



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 21 de Mayo de 2019

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Miguel Fernando Díaz Cuenca, con C.C. No. 1075308180

Shird Carol Blanicheth Osso Garzón, con C.C. No. 1075307951

Stefhania Perdomo Gómez, con C.C. No. 1075307022

Camilo Andrés Quevedo Alvira, con C.C. No. 1075307059

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado “Relación Entre Adherencia Al Tratamiento Y Rechazo Del Injerto En Pacientes Con Trasplante Renal Del HUHMP Del 2007 A 2017”

Presentado y aprobado en el año 2019 como requisito para optar al título de Enfermero(a);

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores” , los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Miguel Fernando Díaz Cuenca

Firma: Miguel Díaz

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Shird Carol Blanicheth Osso Garzón

Firma: Shird Carol B. Osso Garzón

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Stephania Perdomo Gómez

Firma: Stephania Perdomo Gomez

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Camilo Andrés Quevedo Alvira

Firma: [Signature]



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Relación Entre Adherencia al Tratamiento y Rechazo del Injerto en Pacientes con Trasplante Renal del HUHMP Del 2007 A 2017

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Díaz cuenca	Miguel Fernando
Osso Garzón	Shird Carol Blanicheth
Perdomo Gómez	Stefhania
Quevedo Alvira	Camilo Andrés

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Salas Contreras	Francy Hollminn

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Andrade Mendez	Brayant

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Enfermero(A)

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Enfermería



CIUDAD: NEIVA

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2019

NÚMERO DE PÁGINAS: 142

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___
Grabados___ Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___
Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas o Cuadros **X**

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

Inglés

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. Adherencia | 1. Adherence |
| 2. Tratamiento | 2. Treatment |
| 3. Trasplante | 3. Transplant |
| 4. Renal | 4. Kidne |
| 5. Factores | 5. Factors |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Actualmente las enfermedades crónicas no transmisibles y en particular la enfermedad renal crónica, se considera un fenómeno de interés en la salud pública por los altos índices de morbimortalidad, incapacidad y pérdida de años de vida saludable. Objetivo: Determinar la asociación entre factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y rechazo del injerto renal, en pacientes trasplantados en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante 2007 y 2017.



Metodología: Estudio cuantitativo, tipo observacional, analítico-transversal. A través de encuestas dirigidas, Se aplicó los instrumentos: formato de recolección de la información para medir las variables sociodemográficas, clínica y las relacionadas con el rechazo del injerto y Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Los datos fueron tabulados en una base de datos del programa Excel 2013 utilizando software STATA 14 para su respectivo análisis. Resultados: Las dimensiones más alteradas fueron: socioeconómica y relacionada con el paciente, seguido del proveedor de salud. Las características que tienen mayor significancia son el total que cada paciente tenga en su instrumento (0,980), la edad que posea (0,673), entre otros. Las variables total factor económico (0,045), total condición del paciente (0,036) y el resultado total del instrumento de adherencia (0,021) son las que presentan mayor significancia para el estudio. Conclusiones: En todas las dimensiones evaluadas se evidenció el alto porcentaje de ventaja de adherencia por ello se infiere que están llevando el manejo terapéutico de forma adecuada acompañado de hábitos benéficos en su calidad de vida.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Currently, chronic non communicable diseases, and in particular chronic kidney disease, is considered a phenomenon of public health interest due to the high rates of morbidity, mortality and loss of healthy life years. Objective: To determine the association between the factors that influence the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment and the rejection of the renal graft, in patients transplanted in the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, during 2007 and 2017. Methodology: Quantitative study, observational, analytical-transversal type. Through targeted surveys, the instruments were applied: information collection format to measure sociodemographic variables, clinical and those related to graft rejection and Factors that influence adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment. The data was tabulated in a database of the Excel 2013 program using STATA 14 software for its respective statistical analysis. Results: The most altered dimensions were: socioeconomic and related to the patient, followed by the health provider. The characteristics that have greater significance are the total that each patient has in his instrument (0.980), the age he has (0.673), among others. The variables total economic factor (0.045), total condition of the patient (0.036) and the total result of the adherence instrument (0.021) are those that have the most significance for the study. Conclusions: In all the dimensions evaluated, the high percentage of adherence advantage was evidenced, so it is inferred that they are taking the therapeutic management of the appropriate form accompanied by habits that benefit their quality of life.



APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Francy Hollminn Salas Contreras:

Firma: 

Nombre Jurado: José Vladimir Guzmán Rivera:

Firma: 

Relación entre Adherencia al Tratamiento y Rechazo del Injerto en Pacientes con Trasplante

Renal del HUHMP del 2007 a 2017

Miguel Fernando Diaz Cuenca

Shird Carol Blanicheth Osso Garzón

Stefhania Perdomo Gómez

Camilo Andrés Quevedo Alvira

Universidad Surcolombiana

Facultad de Salud

Programa de Enfermería

Neiva – Huila

2019

Relación entre Adherencia al Tratamiento y Rechazo del Injerto en Pacientes con Trasplante
Renal del HUHMP del 2007 a 2017

Miguel Fernando Diaz Cuenca

Shird Carol Blanicheth Osso Garzón

Stefhania Perdomo Gómez

Camilo Andrés Quevedo Alvira

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
Enfermero (a)

Asesores

Luz Omaira Gómez Tovar

Enfermera, Msc Enfermería

Brayant Andrade Méndez

Enfermero, Esp. Cuidado Critico, Msc Enfermería

Universidad Surcolombiana

Facultad de Salud

Programa de Enfermería

Neiva – Huila

Nota de Aceptación.

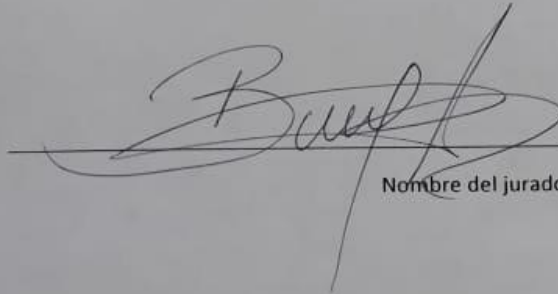
NOTA DE ACEPTACIÓN

Se usatta los resultados
nuevos en la relación entre
la adherencia al tratamiento y
la situación del trasplante renal.

Felicitaciones!



Nombre del jurado



Nombre del jurado

Neiva, 17 de Mayo de 2019

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a Dios, nuestras familias que nos apoyaron en todo el proceso de formación académica, a las personas que participaron en el Presente proyecto investigativo y a los docentes por la motivación constante para el desarrollo De la investigación en Enfermería.

