilo de vida. (OMS, 2004).

La falta de adherencia en los tratamientos crónicos es un problema universal y real, que puede afectar la efectividad de estos y se traduce como un impacto negativo en la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, en los países desarrollados, la falta de adherencia a los tratamientos afecta al 50 por ciento de los pacientes con patologías crónicas. Dicho porcentaje es superior en los países en vía de desarrollo debido a su elevada prevalencia y las implicaciones derivadas en una posible pérdida de efectividad de los tratamientos. Este hecho constituye un importante impacto en la salud pública.

(Bueno, 2015, pág. 2).

Diariamente se incrementa la cantidad de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Se estima que 507121 personas tendrían enfermedad renal crónica con estadio de pre-diálisis y 19197 en estadio de grado 5(etapa terminal), cuando el paciente requiere tratamiento de sustitución renal. (D, Andrés Castro, Juan Ignacio Barrero., 2009).

Actualmente existe 3 alternativas para la terapia de sustitución renal: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. El objetivo del tratamiento de hemodiálisis no es solo prolongar la vida, sino que también restaurar la calidad de esta, para lograrlo es fundamental que los pacientes se Adhieran de la mejor forma posible a su tratamiento, a fin de disminuir complicaciones que puedan surgir con la enfermedad.

Cuando la enfermedad requiere de una terapia de reemplazo renal, unos de las más grandes dificultades de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica son, la baja Adherencia al tratamiento. Cuando la enfermedad requiere de una terapia prolongada, la adaptación terapéutica depende de varios aspectos como: Apoyo Social (familiares y no familiares), Edad, sexo y Tiempo de inicio de Tratamiento de Diálisis.

Estos y otros factores pueden influir en la Adherencia al tratamiento y, por ende, pueden incrementar y exacerbar los factores de riesgo para la salud. Varios estudios de investigación se realizaron con respecto a la adherencia al tratamiento con pacientes crónicos en tratamiento como: Es en el caso de una investigación realizada en la ciudad de Durango México, García A, y Col, en su Investigación “Prevalencia de los mecanismos de adaptación del Paciente Renal en tratamiento de hemodiálisis” cuyo estudio descriptivo de tipo cuantitativa. Como resultado una prevalencia en los mecanismos afectivos, con un 71,4 % en la Adaptación comprometida; un 61,9 % en los mecanismos Sociales de la Adaptación compensatoria; no se observó porcentajes favorables en los mecanismos psicológicos. Dando como resultado que la mayoría de las personas en el tratamiento de Hemodiálisis, utilizan diferentes mecanismos de Adaptación a su proceso lo cual depende completamente del ambiente en el que se desarrollan y el acompañamiento familiar que reciben. (Avendaño, Jahel, & Ochoa, 2016).

Otro estudio de investigación que se realizó en España (Barcelona) titulado “Adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis”. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos y cumplimiento en una escala entre 0 y 100, la variable de Adherencia terapéutica, se valoró mediante la escala HAD. Concluyendo que el conocimiento respecto al tratamiento dietético y la Adherencia

es muy escaso, así también a la Adherencia en relación a las restricciones hídricas. La falta de información más relevante que presentan los pacientes sometidos a terapia de sustitución renal, se evidencia en el desconocimiento de mantener un control de los niveles de fosforo y de calcio, no solo en la presencia de estos minerales, sino como mantener un estilo de vida sano en el paciente renal. El descontrol desmesurado de la ingesta de líquidos, es un factor que se evidencia a diario durante las sesiones de hemodiálisis. Así también concluye que el grado de ansiedad y/o depresión en este estudio es bajo y predominante en las mujeres. (Otero & Varea, 2005).

En relación a la exploración, el presente proyecto de investigación plantea el siguiente problema.

**Problema:** ¿Qué relación existe entre la Percepción del Apoyo Social y Adherencia al tratamiento, según la Edad, Sexo y Tiempo de inicio del tratamiento de Diálisis, de los pacientes que asisten al servicio de Nefrología, en una institución privada de la ciudad de Rosario, durante el periodo de julio-diciembre del 2020?

### **Hipotesis**

- ✓ El apoyo familiar y no familiar durante el tratamiento de Diálisis, favorece a la Adherencia al tratamiento.
- ✓ A mayor edad, mayor Adherencia al tratamiento de Diálisis.
- ✓ A mayor tiempo de inicio de tratamiento de Diálisis, mayor será la Adherencia.
- ✓ A menor tiempo de inicio de tratamiento de Diálisis, menor será la adherencia.

**Objetivo General:** Determinar qué relación existe entre la Percepción del Apoyo Social y Adherencia al tratamiento, según la Edad, Sexo y Tiempo de inicio del tratamiento de Diálisis, de los pacientes que asisten al servicio de Nefrología, en una institución privada de la ciudad de Rosario, durante el periodo de julio- diciembre del 2020.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar Adherencia al tratamiento según controles médicos
- Identificar el compromiso sobre la dieta, con respecto a la Adherencia al tratamiento de diálisis.
- Conocer los controles médicos.
- Identificar si existe colaboración de la familia del paciente, con respecto al tratamiento de diálisis.
- Identificar la edad y el sexo de pacientes en tratamiento de diálisis.
- Identificar el tiempo de inicio del tratamiento de los pacientes que asisten a diálisis

**Propósito:** Se pretende dar a conocer al personal de salud los aspectos relacionados a la adherencia al tratamiento en pacientes adultos sometido a Diálisis, identificando que factores podría estar alterando la Adherencia terapéutica. Con el fin de desarrollar e implementar programas educativos para la salud, proporcionando herramientas que permiten tomar decisiones independientes, para mejorar la calidad de vida, trabajando en conjunto con el entorno familiar y no familiar sobre como fortalecer la Adherencia a su tratamiento.

## MARCO TEÒRICO

La OMS define a la insuficiencia renal crónica a la alteración de las pruebas funcionales del laboratorio o de estudios de imágenes por un tiempo mayor o igual a tres meses. La insuficiencia renal crónica se clasifica en cinco grados siendo necesaria la terapia de sustitución renal en el grado cinco. (OMS, 2014). Actualmente la insuficiencia renal crónica ha sido descrita como la enfermedad crónica más olvidada. Las causas y consecuencias y los costos de las patologías renales tienen implicaciones para la política de salud pública en todos los países. Los riesgos de la misma están influenciados por el sexo, edad y estilos de vida. El aumento de distintos factores puede frustrar los intentos de reducir la morbilidad y la mortalidad por la insuficiencia renal. (Luyckx, Tonelli, & Stanifer, 2018). Partiendo de la base de la definición conceptual de la Insuficiencia Renal Crónica es importante conocer sobre quienes la padecen de la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad: El estilo de vida poco saludable, el sedentarismo, la dieta inadecuada, Tabaquismo, todos estos factores de riesgo se asocian su vez con patologías de base como son: Diabetes Mellitus de tipo 1 y 2, Hipertensión Arterial de origen Renal, Enfermedades Renales Hereditarias, Enfermedades Paraneoplásicas Renales, Uropatías Obstructivas Crónicas, etc. Han convertido a las Enfermedades Crónicas en el patrón Epidemiológico dominante en estos últimos tiempos, además del impacto personal sobre pacientes y personas cuidadoras a cargo, tienen un impacto económico sobre las familias, comunidades y sociedad, con lo cual desencadena una marcada creciente de servicios al Sistema de Salud Nacional, que se traduce en una mayor utilización de recursos sanitarios. Todo esto coloca al Sistema Nacional de Salud a un enorme reto, que ya no se puede afrontar desde una mirada tradicional de Atención individual de las Enfermedades Agudas. El abordar la cronicidad exige otro enfoque mucho más amplio. Es el nuevo enfoque que se centrará a la persona y se dará mayor importancia al “cuidar”, que al curar. Por otro lado, el mismo concepto de Enfermo Crónico se ha modificado en las últimas décadas, ya no es la persona con una sola enfermedad, sino el paciente con varias patologías crónicas, incapacidad, merma en su autonomía y fragilidad clínica. Ahora hay una relación directa entre cronicidad y dependencia. Definición de Paciente Crónico: Es la persona que padece una o varias enfermedades crónicas. La Organización mundial de la Salud (OMS) las define como