Miguel Fernando Díaz cuenca

Shird carol Blanicheth Oso Garzón

Stefhania Perdomo Gómez

Camilo Andrés Quevedo Alvira

Agradecimientos.

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Los Docentes Brayant Andrade y Luz Omaira Gómez Tovar, asesores de la investigación, por su dedicación, compromiso, respeto a nuestras opiniones, la paciencia demostrada durante todo el proceso investigativo, por compartir sus conocimientos y por la confianza ofrecida.

Al HOSPITAL UNIVERSITARIO - UNIDAD DE TRASPLANTES, con especial atención a su coordinadora de Enfermería, jefe Martha Vega, por brindarnos su colaboración en aportar información necesaria para contactar a los pacientes que fueron trasplantados.

Los pacientes y/o cuidadores que accedieron a participar en la investigación, por permitirnos acceder a sus viviendas, lugares de trabajo y dedicarnos parte de su tiempo para el diligenciamiento de las encuestas.

Tabla de Contenido

Introducción	Error! Bookmark not defined.3
Planteamiento Del Problema	Error! Bookmark not defined.4
Justificacion	Error! Bookmark not defined.
Objetivos	Error! Bookmark not defined.
Objetivo General	Error! Bookmark not defined.30
Objetivos Especificos	Error! Bookmark not defined.30
Marco Referencial	3131
Antecedentes	3131
Marco Conceptual	366
Adherencia terapéutica	366
Factores que influyen en la adherencia terapéutica	366
Marco Teórico	398
Teoría del autocuidado de Dorothea Orem	398
Marco Legal	411

Operacionalización De Variables	433
Hipótesis De Estudio.....	488
Diseño Metodológico.....	499
Tipo De Estudio.....	499
Población.....	499
Muestra.	499
Criterios De Inclusión.	50
Criterio de exclusión.....	50
Método, Técnica E Instrumentos.	50
Procedimientos Para La Recolección Y El Análisis De La Información.....	50
Consideraciones éticas.	50
Resultados.	54
Características Sociodemográficas Y Clínicas De Los Participantes En El Estudio.....	555
Características sociodemográficas.....	555
¡Características clínicas del paciente.....	588
Variable clínica.	599
Características Sociodemográficas Y Clínicas De Los Participantes En El Estudio Que Han Presentado Rechazo Del Injerto Renal.	622
Características sociodemográficas del paciente que ha presentado rechazo.....	622
Características clínicas del paciente que ha presentado rechazo.....	653

Grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes participantes en el estudio.....	698
Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con trasplante renal del HUHMP del 2007 al 2017.....	709
Riesgo de rechazo relacionado al resultado del instrumento y variables sociodemográficas de los pacientes.....	887
Conclusiones.	1043
Recomendaciones.	1087
Investigación.....	1087
Académica.....	1087
Institución.....	1087
Limitaciones.....	1087

Lista de Tablas.

	Pag.
Tabla 1 Distribución y medidas de tendencia central en edad de los participantes	55
Tabla 2 <i>Distribución de pacientes participantes, según características sociodemográficas.</i>	56
Tabla 3 Distribución porcentual de variables relacionadas al trasplante	58
Tabla 4 Distribución porcentual de características clínicas de los pacientes	59
Tabla 5 Distribución porcentual de pacientes participantes que han presentado rechazo, según características sociodemográficas	62
Tabla 6 Distribución porcentual de variables relacionadas al trasplante	65
Tabla 7 Distribución porcentual de características clínicas de los pacientes	66
Tabla 8 Distribución porcentual de pacientes según resultado total del instrumento “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”	69
Tabla 9 Distribución porcentual de pacientes según opciones de respuesta, para valoración del factor socioeconómico (preguntas de la 1 a la 14 del instrumento de bonilla ibañez).	70
Tabla 10 Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión socioeconómica que afecta la adherencia.....	73
Tabla 11 Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud (preguntas de la 15 a la 35 del instrumento de bonilla ibañez).	75

Tabla 12 Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con el proveedor que afecta la adherencia.....	79
Tabla 13 Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con la terapia que afectan la adherencia (preguntas de la 36 a la 45 del instrumento de bonilla ibañez).....	81
Tabla 14 Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con la terapia.....	83
Tabla 15 Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con la condición del paciente (preguntas de la 46 a la 53 del instrumento de bonilla ibañez).....	84
Tabla 16 Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con el paciente	87
Tabla 17	88
Tabla 18 Coeficientes exponenciales e Intervalos de confianza de características sociodemográficas predominantes en pacientes con rechazo previo participantes del estudio	89
Tabla 19 Coeficiente exponencial y OR de instrumento de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico	91
Tabla 20 Valor P y Significancia estadística	92

Lista De Anexos

	Pag.
Anexo 1. Presupuesto.....	118
Anexo 2. Primer Cronograma De Actividades:	125
Anexo 3. Formato de Características Sociodemográficas y Clínicas en la Enfermedad... ..	128
Anexo 4. Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamien- tos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular	130
Anexo 5. Aval para uso del Instrumento	137
Anexo 6. Aval de Comité de Etica	138

Resumen.

Actualmente las enfermedades crónicas no transmisibles y en particular la enfermedad renal crónica, se considera un fenómeno de interés en la salud pública por los altos índices de morbimortalidad, incapacidad y pérdida de años de vida saludable.

Objetivo: Determinar la asociación entre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y el rechazo del injerto renal, en pacientes trasplantados en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante 2007 y 2017.

Metodología: Estudio cuantitativo, tipo observacional, analítico-transversal. A través de encuestas dirigidas, Se aplicó los instrumentos: formato de recolección de la información para medir las variables sociodemográficas, clínica y las relacionadas con el rechazo del injerto y Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Los datos fueron tabulados en una base de datos del programa Excel 2013 utilizando software STATA 14 para su respectivo análisis estadístico.

Resultados: Las dimensiones más alteradas fueron: socioeconómica y relacionada con el paciente, seguido del proveedor de salud. Las características que tienen mayor significancia son el total que cada paciente tenga en su instrumento (0,980), la edad que posea (0,673), entre otros. Las variables total factor económico (0,045), total condición del paciente (0,036) y el resultado total del instrumento de adherencia (0,021) son las que presentan mayor significancia para el estudio.

Conclusiones: En todas las dimensiones evaluadas se evidenció el alto porcentaje de ventaja de adherencia por ello se infiere que están llevando el manejo terapéutico de forma adecuada acompañado de hábitos benéficos en su calidad de vida.

Palabras clave: *Adherencia, Tratamiento, trasplante renal, Factores.*

Abstract.

Currently, chronic noncommunicable diseases, and in particular chronic kidney disease, is considered a phenomenon of public health interest due to the high rates of morbidity, mortality and loss of healthy life years.

Objective: To determine the association between the factors that influence the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment and the rejection of the renal graft, in patients transplanted in the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, during 2007 and 2017.

Methodology: Quantitative study, observational, analytical-transversal type. Through targeted surveys, the instruments were applied: information collection format to measure sociodemographic variables, clinical and those related to graft rejection and Factors that influence adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment. The data was tabulated in a database of the Excel 2013 program using STATA 14 software for its respective statistical analysis.

Results: The most altered dimensions were: socioeconomic and related to the patient, followed by the health provider. The characteristics that have greater significance are the total that each patient has in his instrument (0.980), the age he has (0.673), among others. The variables total economic factor (0.045), total condition of the patient (0.036) and the total result of the adherence instrument (0.021) are those that have the most significance for the study.

Conclusions: In all the dimensions evaluated, the high percentage of adherence advantage was evidenced, so it is inferred that they are taking the therapeutic management of the appropriate form accompanied by habits that benefit their quality of life.

Key words: Adherence, Treatment, kidney transplant, Factors

Introducción.

Un adecuado seguimiento del tratamiento, es vital para la supervivencia del injerto renal; se ha comprobado la importancia de la adherencia al tratamiento, esta se define como el grado de comportamiento de una persona con su tratamiento farmacológico y no farmacológico (1).

Los principales problemas de este tipo de tratamientos representan no solo un alto costo para el paciente, familia y sistema de salud sino que además los pacientes no reciben una buena educación de los cuidados, lo cual genera gran preocupación debido a la incorrecta adherencia al tratamiento.

La investigación de esta problemática se realizó con el interés de conocer ciertos factores en Huila, ¿Existe asociación entre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y el rechazo del injerto renal, en pacientes trasplantados en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante 2007 y 2017 Colombia no se han llevado a cabo numerosos estudios sobre este tema, por lo tanto se tiene interés académico de los resultados en la investig

En el ámbito profesional como Enfermeros, existe interés en conocer el contexto de autocuidado y problemática que impida la correcta adherencia al tratamiento abarcando diferentes dimensiones del paciente.

Mediante un formato de recolección de información e instrumento para valorar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, creado y validado por Bonilla y Gutiérrez (2), la información se recolectó con pacientes a quienes se realizó trasplante renal durante el año 2007-2017 en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

La mayoría de los estudios analizan la prevalencia del incumplimiento al tratamiento, principalmente de los inmunosupresores sin embargo, el objetivo de este estudio ha sido determinar la asociación entre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y el rechazo del injerto renal en pacientes trasplantados; abarcando diferentes características sociodemográficas, clínicas, dimensiones relacionadas con nivel socioeconómico, la terapia, el proveedor (sistema y equipos de salud) y los factores propios del paciente.

1. Descripción del Problema.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo mundial, tanto por las consecuencias negativas para las personas, familias, como por los perjuicios que ocasionan en el entramado socioeconómico de los países, en mayor proporción los de ingresos bajos y medianos (3). Por causa de estas enfermedades en el 2012 se presentaron 38 millones de muertes y más del 40% de ellas se consideran prematuras. Es por esto que la OMS hace un llamado a todas naciones a comprometerse con las metas del milenio en relación a reducir el uso nocivo del alcohol, la actividad física insuficiente, la ingesta de sal o sodio, el consumo de tabaco y la hipertensión; detener el aumento de la diabetes y la obesidad, y mejorar la cobertura del tratamiento para prevenir ataques cardíacos.

La enfermedad renal crónica (ERC) se encuentra inmersa dentro de la clasificación de las ENT, considerada como un grave problema de salud pública que afecta aproximadamente al 25% de la población adulta mayor de 60 años, y que resulta como complicación de enfermedades con un inadecuado manejo como la hipertensión arterial y la diabetes en más del 50% de los casos (4). La ERC en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m² sin otros signos de daño renal (5).

En los últimos años las sociedades científicas de nefrología han desarrollado una enorme actividad de información e investigación acerca de la ERC. En 2002 la National Kidney Foundation norteamericana publicó las guías K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative), en las que se describe la definición actual de la ERC, la clasificación en grados, los

métodos básicos de evaluación y el tratamiento (6). Las estadísticas muestran un continuo crecimiento del número de pacientes que necesitan tratamiento de remplazo de la función renal, conllevando a consecuencias desde el punto de vista social y económico, evidenciadas en aumento de la morbilidad y mortalidad de los pacientes con enfermedad renal en estadio terminal. Las razones de esta elevada mortalidad son variadas, pero se destaca el incremento de la edad de los pacientes que reciben este tratamiento, una restauración tanto con hemodiálisis como con diálisis peritoneal de sólo 15 a 20 ml/min de la función renal, y una importante comorbilidad asociada. A pesar de los avances que se han realizado en la hemodiálisis (biocompatibilidad de membranas, membranas de alto flujo, aumento de la frecuencia de las sesiones) y en la diálisis peritoneal (disminución del riesgo de infecciones, introducción de la cicladora) no ha habido una clara mejoría en la evolución de los pacientes (7).

Los pacientes con ERC (especialmente para las enfermedades renales en etapa terminal) requieren un tratamiento de por vida de altos costos médicos, lo que puede acarrear una grave carga financiera para la familia del paciente. Cómo equilibrar la relación del control de costos para garantizar la sostenibilidad y evitar el uso excesivo de los fondos del seguro médico, mientras tanto alivia la carga financiera de los pacientes es una necesidad que las aseguradoras médicas deben considerar, ya que el costo de mantenimiento de estos pacientes ha aumentado en los últimos años junto con el rápido crecimiento de los costos médicos generales. Múltiples estudios han demostrado que el costo del tratamiento, los medicamentos y los exámenes tuvieron los mayores efectos sobre el gasto total en salud, lo que sugiere que las principales fuentes de costo de los pacientes con ERC son las categorías mencionadas. (8)

Teniendo esto en cuenta, numerosos resultados coinciden con varios estudios que demuestran que el trasplante es más económico cuando se compara con el tratamiento para los pacientes que

requieren hemodiálisis convencional, cuando la terapia supera los 16 meses, mientras que para los pacientes sometidos a hemodiálisis diaria el umbral es de aproximadamente 13 meses.(9) considerando esto, es de gran importancia que los pacientes acaten las medidas necesarias para la conservación del injerto renal, y evitar así mismo la pérdida de este, que va a generar también grandes pérdidas económicas tanto para el paciente como para las aseguradoras, al tener que regresar a la terapia de hemodiálisis prescritas previamente y nuevamente la opción de un trasplante renal.