“afecciones de larga duración” (más de 6 meses), con una progresión generalmente lenta. Y destaca cuatro tipos principales: 1-Enfermedades Cardiovasculares (Infarto de Miocardio, los accidentes cerebrovasculares), 2-Cáncer. 3-Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y ASMA). 4-Diabetes. (Valcarcel, 2016). Por otra parte el prevenir estos tipos de enfermedades es una de las claves para el Sistema de Salud Nacional, ya que las mayorías de estas patologías están directamente relacionadas con estilos de vida inadecuados, sobre los que se puede actuar y abordar desde la promoción de la salud y actividades preventivas. De ahí la importancia de la colaboración de los sistemas sanitario, educativo y social. Con respecto a la intervención en salud desde las redes sociales, desde el punto de vista de la salud, cuando los profesionales hacen referencias a la red social, el mismo se centra en los vínculos sociales con los que cuenta un individuo. Desde el enfoque funcional de las redes sociales, el Apoyo Social se ha considerado como una función relacionada con el funcionamiento psicológico de los individuos, que es manejada en el interior del marco estructural de la red. En el contexto actual de la salud pública concepto como la “prevención, promoción y rehabilitación” de la salud, sitúan un lugar privilegiado a las personas, familias y la propia comunidad como recursos naturales/informales disponibles que garantizan la continuidad de los servicios profesionales de salud. Por otra parte, en los últimos años se han implementado grupos organizados de personas como son los grupos de autoayuda cuyo papel principal es, el de facilitar estrategias adaptativas frente a la enfermedad y desde el punto de vista de la intervención comunitaria en salud, es necesario conocer la estructura social y los diferentes niveles de intervención comunitaria con el objetivo de potenciar, o complementar recursos que proporcionen Apoyo Social tanto a nivel individual, familiar como colectivo. (Peña, 2005, pág. 13)

Un nuevo modelo de paciente: Hasta hace poco, el papel del paciente era pasivo, pero está dejando a un paso cada vez más hacia un nuevo modelo que se basa en el “paciente activo”. Este paciente está informado y formado en su enfermedad, por ende, posee más autonomía, se responsabiliza de su salud y el uso que hace de los recursos sanitarios y sociales es más responsable. Además, ser un paciente activo significa que cumple mejor con su tratamiento, lleva un estilo de vida saludable y tiene una mayor calidad de vida al sentirse seguro de su enfermedad y se descompensa con menor frecuencia. Como se mencionó anteriormente la “información” es fundamental para el paciente crónico, la información es básica para el paciente activo y más cuando es crónico, que requiere de

una comunicación fluida con los profesionales sanitarios y sociosanitario para que pueda desarrollar su autocuidado a lo largo del tiempo. En este nuevo papel de paciente activo, los profesionales de salud que lo atiende son lo más adecuado para evaluar sus necesidades de formación y de su capacidad para asumirla. Por otra parte, otra clave para empoderar al paciente crónico con respecto a su enfermedad, es el apoyo familiar o entorno en la cual pertenece el mismo. La familia se ha convertido en un soporte fundamental en los cuidados del paciente crónico, y su papel es clave para alcanzar los objetivos curativos o paliativos. (Helena, Maria, Garcia, Ribes, & Sergio Minué Lorenzo , 2013).

Desarrollado paciente crónico, cabe destacar las patologías que tienen relación directo con el riñón. Y los distintos tratamientos que hay en reemplazo de ello, por eso es importante conocer ante todo el funcionamiento normal del mismo. El riñón está entre los órganos más vitales del cuerpo humano. Si no funciona puede llevar a enfermar seriamente e incluso la muerte. Tiene una estructura y funciones complejas. Sus dos funciones más importantes son la eliminación de desechos que son tóxicos y el exceso de agua. La orina formada en los riñones pasa por el uréter, fluye hacia la vejiga antes de ser excretada. Las funciones específicas del riñón es la de producir orina y purificar la sangre, el riñón remueve materiales de desechos, sales extra y otros químicos que no requiere el cuerpo. (García, Guillermo, 2014, pág.2). Las funciones más importantes del riñón son:

- 1- Remoción de productos de desechos: La purificación de la sangre a través de la remoción de productos de desechos es, la función más importante. La comida que consumimos contiene proteínas, la proteína es necesaria para el crecimiento y reparación del cuerpo. Pero conforme se utilizan proteínas, por el cuerpo se genera productos de desechos. La acumulación de estos productos de desechos puede ser tóxico para el cuerpo. El riñón filtra la sangre y los productos de desechos son excretados en la orina.
- 2- Remoción de desechos de fluidos: La segunda función más importante del riñón es la regulación del balance de fluidos al excretar cantidades extra de agua en forma de orina y reteniendo las cantidades necesarias para el cuerpo. Cuando los riñones fallan pierden la habilidad para remover el exceso de agua, lleva a una hinchazón general del cuerpo.
- 3- Balance de minerales y químicos: El riñón juega otro rol importante al regular los minerales y químicos en el cuerpo, como son el sodio, potasio, hidrógeno, calcio, fósforo, magnesio y bicarbonato y mantiene la composición normal de fluido corporal. Los cambios en niveles de sodio pueden afectar a nivel sensorial, mientras que los cambios

en los niveles de potasio pueden llevar a efectos serios sobre el ritmo del corazón y también la función de los músculos. El mantenimiento del nivel normal del calcio y fósforo esencial para la salud de los huesos y dientes. 4- Control de la presión arterial: El riñón produce diferentes hormonas (renina, angiotensina, aldosterona, prostaglandinas, etc.) y regula el agua y las sales del cuerpo, lo que juega un papel vital en el control de la presión arterial. Alteraciones en la producción de hormonas y regulación de sales y agua en un paciente con insuficiencia renal, causa hipertensión arterial. 5- Producción glóbulos rojos: La eritropoyetina (proteína segregada principalmente por el riñón adulto, que estimula la producción de glóbulos rojos), juega un rol importante en la producción de glóbulos rojos. En la insuficiencia renal la producción de la misma es mucho menos, lo que produce una disminución de glóbulos rojos, resultando en hemoglobina baja (anemia). Debido a la baja producción de eritropoyetina en los pacientes con insuficiencia renal crónica el conteo de hemoglobina no mejora a pesar de suplementos con hierro y vitaminas. 6- Mantener los huesos sanos: El riñón convierte la vitamina D a su forma activa lo cual es esencial para la absorción del calcio en los alimentos, crecimientos de los huesos y dientes, y mantenerlos sanos. En la insuficiencia renal crónica, debido a la disminución de la vitamina D activa, el crecimiento de los huesos es reducido y también se vuelven débiles. (García, Guillermo, 2014, pág. 7). Cuando los riñones dejan de cumplir su función como filtro de la sangre, se desencadena una insuficiencia renal que puede ser aguda (puede ser revertida) o crónica esta produce disminución progresiva de la función renal y de la tasa glomerular. Actualmente existen tres alternativas para el tratamiento con diagnóstico de insuficiencia renal, están sustituyen al riñón, los cuales son: La hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal. Para entrar de lleno lo que implica y como funciona cada tipo de tratamiento se comenzara por los inicios de la Diálisis: “La Hemodiálisis”, el mecanismo de la diálisis fue descrita por Thomas Graham en 1861, profesor de química en el University College de Londres, el mismo demostró el paso de los solutos a través de una membrana semipermeable a través de gradientes de concentración. Graham propuso el nombre de Diálisis a este proceso fisicoquímico. El primero en aplicar este efecto a la extracción de solutos de la sangre fue Johns Hopkins y sus colegas Leonardo Rowntree y Benard Turner. Ellos montaron un aparato, que denominaron y pusieron el nombre de “vivifusion”; utilizaron tubos huecos de colodión como membrana de diálisis en el mismo fueron capaces de extraer de la sangre de animales de experimentación, sustancias tóxicas previamente administradas (Salicilato y

Fenolsulfoftaleína). John Abel fue el primero en acuñar el término de “riñón artificial” a este artefacto. No fue hasta en 1924, cuando, tras varios experimentos con animales, el Alemán George Haas realizó en la Universidad de Giessen (Alemania), la que sería la primera Hemodiálisis humana en un paciente urémico, aunque sin éxito.