El trasplante de riñón es reconocido como el mayor avance de la medicina moderna a la hora de proporcionar años de supervivencia con una elevada calidad de vida a pacientes con ERC a nivel mundial (10). El trasplante renal (TR) es un procedimiento quirúrgico que consiste en el implante de un riñón de un donante a un paciente con insuficiencia renal crónica (ERC - estadios 3 a 5 de la clasificación K/ DOQI) (6). El TR es considerado una terapéutica de mucho éxito ya que restablece no solamente la salud del paciente con enfermedad renal, sino que lo reintroduce a las actividades sociales, laborales y físicas. Es claro que el TR tiene un costo alto, pero en el análisis de la economía de la salud a largo plazo sigue siendo el tratamiento más económico en relación con la diálisis por el costo más alto que se genera si se realizan numerosas sesiones de hemodiálisis (2 a 3 veces por semana) en un solo año (11). Existen dos tipos de donantes, donantes vivos relacionados los cuales tienen mejores resultados por la compatibilidad y los donantes cadavéricos: también llamados donantes con muerte encefálica.

La mayoría de trasplantes renales con quienes se realizó el proyecto provienen de donantes cadavéricos, lo cual indica que los nefrólogos deban prescribir dosis suficientemente alta de los medicamentos para evitar el rechazo sin poner en riesgo la salud del receptor (12). El mayor conocimiento del rechazo inmunológico ha conducido al desarrollo de inmunodepresores

modernos seguros, que suprimen la actividad de linfocitos sensibilizados frente a un trasplante (13). La inmunodepresión es especialmente importante durante el período postrasplante inicial en el que hay una elevada incidencia de rechazo precoz del trasplante. La inmunodepresión habitual ofrece una eficacia excelente con una buena tolerabilidad, la mayoría de pacientes reciben medicamentos derivados de las ciclosporina como tacrolimus, micofenolato y esteroides (14). Todo régimen farmacológico inicial debe adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente según lo indicado por la aparición de efectos secundarios, falta de eficacia o requisitos exigidos por los protocolos. Adicional a este régimen de tratamiento inmunosupresor, el paciente debe modificar sus hábitos como dieta saludable, realizar actividad física recomendada, disminución de peso, control del ingreso de líquidos; sumado a esto, el paciente debe continuar con el tratamiento de sus enfermedades de base consumiendo los antihipertensivos, hipoglicemiantes, macronutrientes, estatinas y demás medicamentos que aseguran el buen funcionamiento de todos los órganos y por consiguiente aseguran la buena perfusión del injerto renal y evitan el rechazo del mismo.

Los inmunosupresores constituyen una categoría especial de fármacos que presentan características especiales que los hacen diferentes a otros grupos terapéuticos. Son fármacos de alto riesgo, ya que presentan una estrecha ventana terapéutica y tienen una alta variabilidad interpoblacional e intraindividual. Por lo tanto, las fallas en la dosificación, pueden dar como resultado: 1) falta de eficacia con pérdida del trasplante; 2) una inmunosupresión excesiva acompañada de infecciones, o 3) efectos indeseables graves debidos a la toxicidad propia del fármaco (15). El rechazo inmunológico es una causa frecuente de disfunción precoz y tardía del trasplante. Existe una enorme variación de la cronología y la intensidad de los episodios de rechazo y en su respuesta al tratamiento , Factores determinantes de los episodios de rechazo y la

respuesta al tratamiento, Grado de sensibilización e incompatibilidad al HLA, Algunas infecciones por virus, por ejemplo, CMV, Incumplimiento del tratamiento inmunodepresor (16).

Los estudios reportan que para tener éxito en los programas de trasplantes se deben asumir unos compromisos serios, enmarcados en la adherencia terapéutica. En primer lugar el paciente debe comprometerse en consumir los medicamentos según la orden, asistir a los controles médicos, practicarse los exámenes de laboratorios y cambiar hábitos y prácticas de riesgo que van en contravía a su salud. Así mismo, las instituciones de salud deben de proveer los medicamentos oportunamente, contar con personal capacitado y con buena actitud para atender este grupo de pacientes (7).

La no adherencia al tratamiento inmunosupresor se ha asociado tanto con la aparición de episodios de rechazo agudo tardío como con la aparición de ADE (anticuerpo donante-específico) y rechazo crónico humoral. En la actualidad, la única herramienta disponible para evaluar la adherencia es la monitorización de los niveles en sangre de los fármacos inmunosupresores, aunque diversos estudios han mostrado que la no adherencia se relaciona con diversas variables del receptor (adolescentes, bajo nivel socioeconómico, etc.) entendiéndose con esto que la falla en el trasplante debido a la no adherencia es estrictamente responsabilidad del paciente. (17)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su proyecto “Adherencia a los tratamientos a largo plazo” define la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona, entendido en términos de toma de los medicamentos, seguimiento a un régimen alimentario y en ejecución de cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de cuidados de la salud; teniendo en cuenta que la relación entre el prestador y el paciente, sea de calidad, aspecto fundamental para la adherencia

al tratamiento (18). Por consiguiente, las personas con patologías crónicas requieren de tratamientos de larga duración para su adecuada evolución y control; los cuales deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente (19).

El Observatorio Mundial de Donación y Trasplante documentó para el año 2014, un total de 79.768 trasplantes renales en el mundo (tasa de trasplante 11,08 ppm), 30.849 en América (tasa de trasplante 31,6 ppm) y 761 en Colombia (tasa de trasplante 15,5 ppm). En Colombia, 979.415 personas tuvieron diagnóstico de enfermedad renal crónica en cualquiera de sus estadios durante el año 2015; de estas, 34.470 fueron reportadas con alguna terapia de reemplazo renal, siendo la diálisis la más utilizada (80%). El trasplante ocupó el segundo puesto en frecuencia después de la diálisis. Según lo documentado por elUSRDS, la diálisis es el tratamiento de la ERC en estadio terminal más utilizado en la mayoría de los países, seguido por el trasplante (20).

6.421 personas (vivas) al final del periodo habían sido trasplantadas a lo largo de su vida, sin embargo, 525 se encontraban recibiendo otra TRR por- que tenían un injerto no funcional. Esto significa que aproximadamente 2 de cada 100 personas que recibieron diálisis o tratamiento médico no dialítico durante el periodo, habían recibido alguna vez en la vida un trasplante renal; de estos, el 57,2% eran hombres con promedio de edad de 43 años (DE 13,5 años) y la terapia más frecuentemente utilizada fue la hemodiálisis (76,6%). Se desconoce el tipo de donante en el 36,2% de las personas, sin embargo, entre aquellos en quienes sí se conoce, el mayor porcentaje recibió el órgano a partir de donantes fallecidos (82%). 127 personas reportadas con trasplante funcional habían muerto al final del periodo (21).