El verdadero inventor del riñón artificial se considera que fue el médico holandés Willem Johan Kolff, en las poblaciones (1940) de Groningen y Kampen (Holanda), quien, utilizando un largo tubo de celofán enrollado en un cilindro de aluminio, “el tambor rotatorio”, que giraba en el interior de un recipiente lleno de líquido de Diálisis, donde realizó varios intentos premonitorios y logró salvar la vida de una paciente con Insuficiencia Renal Aguda. Esto estaba sucediendo en la Europa asolada por la segunda guerra mundial, lo que impidió el reconocimiento mutuo entre estos pioneros. Los investigadores Nils Alwall en Suecia y Gordon Murray en Toronto que, con diseños similares, llegaron a realizar sesiones de Hemodiálisis con éxito muy poco después. A partir de este momento y durante la época de los 40 y 50 se perfeccionaron estos sistemas que permiten separar la sangre de un líquido para la Diálisis, los dializadores; en 1960 Wayne Quinton y Beldin Scribner, de Seattle, introdujeron el “shunt arteriovenoso”, y en 1964, James Cimino, Michael Brescia y Keith Appel la “fístula arteriovenosa” que abrieron una nueva fase en la Hemodiálisis clínica, porque proporcionaba el acceso para la Hemodiálisis repetida a largo plazo, abriendo la puerta a la terapia de sustitución de la función renal. En las últimas décadas se produjeron importantes avances en la técnica de la misma: mejoras en la biocompatibilidad de las membranas de Diálisis y del diseño de los dializadores, el control volumétrico de la ultrafiltración, la sustitución del acetato por el bicarbonato como tapon, mejoría y sustitución de sistemas que permitieron el estudio de aclaramiento online, el control de conductividad adaptada a cada paciente, membranas de alto flujo y de alta permeabilidad, y modalidades convectivas como la Hemofiltración y la Hemodiafiltración. (Estefano, 2014, pág. 22) Por lo tanto, la Hemodiálisis, este tipo de tratamiento consta de tres partes, un compartimiento de sangre, un compartimiento con líquido para diálisis y una membrana de celofán que separa los dos compartimientos. La membrana de celofán es semipermeable y permite que todas las moléculas, excepto las células de la sangre y las proteínas plasmáticas, se muevan con libertad en ambas direcciones (desde la sangre hacia la solución para diálisis y desde esta hacia la sangre). La dirección del flujo depende de la concentración de las sustancias contenidas en las dos soluciones. En condiciones normales, los productos de desechos y

el exceso de electrolitos en la sangre se difunden hacia la solución de diálisis. El acceso al sistema vascular se efectúa a través de una fistula arteriovenoso interna. La mayoría de los pacientes se someten a hemodiálisis tres veces a la semana en sesiones que duran entre tres a cuatro horas. Y con respecto a la Diálisis Peritoneal, la membrana peritoneal fue usada mucho antes que el riñón artificial cuando Georg Wagner realizo los primeros experimentos con animales en Berlín en 1877. Sin embargo el primer informe de Diálisis Peritoneal como un procedimiento terapéutico en el hombre fue dado por Georg Ganter en 1923 en Wurtzburg(Alemania). Es en el año 1960 con un paciente con Insuficiencia Renal Crónica tratado con éxito mediante Diálisis Peritoneal intermitente realizada por Richard Rubén y Paul Doolan y descrita por Morton Maxwell su sencilla técnica del “frasco colgante” que facilitaba la realización de la Diálisis Peritoneal. Tuvieron que pasar quince años después para que Jack w. Moncrief, Robert Popovich y Karl D. Nolph reevaluaran los tiempos de permanencia del líquido dentro del abdomen y consideraron que los pacientes pueden atenderse a sí mismos en su domicilio, así surgió la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), que revoluciona la modalidad de Dialisis. En los años siguientes se fue mejorando la técnica, hasta que finalmente en 1981 se introdujo la Diálisis Peritoneal Automatizada(DPA), la misma permite intercambios nocturnos mientras el paciente duerme y durante el día mantiene un prolongado intercambio diurno. (Estefano, 2014, pág. 23) Es por eso que la diálisis peritoneal el proceso de la misma implica la introducción de una solución dializante estéril en la cavidad peritoneal durante un periodo indicado, para que los productos finales del metabolismo y el líquido extracelular se difundan hacia la solución de diálisis. Al final del tiempo prescrito se drena el líquido de diálisis fuera de la cavidad peritoneal, por gravedad, en el caso de la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y por medio de una maquina en la diálisis peritoneal automatizada (DPA). La glucosa en la solución de diálisis genera un gradiente osmótico en el proceso de ultrafiltración. Y por último el trasplante renal es la única modalidad de tratamiento que en realidad previene el desarrollo de uremia. Pero no todos los pacientes con enfermedad renal crónica son candidatos al trasplante renal El trasplante renal consiste en colocar el riñón de una persona sana o cadavérica en el cuerpo de un paciente, en el interior de la parte baja del abdomen, y por lo general se conecta la arteria y la vena del injerto a la arteria iliaca externa y la vena iliaca del paciente. Así, la sangre fluye a través del riñón trasplantado. Y este comienza a realizar sus funciones, como producir orina, secretar eritropoyetina (Raúl Reyna Raygoza, 2016, pág. 2).

En el presente estudio de investigación la variable dependiente la cual es Adherencia al Tratamiento tiene sus orígenes, Hipócrates, considerado el padre de la medicina, ya había observado que los pacientes a menudo mentían cuando decían haber tomado sus medicaciones, es desde ahí que muchos profesionales han dejado testimonios sobre estas y otras conductas relacionadas con la Adherencia. A partir de 1970 el estudio de la Adherencia adquiere mayor interés empírico numerosos estudios aparecen desde ese momento y ponen en manifiesto consecuencias negativas que acarrea la no Adherencia y a incumplimiento de prescripciones de salud. Las cuales se pueden agrupar en cuatros problemas que repercuten en la salud:1-Incremento de los riesgos, la morbilidad y la mortalidad.2- Aumento de la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y en el tratamiento.3-Crecimiento del costo sanitario.4-Desarrollo de sentimiento de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional y el paciente. (Lopez, 2006)

Para poder comprender la mirada de la disciplina de enfermería con respecto al objeto de trabajo en esta investigación la fundamentación teórica de la misma está centrada para la variable en estudio como es la “Adherencia al tratamiento”, se toma como marco referencial el modelo de Callista Roy, tomando en cuenta la atención y cuidado que merecen los pacientes que asisten al servicio de diálisis. La misma teórica implementa un modelo adaptativo humano, ambiente, estímulos y mecanismos de enfrentamiento, nivel de adaptación, salud y meta enfermería, Roy reconoce que este modelo surge de su experiencia personal y profesional, como enfermera pediátrica, al observar a los niños internados que con facilidad se adaptaban a los cambios ocasionados por la enfermedad, sean fisiológicos o psicológicos. A lo largo de estos años el modelo se ha ido desarrollando, gracias a la profundización que ha realizado la autora en el campo humanístico y el de las ciencias sociales, así como los resultados de investigaciones aplicadas y la influencia de otras teóricas de enfermería, como Martha Rogers y Margaret Newman, que llevaron a Roy a revisar y modificar la visión filosófica del modelo. Con base a lo anterior, Roy define las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería. La persona busca la autorrealización, una razón de ser de su existencia. También Roy describe a las personas como ser holístico, con partes que funcionan como una unidad y con algún propósito. Tiene en cuenta los sistemas humanos que incluye a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones y a la sociedad como un todo y por lo tanto refiere que las personas se adaptan a través de

procesos de aprendizaje que se van adquiriendo. Desde el punto de vista de enfermería se debe considerar a la persona como ser único, autónomo, libre y que el mismo forma parte de un contexto y que no puede ser excluido, los cuales cada situación o percepción que se enfrenta son, individuales y diferentes para cada uno. El ambiente en el cual se rodean los individuos es todo aquello que lo rodea y que está inmersa a ella y esta puede afectar el desarrollo y comportamiento de los individuos como sistemas adaptativos, desde esta perspectiva, la enfermera y el paciente forman parte del ambiente de cada uno y en el establecen una relación de reciprocidad. El personal de enfermería debe ser responsable de que constituye un estímulo para el paciente y por lo tanto puede afectar en forma positiva o negativa a su adaptación. Según Roy el “Nivel de Adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: Integrado esta describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas, el segundo es el nivel compensatorio, los mecanismo reguladores y cognitivos se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas y así poder reestablecer la organización del sistema. Y por último el nivel de adaptación comprometido, se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas, y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación. En el modelo de Roy define los estímulo como “todo aquello que provoca una respuesta y es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente”. Por lo tanto, para llegar a ser un todo integrado para Roy Salud significa “Adaptación”. Y desde enfermería indica que este modelo es la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. El trabajo de enfermería ayuda a mejorar la relación entre el paciente y su entorno para fomentar esta adaptación. Con respecto a la variable como es la Adherencia al tratamiento se enmarco el modelo de Callista Roy, porque la misma se centra en que el ser humano está en constante interacción con el medio interno y externo al que pertenece y esa relación permite que logre su adaptación. (Duran, De pardo, Diaz de Flores, & Valbuena, 2002). Visto el modelo, se hace hincapié en esta variable donde algunos autores la describen de esta manera; La falta de adherencia en los tratamientos crónicos es un problema universal y real, que puede afectar la efectividad de estos y se traduce como un impacto negativo en la salud. Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas, alcanza cerca del 50 % y supone que esta deficiencia es aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las

inequidades en el acceso a la atención sanitaria (OMS, 2004). Martín y Grau (2005), señalan que alrededor del 40% de los pacientes no siguen las indicaciones terapéuticas y que, en enfermedades graves, este porcentaje llega a un 20%. Asimismo, cuando tales tratamientos generan cambios en el estilo de vida, los porcentajes de adherencia disminuyen aún más (Rodríguez 2001). Dentro de las consecuencias de la no-adherencia a las indicaciones de tratamiento, se encuentran el aumento del costo sanitario y la disminución de los resultados en salud, condicionando la efectividad del sistema de salud, lo que es un serio problema si se tiene en cuenta que las enfermedades crónicas representarán cerca del 64% del total de la carga mundial de todas las enfermedades en el 2020 (OMS, 2004). Tanto la adherencia como la no adherencia pueden ser vistas desde distintos modelos de creencias en salud y teorías en psicoterapia. Es por ello, que hablar de resistencia resulta relevante para poder entender el comportamiento y las distintas dinámicas que tiene la adherencia durante el proceso terapéutico. Según la organización mundial de la salud, en los países desarrollados, la falta de adherencia a los tratamientos afecta al 50 por ciento de los pacientes con patologías crónicas. Dicho porcentaje es superior en los países en vía de desarrollo debido a su elevada prevalencia y las implicaciones derivadas en una posible pérdida de efectividad de los tratamientos. Este hecho constituye un importante impacto en la salud pública. (Guillermo bueno, 2015, pág. 2).