En Colombia entre el 1 de julio de 2014 y el 30 de junio de 2015 se reportaron 6023 personas con trasplante renal y el Instituto Nacional de Salud describió en su informe anual un

total de 869 trasplantes de riñón realizados durante 2015, que correspondieron al 70% de la totalidad de los trasplantes de todos los órganos realizados en el país. Las complicaciones infecciosas documentadas en la población que actualmente tiene trasplante renal funcional fueron la infección por citomegalovirus en el 1.7%, tuberculosis 1.2%, infección por hongos 0,8%, infección en la herida quirúrgica 0,2%. Otras complicaciones no infecciosas relacionadas con el trasplante renal se presentaron en esta población de forma posterior al trasplante como son las complicaciones vasculares, urológicas, cáncer y rechazo agudo del injerto, siendo este último el de mayor frecuencia en el 7.4% (21).

Así, se documentó rechazo del injerto en 406 pacientes que tienen trasplante funcional, de ellos, el 10% lo tuvo en los primeros 30 días postrasplante, seguido por aquellos que hicieron el rechazo de 3 a 6 meses después del mismo (17%). Un 22% adicional presentó el primer rechazo del injerto entre los 6 meses y los dos años posteriores al trasplante (21).

En Neiva, Antes de 1990, las opciones terapéuticas para los pacientes con insuficiencia renal crónica eran limitadas. Un pequeño número de pacientes estaba recibiendo diálisis de forma regular debido a que solo existían unidades renales en las principales ciudades del país y el desplazamiento de nuestros pacientes era una odisea. Además, los candidatos a diálisis eran pacientes muy seleccionados y se elegían solo los jóvenes que tuvieran la insuficiencia renal como único diagnóstico, para el resto el diagnóstico de insuficiencia renal crónica era la sentencia de muerte. Entre 1997 y 2005 el tratamiento de estos pacientes mejoró sustancialmente con la apertura de varias unidades de hemodiálisis y en febrero del 2006 se practica el primer trasplante renal de donante vivo en la clínica Medilaser y el 27 de febrero de 2007 en el Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” se realiza el primer trasplante renal con donante cadavérico y hasta diciembre 31 de 2014 se han realizado 227 trasplantes renales, dos de ellos

con donante vivo.

En la actualidad el Departamento del Huila cuenta aproximadamente con novecientos (900) pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal, ocasionando una preocupación y el interés en el grupo de trasplantes de aumentar la tasa de donación para la obtención de donantes cadavéricos y así brindar a los pacientes con IRC su trasplante y una mejora en la calidad de vida. Ante la baja en la tasa de donación por millón de habitantes que para el 2014 cerró en 13.2 a diciembre 31 de 2014 el Hospital Moncaleano realizó 227 trasplantes, dos de ellos con donante vivo. Los indicadores de seguimiento a riesgos en la prestación del servicio de trasplante renal han arrojado resultados similares a los de IPS trasplantadoras de riñón prestigiosas, tanto a nivel nacional como internacional. Las tasas de donación y trasplantes de la Regional No.6 de la RDT según datos de la CNRDT-INS siempre se han ubicado en el 2do y a mucho en el 3er lugar (tasa de trasplantes) a nivel nacional; contando con una población de 1.140.539 (proyección DANE año 2014) (20).

Estas cifras y el contexto general de la adherencia, junto a los factores que la afectan, representan una gran preocupación, debido a que posterior al rechazo, algunos pacientes presentan pérdida del injerto, lo que representa alto costo para el paciente, su familia, el sistema de salud y la comunidad en general. De este modo, genera gran preocupación que los pacientes no se encuentren adheridos a su tratamiento, por lo cual, es de gran importancia identificar dichos factores que la afectan y si están directamente relacionados con el riesgo de presentar rechazo. Teniendo en cuenta todos estos aspectos es posible plantearse la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico

y no farmacológico y el rechazo del injerto renal, en pacientes trasplantados en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante 2007 y 2017?

2. Justificación.

Las enfermedades crónicas representan la mayor incidencia y prevalencia en la actualidad, encabezando las estadísticas mundiales y considerándose el principal problema de salud pública a intervenir. Este grupo de patologías que día a día se van incrementando, generando alto costo social y económico, con múltiples cambios a nivel individual y colectivo.

El abordaje de la persona con ERC sometida a un trasplante renal es una temática poco explorada, posiblemente por ser uno de los tratamientos más novedosos en la actualidad. Las estadísticas nacionales demuestran que el trasplante renal es el más realizado en nuestra población con un total de 745 trasplantes de riñón total en el año de 2016, para una proporción del 70% con respecto a los demás órganos trasplantados (20). Lograr un procedimiento de esta complejidad, necesita la participación activa de los entes gubernamentales, IPS y profesionales de la salud para conseguir el rescate eficiente del órgano y trasplantarlo a la persona más histocompatible y que cumpla la totalidad de requisitos personales, apoyo familiar y demás, que auguren el éxito. En este sentido, se requiere el compromiso decidido del sector de la salud y el propio paciente en el cumplimiento de todas las órdenes relacionadas con el tratamiento farmacológico y no farmacológico, con el propósito de dar viabilidad al órgano trasplantado, prevenir complicaciones postrasplante y mejorar la calidad de vida de la persona y la familia.

La reciente designación de la enfermedad renal como una importante enfermedad crónica no comunicable (ECNC) en la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre ECNC es un paso en esta dirección. Pero la detección precoz y los programas de prevención no van a prevenir nunca la IRC terminal en todas las personas con enfermedad renal crónica, y el trasplante renal es una terapéutica esencial, viable, con buena relación coste-efectividad y que salva vidas, que debería estar igualmente disponible para todo aquel que la necesite. Ésta puede ser la única opción de

tratamiento sostenible para la IRC terminal en países con bajos ingresos, ya que es económica y proporciona mejor evolución a los pacientes que otros tratamientos. Sin embargo, el éxito del trasplante no se ha dado de forma pareja en todo el mundo y aún existen disparidades sustanciales en el acceso a este tratamiento. Seguimos preocupados por la comercialización de órganos provenientes de donantes vivos y la explotación de poblaciones vulnerables para obtener lucro. Hay soluciones disponibles; éstas incluyen modelos de programas exitosos de trasplante en varios países en desarrollo, la creciente disponibilidad de agentes inmunosupresores genéricos más económicos, la mejora en el entrenamiento clínico, el desarrollo de guías gubernamentales y profesionales en las que se prohíba la comercialización de órganos y en las que se definan estándares profesionales para una práctica ética, y un plan en cada país para avanzar hacia la autosuficiencia en trasplante de órganos que se centre en donantes vivos y especialmente en un programa administrado a nivel nacional de donantes fallecidos. (22)

Aunque el trasplante renal es una opción muy viable para el tratamiento de la ERC, la pérdida del injerto es una complicación que se presenta con más frecuencia de la esperada. La pérdida del injerto está muy relacionada con múltiples factores asociados al donador y receptor, así como la técnica quirúrgica, la experiencia y habilidad del grupo multidisciplinario que participa en el trasplante, el esquema de inmunosupresión y antibioticoterapia, que forman parte del tratamiento farmacológico que el paciente debe manejar, estos últimos están estrechamente relacionados con la adherencia al tratamiento prescrito por parte del paciente, el cual controla y regula los medicamentos que consume. Teniendo esto en cuenta, en Colombia, la adherencia al tratamiento y el rechazo al injerto en personas con trasplante renal, son fenómenos que han sido inexplorados, por lo cual esta investigación se considera de especial pertinencia, novedad y utilidad, teniendo en cuenta que se investigarán los factores que condicionan la adherencia al

tratamiento en usuarios sometidos al trasplante renal, incluyendo la variable de rechazo de trasplante.

La presencia de fibrosis intersticial y atrofia tubular (FI/AT) que define la NCT es un hallazgo muy frecuente en diversos estudios realizados en biopsias de seguimiento y afecta a más del 60 % de los injertos al año del trasplante. Durante los primeros meses pos trasplante observamos una pérdida de función renal asociada a la lesión de isquemia/reperfusión y a la presencia de episodios de disfunción inmunológica celular o mediada por anticuerpos. Posteriormente, muchos injertos van a mantener una función renal estable durante años y se producirá un progresivo declinar de la función renal solo si aparece algún evento que lo desencadene. Estudios recientes sugieren que este fenómeno suele hallarse en relación con la aparición de anticuerpos donante-específicos (ADE) de novo en el contexto de una inmunosupresión inadecuada (17). Esta falla en la inmunosupresión es debida en mayor parte a la falla en la prescripción de medicamentos inmunosupresores pero en mayor medida en la falta de adherencia y seguimiento terapéutico que presenta el paciente con la medicación ordenada. La no adherencia al tratamiento inmunosupresor, así como las pautas de minimización de la inmunosupresión (por patología asociada u otras), parecen ser las principales causas de inflamaciones y glomerulopatias del injerto. Además, un tratamiento insuficiente puede asociarse con la aparición de episodios de rechazo agudo tardío (celular, humoral o mixto) que presentan una inadecuada respuesta al tratamiento. (17)

La adherencia al tratamiento de las personas con enfermedades crónicas en los países desarrollados se estima en un 50%, en los países en vía de desarrollo las tasas son aún menores (7). Es claro que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento y la deficiente adherencia a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del

tratamiento y la efectividad de los medicamentos, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud (23). De igual forma, se entiende que la mayor parte de la atención necesaria para los procesos crónicos se fundamenta en el autocuidado del paciente, el empleo de tecnología para el control de la patología, cambios en el modo de vida que se deriva del logro de las metas propuestas por el personal de salud y aceptadas por la persona. Así mismo, las intervenciones dirigidas a la adherencia terapéutica deben adaptarse a las exigencias particulares relacionadas con la enfermedad experimentada por el paciente, lo que justifica realizar estudios para evaluar las necesidades de los pacientes y los factores que influyen en la no adherencia a los esquemas.

Durante la revisión bibliográfica se ha detectado estudios que se limitan a evaluar la viabilidad del trasplante desde la visión médica, procedimiento quirúrgico, mediciones séricas de fármacos y anticuerpos. En este punto, en el 2012 se llevó a cabo un estudio retrospectivo en la unidad de trasplantes del hospital Universitario de Neiva, con el objetivo de determinar las causas que contribuyen a la pérdida del trasplante renal de donante cadavérico en la cohorte de pacientes atendidos durante el periodo de cinco años (24); la Incidencia de fracaso fue de un 20%, las posibles causas de pérdida se describen la edad mayor de 60 años (OR: 2,3), tiempo de isquemia fría mayor de 13h (OR: 2), complicaciones vasculares, nefropatía crónica del injerto (OR: 15,3) e infecciosas (OR: 9,4). Como se puede observar, se ha dejado de un lado el papel preponderante que ejerce el mismo paciente trasplantado en relación a la participación activa en conservar la salud con un enfoque de autocuidado; evidenciado en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico con los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en el mismo y la probabilidad de rechazo en los casos de mala adherencia.

En este sentido es importante establecer la posible asociación entre los factores que condicionen la adherencia al tratamiento con el rechazo renal; máxime que una complicación de lo anterior se traduce en pérdida del injerto renal generando que la persona retorne a las terapias de remplazo renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) afectando gravemente la autoestima y la dinámica familiar; así como los efectos negativos al sector salud. En este orden de ideas, Prihodova y colaboradores (25) en 2014 reportan que Pacientes con mala adherencia a la medicación inmunosupresora generan mayor probabilidad de pérdida del injerto en el primer año de trasplante.

En la actualidad, se considera la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos como el eje fundamental para el logro de las metas propuestas, en especial con los pacientes que presentan enfermedades crónicas. A su vez, se convierte en un reto para todos los profesionales que trabajan con estos pacientes, llevando a la necesidad de identificar los comportamientos de salud y analizarlos con una visión holística del ser, que facilite la comprensión de sus interrelaciones y reciprocidad con el ambiente, que condiciona en buena parte las respuestas a la enfermedad o los riesgos (26).

Como parte del equipo de salud, el profesional de enfermería participa activamente en las fases pre, trans y postransplante; brinda soporte social por medio de intervenciones encaminadas al seguimiento, educación, guía, retroalimentación, interacción personal y social, estrategias que deben ser determinadas en relación con su impacto sobre la calidad de vida. Sumado a lo anterior, el enfermero como agente de salud debe conocer el tipo de población que atiende, hacer una valoración amplia y diseñar estrategias que permitan al paciente conocer claramente la relevancia de ejecutar un tratamiento efectivo tanto con medicamentos como desde el seguimiento de las recomendaciones de diferente índole. En este sentido, las actividades de

promoción de la salud y prevención de la enfermedad no son exclusivas del primer nivel, estas deben aplicarse también en el segundo y tercer nivel, reconociendo que allí son más especializadas y motivan al profesional a buscar estrategias que estimulen la adherencia y el bienestar (27).