La organización mundial de la salud (OMS) la define así: Es el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los estilos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas por el profesional de la salud. (Barrueta & Ruiz, 2017). Tomando en cuenta la definición según la Organización Mundial de la Salud, se desglosa dicha variable en: En la Dieta: La dieta es el conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos. El concepto proviene del griego “*diaita*”, que significa modo de vida. La dieta, por lo tanto, resulta de un hábito y constituye una forma de vivir. El término suele ser utilizado para referirse a los regímenes especiales para bajar de peso o combatir ciertas enfermedades. El comer saludable significa elegir alimentos de todos los grupos alimenticios que proporcionan nutrientes (vitaminas, minerales, fibras) para su cuerpo. Entonces los pacientes que asisten a tratamientos de sustitución renal deben seguir un estricto régimen dietario, esto se debe a que, si bien la diálisis va a eliminar los desechos tóxicos y a reducir el exceso de líquido en el cuerpo, entre sesiones de diálisis, estos desechos se pueden acumular y si el paciente no cumple con la dieta prescrita,

todos estos factores pueden ser perjudicial para su salud. Por eso los cuidados para aquellos pacientes que se dializan en forma periódica, deben disminuir, por ejemplo: - proteínas diarias pueden llegar a los 1,2 gramos por kilo de peso actual. (alimentos ricos en proteínas). -Hasta 2700 mg/día de potasio(alimentos). -Hasta 800-1000 mg/día de alimentos ricos en fosforo. -Hasta 2000mg/día de sodio. Beber diariamente hasta 500 ml de líquido al día. Los pacientes que se realizan hemodiálisis pueden flexibilizar su dieta incluyendo: quesos solamente descremados de untar, pescado una vez por semana y si tiene sed dividir el líquido en pequeñas dosis. (S, 2014). Las recomendaciones nutricionales para el paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis, con el inicio del tratamiento el paciente suele aumentar su apetito, pero debe mantener la limitación de los alimentos ricos en sodio y potasio. Carnes: Se recomienda aumentar la ingesta de pollo, carne en el almuerzo y otra porción en la noche. Grasa: Son las más indicadas las de origen vegetal (oliva, maíz, girasol y soja), debe evitarse las grasas de animales tocino, carnes grasas, vísceras y embutidos. Productos lácteos: Se recomienda toma de leche o derivado 1 a 2 veces al día (vaso chico). Azúcares refinados: Disminuir el consumo de azúcares refinados y dulces en el caso de las personas con glucosa elevada en sangre. Hortalizas, verduras y frutas (son ricos en vitaminas y minerales). Productos integrales: Pan, galletitas, estos deben consumir con moderación por su alto contenido en fosforo. Agua: Deben seguir las recomendaciones del médico y eso dependerá de la condición del paciente. Según. (PEREZ, 2014), la Adherencia a la dieta es el conjunto de conductas entre la que se incluye aceptar en formar parte de un plan dietético o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitando comportamientos de riesgo, incorporar estilos de vida saludables. Por lo tanto, la alimentación de un paciente con insuficiencia renal crónica es difícil de seguir, porque implica cambios, respecto a la alimentación habitual. Y esto exige un equipo multidisciplinario que pueda guiar al paciente en darle información, contención respecto a la dieta recomendada, el equipo compuesto por un médico, nutricionista, trabajadora social, psicólogos e incluso miembros de la familia. Siguiendo el marco conceptual de la OMS, la Adherencia está relacionado con el tratamiento farmacológico que es, cualquier sustancia diferente de los alimentos que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar, los sistemas de una enfermedad o estado normal. Unos de los factores relacionados con la adherencia, es el tratamiento farmacológico, ante la complejidad del mismo, la presencia del efecto adversos, la percepción sobre la efectividad de los medicamentos, la

aceptación y flexibilidad en la elección de los tratamientos por parte de los pacientes y su duración. La complejidad de los tratamientos entendida como la cantidad de medicamentos por toma, el número de tomas por día, las restricciones y requisitos alimenticios y la dificultad asociada a la vía de administración pueden influir en la capacidad del paciente en seguir con el tratamiento. (Sociedades científicas, 2016).

Otro factor que influye en la Adherencia en los pacientes de diálisis está relacionado con la “Percepción y Apoyo Social”. En la actualidad se identifica en la literatura escaso en relación a una sola definición de “Apoyo Social. El estudio de este concepto en relación a la salud, se inicia en la década de los setenta en la escuela de Antropología de la Universidad de Manchester(Inglaterra).En esos años el Apoyo Social surge como un concepto de interés en las investigaciones de distintas disciplinas,fundamentalmente en la consecuencias negativas del estrés sobre el estado de salud de las personas y de las familias, debido a la baja integración social; reconociendo una relación positiva entre el Apoyo Social y la salud de la misma. En el área de la Psicología Social, Allport lo definió como “la disciplina en que las personas intenten comprender, explicar y predecir como los pensamientos, sentimientos y acciones de los individuos son influenciados por los pensamientos, sentimientos y acciones percibidos, imaginados o implícitos de otros individuos.”

Thoits define al Apoyo Social como” el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con otros”. Por lo tanto, la relación del Apoyo Social con la salud, existen dos teorías que explican la asociación de las mismas:1-Apunta a que el Apoyo Social interviene en la salud física y mental de las personas y se centra en los efectos de las relaciones sociales o interpersonales, este corresponde al “modelo directo”. Este explica que el Apoyo Social favorece al bienestar y salud, independientemente que exista estrés en el individuo, por lo tanto el Apoyo Social es percibido como positivo.2-La segunda explica que el Apoyo Social reduce directamente el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas, relacionando el Apoyo Social con la capacidad de adaptación secundaria a una situación de estrés, este correspondería al “Modelo de Amortiguación” que hace referencia al Apoyo Social como mediador o amortiguador entre la salud y los efectos estresantes, este proceso de “Amortiguar” se explican a través de dos mecanismo:1-La presencia del Apoyo Social le permite al individuo redefinir la situación de estrés, lo que le permite utilizar sus recursos y enfrentar la situacion.2-La presencia del Apoyo Social evita que

la situación percibida por el individuo como una situación estresante, y así minimizar los efectos nocivos. Actualmente se considera que estos modelos no son excluyentes, sino que el Apoyo Social visto de manera sistemática engloba efectos protectores directo y de amortiguadores contra la enfermedad y malestar. También describe que el Apoyo Social puede reforzar la autoestima, el sentido de control y de la capacidad para afrontar mas eficazmente a la enfermedad., ayudando por ejemplo a reducir la toma de medicación, acelerando la recuperación y facilitando la adherencia a las prescripciones médicas. Numerosas evidencias aseguran que la idea en que las personas posean buenas redes sociales se adapta fácilmente a su situación, porque genera un efecto protector contra el estrés producido por la enfermedad, con una mejor adaptación y capacidad de afrontamiento. (Bustamante & Olivia, 2016). La verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarlas en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que se denominado “Apoyo social percibido”. La percepción o creencias que el apoyo emocional está disponible parece influir mucho más fuertemente sobre la salud. Es posible identificar dos grandes grupos proveedores de apoyo en ellos: Donde se dimensionarán dos grupos como son familiares y los no familiares (amigos, vecinos). (MANTULIZ & CASTILLO). Dentro de la formación del individuo, en el transcurso de su vida, es importante el papel que juega la familia, ya que es una necesidad básica del hombre. Esta unidad de personalidades forma vínculos entre sí, interactuando dentro de los sistemas de emociones y necesidades, manteniendo una integridad social relacionado por fuertes efectos. El clima social familiar, se da en un ambiente de cohesión, expresivo, conflictivo, independiente orientado a metas y cultura intelectual, recreando religiosidad, formación y control. Su peculiaridad socia ambientales son paralelas a las relaciones interpersonales en la familia, con estructura básica y estable. (ESPINOZA., 2018). La enfermedad de un integrante de la familia genera una crisis porque rompe con el equilibrio o dinámica familiar, esta alteración de la hemostasia con lleva una readaptación que puede ser beneficiosa o perjudicial, por lo tanto, los cambios en la dinámica familiar condicionan las repuestas ante el tratamiento. El apoyo social interviene frente a los eventos que afectan a la salud, el familiar debe participar de manera activa para favorecer el cumplimiento del tratamiento, no solo farmacológicamente si no también en los cambios de sus hábitos de vida. (GONZALEZ, 2011) Sostiene que la familia es responsable de su adherencia al tratamiento, lo cual evidencia la importancia de la participación y el Apoyo familiar para llevar con éxito la adherencia al tratamiento. Dentro de estas variables se

puede considerarse que el factor “tiempo”, es un punto importante en la Adherencia, donde el siguiente estudio la define como, la antigüedad que posee el paciente con respecto al tratamiento, donde se verificara en la historia clínica. Y la edad con la que ingresan los pacientes al tratamiento una vez que el diagnóstico es definitivo, varios autores describen que no hay criterio unificado con respecto a la edad de mayor riesgo de abandono en el tratamiento de diálisis. (OROZCO LC,2005). Pero según (Sociedades científicas, 2016), Las condicionantes de la falta de adherencia puede variar con la edad. El cuestionamiento de los tratamientos y la falta de conciencia sobre la importancia de un correcto cumplimiento son los principales entre los pacientes más jóvenes, mientras que el miedo, el olvido y la confusión lo son entre los más de edad.

Por otro lado, destacar el contexto donde se realizará el proyecto de investigación es de suma importancia conocer en donde se realizará la misma. Es por eso que definir los componentes de un servicio de Diálisis, ayudara a entender mejor la dinámica de esta, como ya se mencionó anteriormente, el ámbito donde se relaciona el paciente también tiene mucho que ver en su adaptación o Adherencia. Un servicio de Diálisis: es aquel que funciona dentro de un establecimiento de salud, destinado a la terapéutica sustitutiva dialítica en pacientes con insuficiencia renal crónica u otra patología que requiera tratamiento dialítico. Debe contar obligatoriamente con sector separado para dializar pacientes que requieran aislamiento. Sólo podrán funcionar en establecimientos con tercer nivel de resolución. La sala de diálisis debe estar ubicada en un área de circulación restringida. Debe proveer los medios para poder dializar emergencias en otras áreas de la institución mediante la disposición permanente o trasladable del equipamiento médico requerido, asegurando la calidad del agua y/o la solución de diálisis conforme a lo establecido a las normas que rigen en la Argentina. “al encontrarse en establecimiento con UTI o UCO no necesariamente debe contar con sala de reanimación”. Planta física: Infraestructura. El servicio de Diálisis cuenta con: 1. Local o locales de aplicación de diálisis con superficie de no menos de seis metros cuadrados para cada uno de los pacientes dializados simultáneamente, y con espacio entre cada puesto de diálisis (sillón/cama) no menor de 60 cm. Esta superficie se refiere a la ocupada por el paciente y el equipo de diálisis, excluyendo los espacios destinados a otros fines, descriptos más abajo. Además, los pacientes deberán contar con acceso a sanitarios de uso exclusivo. 2- Oficce de enfermería. 3. Sala de tratamiento de agua: La sala de tratamiento de aguas debe ser exclusiva para la producción del agua purificada incluyendo los elementos

necesarios para el funcionamiento de dicho proceso; Todas las etapas deben tener los elementos necesarios (válvulas de entrada, válvulas de salidas controles de línea, etc.) que permitan cumplir con la normativa vigente emitida por el Ministerio de Salud de la Nación. 4. Depósito de materiales dentro de la institución. 5. Recinto de limpieza. 6. Área para preparación de refrigerio (servicio de nutrición de cada hospital). 7. Vestuarios y sanitarios para el personal acorde a la ley vigente. 8. Sanitario adaptado para discapacitados de acuerdo a la ley vigente. 9. espacio para residuos patogénicos, ajustado a la ley. 10. Área médica. 11. Consultorio para atención de pacientes. 12. Administración. 13. Sala de reanimación y recuperación. 14. Sala de espera. 15. Sala de aislamiento. 16. Sala de reprocesado. El reprocesado deberá hacerse en un ambiente físico utilizado exclusivamente para tal fin; las membranas de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas (hepatitis B) deberán reprocesarse en un sector separado e identificado. Equipamiento de aparatos y equipo de uso médico: A). Máquinas y/o aparatos para la aplicación de diálisis, con proporcionadora individual de dializado y ultra filtración controlada, provistos de indicadores para el control de la presión sanguínea eferente del hemodializador, temperatura del dializado con circuito de protección, conductividad, detector de fuga de sangre, flujo de baño y detectores de burbujas de aire. Debe poseer sistemas de alarma y monitor de presión negativa. B). Balanzas para pesar a los pacientes. C). Equipamiento para reanimación cardiorrespiratoria en la Unidad de Diálisis. Si se trata de un Centro de Diálisis, deberá contar, además, con cardio desfibrilador. d. Sillón de Diálisis. Todo el equipamiento deberá estar nuevo, sin uso y deberá cumplir con la normativa vigente. (Jujuy, 2019)

## **MATERIAL Y METODO**

### **TIPO DE ESTUDIO**

El abordaje metodológico es cuantitativo porque permite asignar un valor numérico a la variable de estudio, tipo de estudio descriptivo, ya que determina como es la situación de las variables y de corte transversal porque permite recolectar los datos en solo un momento y en un período determinado y cantidad de mediciones o aplicación del instrumento, en cuanto al presente proyecto de investigación la aplicación del instrumento se ejecuta solo una vez para la recolección de datos. Prospectivo, se registra la información según vayan ocurriendo los fenómenos (Pinedad, Alvarado, & Canales, 1994).

### **SITIO O CONTEXTO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION**

Para la selección del sitio se realizó una guía de convalidación (Ver anexo I).

El sitio elegido donde se llevará a cabo el proyecto de investigación, es un Hospital privado, localizada en la zona sur de la ciudad de Rosario, El Hospital presta atención y ofrece servicio de Nefrología a pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda y Crónica. En el cual se atiende más de 80 pacientes diarios aproximadamente en total, citados en distintos turnos. El ambiente del servicio cuenta con equipos de alta tecnología, 20 sillones más una cama para pacientes transitorios agudos, sala de aislamiento, sala de reúso negativo y positivo. En cuanto a los recursos humanos el servicio cuenta con profesionales Médicos, Enfermeros, Licenciados, Nutricionista, Psicóloga y Asistente Social. El sitio fue seleccionado por reunir con los siguientes criterios de elegibilidad:

- ✓ Presencia las variables de estudio y las unidades de análisis

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

Se tomará la población total que estará constituido por 121 pacientes aproximadamente con enfermedad renal crónica, que asisten al servicio de Nefrología, de un hospital privado de la ciudad de Rosario, En el periodo de julio-diciembre 2020.

**Población:** Estará constituida por todos los pacientes adultos, que llevan un año o más en tratamiento en Diálisis, en el servicio de Nefrología.

**Unidades de Análisis:** Cada uno de los pacientes adultos, que llevan un año o más en tratamiento en Diálisis, en el servicio de Nefrología que reúnan los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterio de Selección**

#### Criterio de inclusión

- Pacientes mayores a 30 años.
- Pacientes de ambos sexos.

#### Criterio de Exclusión

- Pacientes con Insuficiencia Renal Aguda (Transitorios).
- Alteración del nivel de conciencia del paciente.
- Pacientes que no estén alfabetizados.

**Validez Externa:** Responde a que tan generalizables son los resultados de una investigación a otros participantes o poblaciones. En este proyecto de investigación se tomará la población total. La validez externa llegará a la población de estudio.

## TÉCNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizarán dos instrumentos uno para la variable Percepción del Apoyo Social y otra para la variable Adherencia al tratamiento. Como técnica se utilizará la Encuesta y como instrumento de recolección de datos para las variables mencionadas. un Cuestionario (autoadministrado).

El cuestionario puede aplicarse a grupos, individuos, estando presente el investigador o el responsable de recolectar la información.

Algunas ventajas del cuestionario son:

- Su costo relativamente bajo.
- Su capacidad para proporcionar información sobre un mayor número de personas en un periodo

bastante breve.

- Menores requerimientos en cuanto al personal, con lo cual no es necesario adiestrar encuestadores.
- Mayor posibilidad para mantener el anonimato de los sujetos en estudio.