El Hospital Universitario de Neiva es la única IPS habilitada a nivel Surcolombiano para realizar trasplantes, perteneciente a la regional número 6, es una institución de cuarto nivel de complejidad que lleva a cabo este tipo de procedimientos, adicional es centro de práctica de instituciones universitarias donde se tienen convenios docentes asistenciales, que se tornan como garantes de viabilidad y factibilidad de realizar este tipo de investigaciones; máxime por la asociación de dos grupos de investigación categorizados por Colciencias con investigadores con nivel de formación de doctorado y maestría, que aseguran que se tendrán unos resultados de calidad con gran impacto en la comunidad científica.

El trasplante renal es hoy en día un nuevo campo de acción para los profesionales de enfermería, donde se pueden ejercer cada uno de los roles: el administrativo por medio del buscar y gestionar un cuidado pos trasplante, el rol docente con cada una de las actividades de educación que debe hacerse tanto con la persona postrasplantada como la familia, quienes serán el apoyo más importante durante el tiempo que involucra el trasplante; el rol asistencial el cual se desempeña en el día a día, y el rol investigativo, necesario para construir y obtener nuevos conocimientos que contribuyan a mejorar el quehacer profesional, cualificando la práctica, y aportando en la solución de problemas sentidos por parte de los usuarios.

Serán beneficiarios de esta investigación, en primer lugar, las personas con enfermedad renal crónica que han sido sometidas a trasplante renal y sus cuidadores familiares, en la medida en que se determinará, a través de la asociación de dos variables, de qué forma la adherencia al

tratamiento y el rechazo del injerto puedan tener asociación, con el fin de tener insumos para la reorientación o redefinición de las intervenciones propuestas por el equipo de salud que tengan como uno de sus indicadores la relación directa con la calidad de vida y la mejorar el impacto.

Por otro lado se espera que sean beneficiarios de esta investigación los profesionales de enfermería de la asistencia y los estudiantes en formación, en la medida en que se logre reconocer los diversos roles que asume enfermería en el área de cuidado a la persona sometida a trasplante renal, referida como un escenario de alta tecnología, en el que se deben desarrollar habilidades y competencias técnicas especializadas, y a la vez fortalecer los roles de educadores, el diseño y ejecución de planes de egreso y seguimiento, que deben ser validados demostrando su incidencia directa en la calidad de vida de los usuarios.

3. Objetivos.

3.1 Objetivo General:

Determinar la asociación entre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y el rechazo del injerto renal, en pacientes trasplantados en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante 2007 y 2017.

3.2 Objetivos Específicos:

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con trasplante y rechazo del injerto renal, participantes en el estudio.
- Determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes participantes en el estudio.
- Identificar los factores socioeconómicos, relacionados con el equipo de salud, con el tratamiento y con la condición del paciente, que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con trasplante y rechazo del injerto renal, participantes en el estudio.
- Estimar el riesgo de rechazo del injerto renal teniendo en cuenta el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y los factores que influyen en esta.

4. Marco Referencial

4.1 Antecedentes:

La adherencia es un factor de amplio impacto e importancia que favorece el bienestar del paciente, principalmente de aquellos que cursan con patologías crónicas o requieren de cuidado prolongado, de este modo, en pacientes a quienes se les ha realizado trasplante renal, se requiere que haya una ventaja sobre su adherencia farmacológica y no farmacológica, para evitar situaciones como el rechazo, más aún para evitar la pérdida del injerto. Por lo cual, a continuación se relaciona parte del estado del arte de esta temática en los últimos años, desde el cual puede percibirse un vacío en el conocimiento que pretende ser abordado en esta investigación.

En 2012, en Madrid, En el hospital clínico San Carlos realiza el artículo “Adherencia al tratamiento inmunosupresor en el paciente adulto con trasplante renal” donde a través de un estudio descriptivo de corte transversal en pacientes mayores de 18 años, con injerto renal funcional, que acuden a la consulta de trasplante renal y son autosuficientes en el tratamiento.(28)

El cumplimiento adecuado del tratamiento inmunosupresor es fundamental en este tipo de pacientes, ya que la no adherencia al tratamiento puede ser la causa de la pérdida del injerto renal; se ha comprobado lo importante que es seguir correctamente dicho tratamiento junto con hábitos de vida saludables para que mejore también la supervivencia del paciente.

La adherencia al tratamiento puede ser una causa modificable, donde tiene un papel importante la enfermería, interviniendo de manera activa en la educación sanitaria del paciente trasplantado, de ahí, que nos planteemos conocer el grado de adherencia que tienen nuestros pacientes con trasplante renal.

La adherencia al tratamiento se debe al adecuado cumplimiento terapéutico inmunosupresor, que engloba dos conceptos: el cumplimiento de dosis y forma de administración y, la persistencia en la duración del tratamiento prescrito. (28)

En el año 2013, se realizó el siguiente estudio: ¿Ha mejorado la supervivencia del injerto tras el trasplante renal en la era de la moderna inmunosupresión?, donde la introducción de los nuevos fármacos inmunosupresores ha permitido reducir la tasa de rechazo agudo y mejorar la supervivencia del injerto a largo plazo. Al mismo tiempo, la combinación de estos fármacos ha contribuido a disminuir la tasa de fracaso tardío del injerto. (29)

En este mismo año y país, Huérfano Castro y colaboradores (30), describen las características clínicas de los episodios de rechazo agudo en pacientes con trasplante renal del Hospital Universitario San Ignacio, donde encontraron que el 28.5% de los paciente trasplantados presentaron rechazo agudo (50 pacientes), los cuales presentaron 69 episodios de rechazo, 15 dos episodios y 4 pacientes más de dos. Concluyen que se encontró relación entre el rechazo celular y la presencia de donante marginal, disfunción retardada del injerto, tiempo de isquemia, menor tiempo en diálisis y edad del receptor menor. No se encontró relación con respecto al sexo del receptor, terapia de inducción y edad del donante.

Al mismo tiempo, en el estudio realizado por Núñez en 2014 (31), sobre adherencia en pacientes polimedicados, se analizó una población de 375 individuos mayores de 65 años donde la mayoría de los sujetos de la muestra tenían más de ocho medicamentos; concluyendo que este es un factor primordial porque influye directamente en la adherencia, de tal manera que, a mayor número de medicamentos, menor es el cumplimiento.

Es importante mencionar el estudio realizado por Conthe y colaboradores en el año 2017 (32), donde atribuyen la inadecuada adherencia terapéutica a la falta de educación sanitaria sobre la

enfermedad padecida, la complejidad del tratamiento, la inadecuada relación médico-paciente, falta de conocimiento del uso del medicamento, la aparición de reacciones adversas y la falta de soporte sanitario, social y familiar. Por tanto, es fundamental el planteamiento de estrategias donde se actué o intervengan las diferentes causas de manera repetitiva y durante un largo periodo de tiempo debido a que su eficacia disminuye con el tiempo.