**PROCEDIMIENTO.** Solicitar la firma del consentimiento informado de cada uno de ellos y se aplicará el instrumento.

Para la variable “Percepción del Apoyo Social” se utilizará una escala de medición de tipo Likert (escala ya validada de apoyo social percibido en-grupo de adultos mayores) traducida en español por Cecilia Mantuliz, Claudia (MANTULIZ1. & CASTILLO). El instrumento cuenta con una escala MSPSS, está compuesto por 12 ítems, los cuales recogen información de la variable de Apoyo Social percibido por los individuos en dos áreas: familias, no familiares, su escala de respuestas corresponde a una escala de acuerdo que va desde:1: muy desacuerdo a 7: muy de acuerdo. El instrumento fue traducido en español por los autores mencionados anteriormente, versión que fue sometida al juicio de expertos y fue re adaptada, consistió en cambiarla por una escala de tipo Likert de 4 puntos (VER ANEXO II). Este instrumento responde a la siguiente operacionalización:

Para medir la variable “Adherencia al Tratamiento”, se utilizara el método de Morisky, que fue validada por el mismo en el 2008 en pacientes con hipertensión arterial y fue traducida al español, adaptada y utilizada para medir la Adherencia a pacientes renales, el estudio se llevó a cabo en un servicio privado, en la ciudad de Bogotá en el 2016. (Chaves, y otros, 2016). Y será readaptado por la autora del proyecto de investigación, serán 15 los ítems del instrumento ya que se reagrupan los indicadores que se aplicaran en paciente con enfermedad renal crónica, que asisten al servicio de Nefrología en el periodo de julio-diciembre 2020(VER ANEXO II).

Tanto para la variable Percepción del Apoyo Social y Adherencia al Tratamiento la guía de instrucción para el llenado del instrumento estará en el encabezado de la misma, que consistirá en marcar con una cruz (x) la respuesta adecuada que considere el sujeto en estudio.

## **OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

### **Variable 1**

**Percepción del Apoyo social:** Se propone la verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarlas en los procesos preceptivos de los sujetos implicados, lo que se denominado “Apoyo social percibido”. La percepción o creencias que el apoyo emocional está disponible parece influir mucho más fuertemente sobre la salud es posible identificar dos grandes grupos proveedores de apoyo en ellos: Donde se dimensionarán dos grupos como son familiares y los no familiares (amigos, vecinos). (MANTULIZ & CASTILLO,2014).

**Tipo:** cualitativa compleja,

**Función:** Independiente.

**Escala de medición:** Nominal.

### **Dimensión 1**

➤ **Familiares.**

- -Mi familia me ayuda a tomar decisiones.
- -Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional, que requiero.
- -Siente que su familia lo quiere y aprecian en estos momentos difíciles.

- -A pesar del tratamiento, la dinámica familiar sigue siendo la misma.
- Puedo conversar de mis problemas con mi familia.
- Mi familia me acompaña en cada sesión de diálisis.

## **Dimensión 2**

### ➤ **No familiares.**

- Hay personas que me ofrece consuelo cuando necesito.
- Mis amigos no entienden mi enfermedad.
- Hay personas que se interesan por lo que siento.
- Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.
- Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.
- Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.

## **Variable 2**

**“Adherencia al Tratamiento”**: Es el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los estilos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas por el profesional de la salud. (Barrueta & Ruiz, 2017).

**Tipo:** cualitativa.

**Función:** dependiente.

**Escala de Medición:** Ordinal.

## **Dimensión 1**

- **Dieta:** Conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos. El concepto proviene del griego “diaita”, que significa modo de vida. La dieta, por lo tanto, resulta de un hábito y constituye una forma de vivir. El término suele ser utilizado para referirse a los regímenes especiales para bajar de peso o combatir ciertas enfermedades. (S, 2014).

**Restringe o identifica los alimentos altos en fósforo, potasio y sodio como:**

- -Leche.
- **Proteínas animales:** pescado, carne, pollo y huevo.
- **Frutas:** banana, manzana.

- **Ingesta de líquido que consume en el día:** 2 vasos medianos de líquido al día (incluyendo infusiones. O más de 4 vasos medianos de líquido al día. -Cubos de hielo.
- **Frutas y vegetales con alto contenido de líquido como:** Naranja, sandía, espinaca, etc.

## **Dimensión 2**

- **Relacionado con el tratamiento:** Son las experiencias positivas y negativas que tiene el paciente en hemodiálisis con respecto a su tratamiento y que influye en su adherencia. (Vargas, 2014).
  - -Le parece que vivir con el tratamiento, limita cumplir con sus objetivos.
  - -le es fácil hablar con los demás acerca de su tratamiento.
  - -Se siente desanimado o deprimido frecuentemente.
  - -Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende su asistencia a sus sesiones de diálisis.

## **Dimensión 3**

- **Tratamiento farmacológico:** Cualquier sustancia diferente de los alimentos que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar, los sistemas de una enfermedad o estado normal. (Sociedades científicas, 2016).
  - -La toma a la hora indicada.
  - -Se olvida alguna vez de tomar la medicación.
  - -Cuando se siente mejor, la deja de tomar.
  - -Se realiza periódicamente los controles médicos,
  - con respecto a su enfermedad de base.
  - Dentro del mismo instrumento se encuentra la variable.

## **Variable 3**

**Edad:** La misma se tomar de la historia clínica del paciente.

**Tipo:** Cuantitativa Simple,

**Función:** Independiente.

**Escala de Medición:** Razón. Variable

**Sexo:** La fuente del dato se tomará de la historia clínica.

**Tipo:** Cualitativa Simple.

**Función:** Independiente.

**Escala de Medición:** Nominal.

#### **Variable 4**

**Tiempo de inicio del tratamiento de diálisis:** Es la antigüedad que posee el paciente con respecto al tratamiento, el dato de obtendrá en la historia clínica.

**Tipo:** cuantitativa Simple.

**Función:** Independiente

**Escala de medición:** Intervalo

#### **PRUEBA PILOTO:**

El 3er control de validez interna del estudio es la “prueba piloto “del instrumento de recolección de datos, donde se valorará si las preguntas están expresadas en forma clara, si miden lo que quieren medir. Esta prueba piloto se realizó en otra población de 203 unidades de análisis aproximadamente con características similares, para no sensibilizar la población de estudio Se aplicó el instrumento a pacientes, con las características similares a la en la unidad de análisis, los mismos pertenecientes a otro efector privado, perteneciente a la zona centro de la ciudad de Rosario. Durante esta fase se pretende conocer cómo, mediante esta prueba se buscó: Validez y confiabilidad del instrumento (INVESTIGACION EN ENFERMERIA, 2018, pág. 75)

¿Qué preguntas o ítems están mal formulada?

¿Cuáles resultan incomprensibles?

¿Cuáles incomodan al sujeto de estudio? (Ver anexo IV)

## **PRINCIPIOS ETICOS**

**PRINCIPIO DE BENEFICIENCIA:** Según los principios universales que subyacen en la ética se hará referencia a hacer el bien, sin hacer distinción personal y/o social, raza o sexo. (INVESTIGACION EN ENFERMERIA, 2018). Se le informara al paciente que participan voluntariamente del estudio que la información que se desea obtener no será utilizada en su contra. Y que no expondrán a ningún factor físico y psicológico que pongan en peligro sus vidas. Con respecto a los resultados se pondrán en marcha estrategias de educación para fortalecer su Adherencia.

**PRINCIPIO DE JUSTICIA:** Incluye al derecho del sujeto a un trato justo y a preservar su intimidad (INVESTIGACION EN ENFERMERIA, 2018). Todos los participantes que formarán parte del estudio, tendrán un trato justo y equitativo, la selección de la misma será iguales para todos y no discriminatoria. Y se aclarara las dudas que puedan surgir en dicho estudio.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Las pautas éticas internacionales del CIOMS, define al consentimiento informado como el consentimiento dado por una persona competente que ha recibido información necesaria, en un lenguaje comprensible y que luego ha podido tomar una decisión libre de coacción, intimidación o influencias o incentivo excesivo. (VER ANEXO II).

## **PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCION DE DATOS**

El 4to control de validez interno, adiestramiento del personal, los datos serán recolectados durante los días lunes-miércoles y viernes, en cada turno del servicio (1,2,3 y 4to turno), en el momento que estén conectados en tratamiento dialectico, en el cual se pondrá a disposición a dos personal de enfermería que trabajan en el servicio. Para repartir dicho instrumento, bajo la supervisión de la autora del proyecto de investigación. El adiestramiento del personal será 15 minutos antes de comenzar el tratamiento de Diálisis, solo con un día de capacitación será suficiente. Ya que el instrumento es simple y está escrito con palabras sencillas y fácil de entender para el sujeto de Atención, se repartirá dicho instrumento y explicará el instructivo para completar.

## PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de los datos consiste en determinar, mediante técnicas estadísticas apropiadas, las formas, magnitudes y relaciones que se dan en esos datos, las cuales son buscadas de acuerdo con los objetivos propuestos. Todo tipo de análisis implica: Codificación y agrupamiento de datos, creación y llenado de la base de datos, aplicación de procedimientos estadísticos. Presentación de tablas y gráficos.

En el proceso de operacionalización al codificar los datos se utilizará para las variables cualitativas compleja **Percepción del Apoyo social**: el nivel de medición nominal, lo que implica orden y distancia y el nivel de medición ordinal, es decir donde se asignan posiciones en cuanto a los atributos. Las respuestas que se recolectaran de cada indicador, corresponden a una escala de acuerdo que va desde:1: muy desacuerdo a 7: muy de acuerdo. El instrumento fue traducido en español por los autores del presente artículo, versión que fue sometida al juicio de expertos y fue re adaptada, consistió en cambiarla por una escala de tipo Likert de 4 puntos. Donde: -casi nunca:1 -a veces:2 -con frecuencia:3 -casi siempre o siempre: 4.Y para la variable **Adherencia al Tratamiento**: Instrumento validado por Morisky de 8 ítems, Traducido al español. Y será adaptado por el autor del estudio, serán 15 los ítems del instrumento ya que se reagrupan los indicadores que se aplicaran en paciente con enfermedad renal crónica, que asisten al servicio de Nefrología en el periodo de julio-diciembre 2020. Este instrumento consta de 15 ítems y se readapta según el puntaje obtenido al aplicar la escala MMAS-8 como “Alta Adherencia (cuando se obtiene un puntaje de 12 A 15 puntos), Media Adherencia (si se obtuvo de 8 a 10 puntos) y Baja Adherencia (si se obtiene de 7 o menos puntos). En dicho instrumento se incluirá los datos como: Dieta, controles médicos, edad, sexo y tiempo de inicio de diálisis. Para la aplicación de estos procedimientos, las herramientas que utilizara son de la estadística descriptiva, lo que hace referencia al ordenamiento o clasificación de los valores observados en una variable de acuerdo con su magnitud numérica, es decir la frecuencia, herramienta que también nos permite confeccionar tablas y gráficos según la información que presente.

En este proyecto de investigación, se utilizará el gráfico de barras adosadas, lo que permite la presentación de una o más variables. Para ubicar los valores medios de la distribución de la escala de medición, se usará las medidas de tendencia central ellas son:

Moda, Mediana, Media aritmética: Por otra parte, las variables cualitativas complejas serán reconstruidas asignándoles valores y agrupándolas de acuerdo a los datos que presenten. La sumatoria de los valores de los indicadores significa la reconstrucción de la variable y recibe el nombre de índice. Los datos recolectados de cada instrumento, serán llenados de forma manual y volcados a un programa estadístico donde los resultados los realiza en forma automática, el programa que se empleara es el software InfoStat/L

**PLAN DE ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA DE TRABAJO**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Jun 14 2020</b>	<b>Jul. 14 2020</b>	<b>Agos. 14 2020</b>	<b>sep. 14 2020</b>	<b>Oct. 14 2020</b>	<b>Nov. 14 2020</b>	<b>Dic. 14 2020</b>	<b>Ene. 15 2021</b>	<b>Feb. 15 2021</b>	<b>Mar. 15 2021</b>	<b>Abr. 15 2021</b>
<b>Aplicación de los instrumentos para la recolección de datos previa firma del consentimiento informado.</b>											
<b>Elaboración de la matriz estadística para procesar y tubular los datos.</b>											
<b>Análisis de datos y elaboración de conclusiones</b>											
<b>Confección del informa final del proyecto de investigación.</b>											
<b>Difusión de resultados.</b>											

# ANEXO

## ANEXO I

### **-GUÍA DE CONVALIDACIÓN DE SITIO.**

1. ¿La institución permite que se realice la investigación?
2. ¿La institución permite que se publiquen los resultados de la investigación?
3. ¿Qué patologías predominan en el servicio?
4. ¿Cuáles son los días y horas los que dializan en la semana?
5. ¿Cuántos pacientes dializan en total en cada turno de los días lunes, miércoles y viernes?
6. ¿Con cuántos sillones útiles dispone el servicio?
7. ¿La familia cuenta con apoyo de la institución donde puedan expresar sus dudas con respecto al tratamiento?
8. ¿Cuántos de cada sexo?
9. ¿Qué rango de edad asisten al tratamiento?
10. ¿El servicio dispone de un profesional de Nutrición?

## ANEXO II

### INTRUCCIONES

Par contestar el cuestionario que se presenta a continuación, por favor siga las siguientes instrucciones:

- Señale con una cruz(x), la respuesta que usted considere adecuada.
- Marque solo una respuesta.

### PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL

(COMPONENTES FAMILIARES Y NO FAMILIARES)

ITEMS	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
1) A pesar del tratamiento, la dinámica familiar sigue siendo la misma.				
2) -Siente que su familia lo quiere y aprecian en estos momentos difíciles				

3) -Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
4)Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.				
5) Puedo conversar de mis problemas con mi familia.				
6) Mi familia me acompaña en cada sesión de diálisis.				
7). Hay personas que me ofrece consuelo cuando necesito				
8) Mis amigos no entienden mi enfermedad.				
9) . Hay personas que se				

interesan por lo que siento.				
10) Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.				
11) Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
12) Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				

## ANEXO II

Instrumento para medir la variable “Adherencia al Tratamiento”, readaptada la autora del proyecto.

### INTRUCCIONES

Par contestar el cuestionario que se presenta a continuación, por favor siga las siguientes instrucciones:

- Señale con una cruz(x), la respuesta que usted considere adecuada.
- Marque solo una respuesta.

- ✓ EDAD: -----.
- ✓ SEXO:      Masculino ( ) Femenino( ).
- ✓ Tiempo de inicio de diálisis: Menor a un año( ),Un año( ),Mayor a un año( ).

PREGUNTAS Y/O INADICADO R	NUNC A	DE VEZ EN CUAND O	A VECE S	CASI SIEMPR E	SIEMPR E
1-Se olvida alguna ves de tomar la medicación.					
2-La toma a la hora indicada.					
3-Se realiza periódicamente los controles médicos con respecto a su enfermedad de base.					
4-Cuando se siente mejor, la deja de tomar.					
5-Le parece que vivir con el tratamiento, cumple con sus objetivos.					

6-Le es fácil hablar con los demás acerca de su tratamiento.					
7-Le es fácil hablar con los demás acerca de su tratamiento.					
8-Cuando se siente mejor, usted suspende su asistencia a sus sesiones de diálisis.					
<b>Restringe o identifica los alimentos altos en fosforo, potasio y sodio como:</b>					
9-Leche					
10-Proteínas animales: pescado,					

carne, pollo y huevo					
11-Frutas como: banana, manzana.					
<b>12-Ingesta de líquido que consume en el día:</b> 2 vasos medianos de líquido al día (incluyendo infusiones					
13-O más de 4 vasos medianos de líquido al día					
14-Cubos de hielo.					
15-Frutas y vegetales con alto contenido de líquido como: Naranja, sandia, espinaca, etc.					

Respuestas A=0 de la B a la E=1. A-Nunca, B- De vez en cuando,.C-A veces, D- Casi siempre y E -Siempre.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente cuestionario es parte de una investigación de la Universidad Nacional de Rosario de la actividad académica Tesina. Tiene como objetivo recabar información, sobre si existe o no relación entre la Percepción del Apoyo Social y Adherencia al tratamiento, según Edad, Sexo y Tiempo de inicio del tratamiento de Diálisis, de los pacientes que asisten al Servicio de Nefrología, en una institución privada de la ciudad de Rosario, durante el periodo de julio-diciembre 2020.

Con el propósito de desarrollar programas educativos para la salud, proporcionando información y herramientas que les permitan tomar decisiones independientes, para mejorar la calidad de vida y así como trabajar en conjunto con el entorno familiar o no familiar sobre la importancia de como fortalecer la Adherencia a su tratamiento.

“Declaro que recibí una explicación detallada y en forma verbal de las actividades que se realizaran. Mi participación en el estudio es completamente voluntaria, y no soy obligado/a a tomar parte, por lo que firmo el presente formulario dando mi consentimiento. Acepto participar y puedo retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de justificación alguno.

La información que se obtenga sobre mi persona será confidencial. Los datos que aporte a este estudio serán publicados exclusivamente en el marco de la investigación. Mi colaboración en este estudio no implicara ningún tipo de costo monetario de mi parte, ni percibido por ello retribución económica alguna. Una vez calculado las actividades a las que se hizo mención anteriormente, renuncio a cualquier tipo de reclamo siempre y cuando se mantengan las condiciones que se especifican más arriba explicadas”.

### AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACION

YO-----Mayor de 21 años, certifico que he leído el procedimiento para llevar a cabo la investigación de la relación entre la Percepción del Apoyo Social y Adherencia al tratamiento, según Edad, Sexo y Tiempo de inicio del tratamiento de Dialisis,de los pacientes que asisten al Servicio de Nefrologia,en una institución privada de la ciudad de Rosario, durante el periodo de julio-diciembre 2020.

La investigadora me ha explicado el propósito de su estudio y me ha contestado mis preguntas relacionadas con las mismas. Estoy de acuerdo en participar de dicho estudio de investigación.

## ANEXO III

### **RESULTADO DEL ESTUDIO EXPLORATORIO.**

En el presente proyecto de investigación se planteó el objetivo de determinar la relación que existe entre la Percepción de Apoyo Social Y Adherencia al tratamiento según Edad, Sexo y Tiempo de inicio de Diálisis, en el periodo de Julio-diciembre del 2020. Donde se realizó por la autora del proyecto la recolección de datos en un hospital privado, localizado en la zona sur de la ciudad de Rosario. Con previa autorización de la institución para la recolección de datos y difusión de los resultados obtenidos del Proyecto de Investigación.

La institución ya mencionada presta servicio de Dialisis, ubicada en el primer piso, las cuales atiende a paciente adulto con patologías con insuficiencia Renal aguda transitoria y crónica con estadio terminal, las patologías más relevantes de base las cuales se exacerban y terminan con el diagnostico de una Insuficiencia renal son: Diabetes mellitus de tipo 1 y 2, hipertencion arterial de origen renal, enfermedades renales hereditarias, síndromes urémicos, enfermedades paranquemicosas renales, uropatías obstructivas crónica, estas son algunas de las patologías por las cuales hacen que ingresan los pacientes a realizarse el tratamiento sustitutivo. Una vez que ingresa el paciente se entrevista junto con la familia y se le explica la importancia del tratamiento y de la Adherencia de la misma, en la entrevista la componen un equipo interdisciplinario como: Psicóloga, asistente social, nutricionista y la médica Nefróloga del servicio. A la familia se les educa el tema de la alimentación con respecto a los sólidos y líquidos para al paciente a cargo, también de los días y horarios del que beben asistir al tratamiento y se hace hincapié al entorno familiar sobre el apoyo emocional que va a requerir el paciente. Por otra parte, el servicio dializa alrededor de más 80 pacientes al día aproximadamente, distribuidos en cuatros turnos, el rango de edad de los mismo es de 30 a 70 años de edad, (mujeres y hombres), si bien asisten ambos sexos hay un mayor número de hombres. El servicio dispone de 21 sillones adaptados al paciente en diálisis que se reclinan y maneja con un control electrónico más una cama para pacientes agudos transitorios internados, una sala de aislamientos con dos sillones más para pacientes con serología positiva.

## ANEXO IX

### **RESULTADO DE LA PRUEBA PILOTO**

En cuanto a la aplicación de los instrumentos, los pacientes Adultos con tratamiento en hemodiálisis, correspondiente a un hospital privado localizado en la zona centro de Rosario, se les ejecutó dicho instrumento. Ya que es un cuestionario fácil y sencillo y la gran mayoría entendieron cada ítem puesto en el instrumento, la única dificultad que se presentó en la prueba es que, en varios pacientes tuvieron la complicación para escribir, algunos de ellos tienen el acceso en el brazo que manejan para escribir, de ahí fue que se implementó la colaboración de 2 personal de enfermería para ayudar a completar dicho instrumento.

## BIBLIOGRAFIA

- Ana Julia Carrillo. William Eduardo Quevedo. Inés Vidarte López. (2014) “Adherencia a la hemodiálisis”. Disponible en: *Repert.med.cir.*;23(1):28-35
- Avendaño, G., Jahel, D., & Ochoa, M. C. (27 de noviembre de 2016). *Revista de Cuidados*. Obtenido de *Revista de Cuidados*: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5490782>
- Barrueta, I., & Ruiz, A. N. (2017). *Lo que debes saber sobre Adherencia al tratamiento*. Barcelona: Boehkinger Ingelheim.
- Bustamante, D. M., & Olivia, A. (2016). *Apoyo Social*. *Horizonte Enfermería*, 27-40.
- Bueno, J. g. (2015). *Adherencia en el paciente crónico*. *EL SEVIER*, 1-10.
- Carol Cris Cossia Tnchiva. *Factores asociados a la no Adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del servicio de Nefrología del hospital Nacional Arzobispo Loayza-2015*. (trabajo de investigación). {citado 5 junio 2019}. Disponible=USRL=File///c:user/documento/tesis%20 hemodialisis.pdf.
- Chaves, T., Ninfa, M., Echeverri, S., Ballesteros, E. J., David, A., & Daniela, C. (2016). *Validacion de Escala de Morisky de 8 items en patients con enfermedad renal cronica*. *Revista Med*, 23-32.
- Chipana Castro, K., Flores, V., & Santiago, L. (2018). *Factores Asociados a la Adherencia Terapéutica de Hemodiálisis en pacientes adultos que acuden al hospital Nacional Arzobispo Loayza*. lima, lima, Perú.

- Chivata, L. (2018). La Adherencia si es Diferente entre Hombres y mujeres. Adherencia&Cronicidad&Pacientes, 1-4.
- Duran, M. m., De pardo, P., Diaz de Flores, L., & Valbuena, S. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan, 1-5.
- Estefano, R. (2014). Historia de la Nefrología en España. Madrid: O&M.
- Espinoza., L (2018.) “Clima Social Familiar y Autoestima de los pacientes con TBC. Obtenido de UNIVERSIDAD NORBERT WIENER: URI: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1794>
- González, C. (2011). El Apoyo Familiar y Autoestima de los Pacientes con Diabetes Mellitus De Tipo 2. Waxapa, 102-107.
- Guillermo, G.-G. (2014). Cuide su Riñón. Guadalajara, México: Kidney Education.
- Helena, M., Maria,Garcia, Ribes, M., & Sergio Minué Lorenzo . (2013). Problemas de salud crónicos: nuevas orientaciones, nuevas estrategias. Barcelona: SemFYC.
- Hernández, David Chipayo-Gonzales (2014)” Baja adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal en un hospital de referencia del Ministerio de Salud en Perú”. Disponible en:[www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832014000400005&lang=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000400005&lang=es).
- Jujuy, G. d. (2019). ESPECIFICACIONES TECNICAS ANEXO I SERVICIO DE HEMODIALISIS . jujuy: Ministerio de Salud.

- López. Romer:S. Parra, D: Rojas, L. (2016)” Adherencia al tratamiento: concepto y medición. Revista Redalyc. (1):117-137.
- Lopez, S. (2006). La Adherencia al tratamiento. Madrid: Open course ware.
- Mantuliz, M. C., & Castillo, C. M. (s.f.). (2014). Validación de Escala de Apoyo Social Percibido en Adultos Mayores.Santiago de Chile.
- Organización, P. (2017). Insuficiencia renal crónica en Argentina. Buenos Aires: programa de salud renal.
- Organización Panamericana de Salud-Enfermedad, y la Organización Latinoamericana de Nefrología, “Prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento”. (art en Internet)9.2015. (citado 2019 junio)59. Disponible:URL: [HTTP/www.paho.org/hq/ndex.php](http://www.paho.org/hq/ndex.php).
- OMS. (2014). Insuficiencia Renal crónica. OMS/Panamericana.
- Otero, A., & Varea, J. (2005). Epidemiología de la población gallega. Barcelona: Epirce. salud, O. m., &
- . Padilla, I. (2016). "Proceso del cuidado nutricional en la enfermedad renal crónica".
- S, C. (2014). Hábitos alimentarios. origen evolución, posibilidades educativas, 2-8.
- Pinedad, B., Alvarado, E. L., & Canales, F. (1994). Metodología de la Investigación. Washington.D.C: Organizacion Panamericana de la Salud.

- Peña, R. F. (2005). Redes Sociales, Apoyo Social y Salud. *periferia*, 1-16.
- Santiago Torales, I. V., & Vallejos, A. (s.f.). *Sociedades científicas*, M. Y. (2016). Plan de Adherencia al Tratamiento: Uso responsable del medicamento. Madrid. SEFAC.
- Salud, O. M., & Organización, P. D. (2017). *Insuficiencia renal crónica en Argentina*. Buenos Aires: programa de salud renal.
- Salud, O. P. (2017). Prevenir la enfermedad crónica. *OPS ARGENTINA*, 1.
- Torales, S., Vallejos, A., & Valentí, L. (2018). Hacia nuevo paradigma en el abordaje de la enfermedad renal crónica avanzada. *Argent Salud Publica* 33-34.
- Luyckx, V. A., Tonelli, M., & Stanifer, J. W. (2018). La carga global de la insuficiencia renal y los objetivos de desarrollo sostenible. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 1.
- Valcarcel, J. (2016). *El paciente Crónico*. Madrid: MSDSALUD.
- Vargas, F. (2014). Adherencia al tratamiento: "Reto difícil pero posible". *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 5-7.