Seguidamente en el año 2016, Shehab et al (33), en Emiratos Árabes Unidos, desarrollan el estudio “Evaluation and implementation of behavioral and educational tools that improves the patients’ intentional and unintentional non-adherence to cardiovascular medications in family medicine clinics” donde describen que la falta de comprensión de los pacientes de su estado de salud y la adhesión al tratamiento son retos para el personal de salud. Identificaron que los pacientes son resistentes a modificar su estilo de vida y su régimen farmacológico, lo que conduce aún más al desarrollo de enfermedades, esto debido a creencias negativas o barreras motivacionales ($p=0,027$), barreras de recuerdo o memoria del tratamiento ($p=0,014$) y barreras de acceso ($p=0,019$).

En este mismo año, Villegas Alzate et al (34), publican el artículo denominado “El abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal: una alarma en salud pública”, donde encuentran que La eficacia de un tratamiento depende de numerosos factores, pero entre ellos se destaca la colaboración mutua entre el personal de la salud y de los pacientes. Los estudios publicados sobre la adherencia de pacientes en diálisis renal muestran que el compromiso en estos pacientes es bajo, aumentando el riesgo de mortalidad y hospitalización tanto en pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal.

En México, Hernández J, Hernández N, realizaron un estudio denominado “Experiencia a largo plazo del programa de trasplante renal del Hospital Regional de Veracruz, México” en

donde encontraron que las causas de pérdida de injerto fueron: infecciones en seis pacientes (donde se incluye un paciente por CMV), falta de adherencia al tratamiento en tres pacientes, muerte en tres pacientes, rechazo en tres pacientes, desconocida en dos pacientes y trombosis de injerto en un paciente. Concluyendo entre otras cosas que El uso de inducción y educación pre trasplante es una de las claves para lograr una baja tasa de rechazo agudo y adecuadas tasas de supervivencia injerto/paciente durante el primer año pos trasplante (35)

En España, Sissi Sierra, también en 2016 (36), identificó en la literatura científica internacional la adherencia terapéutica en personas adultas con trasplante de riñón, quien encuentra que los estudios indican que la mayoría de los pacientes son muy poco adherentes. Sólo tres estudios tenían una muestra de <10% de pacientes no adherentes. Los jóvenes son menos adherentes que los adultos, las personas que han recibido un injerto por parte de un familiar vivo también son menos adherentes y las razones principales de la causa de esa no adherencia son el olvido, los efectos secundarios y la complejidad del tratamiento.

En el estudio realizado por Sidney C. Smith en 2017 (37), resalta la educación como un marcador para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico recomendado, además considera importante el impacto de los medios en la educación del paciente ya que en una publicación reciente de Dinamarca sobre 674.000 individuos de 40 años de edad, los cuales habían iniciado la terapia con estatinas durante el período 1995-2010, se reconoció la asociación de 1.931 noticias relacionadas con las estatinas (110 clasificadas como negativas, 1.090 como neutras y 731 como positivas) de los periódicos, las revistas, la radio, la televisión, los Web, y las noticias, donde la suspensión temprana de las estatinas aumentó durante el período del estudio del 6% al 18% y se asoció positivamente con noticias negativas.

En Neiva, Colombia, Cubillos C, Sandoval R, publicaron un artículo en el año 2014 denominado “Factors contributing to the loss of deceased donor kidney at Fundación Surcolombiana de Trasplantes. February 2007-November 2012, Neiva, Colombia”, encontrando que al primer mes del trasplante las 2 principales complicaciones fueron de tipo vascular (33,75%) y urológico (27,5%), derivadas de problemas en el acto quirúrgico y las alteraciones de la herida quirúrgica: infección, seroma, hematoma y eventración, con el 8,7%. Junto a esto se evidencio que la pérdida del injerto relacionada con distintos factores del tratamiento fue de 9,09%, en relación de 3 pacientes a 33 correspondiente al total de la muestra, teniendo en cuenta que la causa de no adherencia al tratamiento farmacológico fue de 3%, relación de 1 paciente a 33 correspondiente a la muestra total. Concluyendo que las principales causas de pérdida de injerto o muerte del receptor fueron vasculares e infecciosas en los primeros 6 meses postrasplante y a relación fracaso: éxito en los pacientes trasplantados en el Hospital Universitario de Neiva entre febrero de 2007 a noviembre de 2012 fue aproximadamente de uno por cada 5 trasplantados. (38)

Según la revista de Hospital Juan México, se publicó el artículo Pérdida del injerto en trasplante renal: estudio comparativo donador vivo & cadavérico, donde afirma que La pérdida del injerto se relaciona con múltiples factores asociados al donador y receptor, así como de la técnica quirúrgica y la experiencia del grupo multidisciplinario participante en el trasplante, el esquema de inmunosupresión y antibioticoterapia. La literatura reporta sobrevivencia del injerto a uno, tres y cinco años para DVR 89, 82 y 70% y para DC 79, 76 y 60%, respectivamente, por lo que comparativamente los resultados en el presente estudio fueron superiores. Se ha reportado en la mayoría de los centros de trasplante renal al rechazo inmunológico como la principal causa de pérdida del injerto y en segundo lugar a la trombosis vascular, en el presente estudio también son

las principales causas constatándose homogeneidad de resultados con otros centros de trasplantes nacionales e internacionales.(39)

4.2 Marco Conceptual:

4.2.1 Adherencia terapéutica:

Para el presente estudio se tomará la definición de adherencia terapéutica dada por la OMS como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (18).

4.2.2 Factores que influyen en la adherencia terapéutica:

La OMS refiere que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional, determinado por la acción recíproca de cinco parámetros que inciden sobre la adherencia a los tratamientos: factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el sistema de atención sanitaria y factores socioeconómicos; todos interactúan unos con otros.

a) Factores socioeconómicos: Se atribuye un efecto considerable sobre la adherencia a factores como el estado socioeconómico deficiente, pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de redes de apoyo social, condiciones de vida inestable, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, alto costo de los medicamentos, disfunción familiar, cultura y creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento; los cuales de manera conjunta actúan negativamente sobre la adherencia terapéutica en personas con procesos crónicos como los cardiovasculares (40) (41).

b) Factores relacionados con el equipo o el sistema de salud: La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el prestador de asistencia sanitaria, el paciente y el

sistema de atención en salud. De hecho, las buenas relaciones entre los pacientes y sus prestadores de asistencia sanitaria son imperativas para la buena adherencia. La actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los profesionales de asistencia sanitaria, que han demostrado ser determinantes de la adherencia de los pacientes (18) (40).

c) Factores relacionados con la enfermedad y condición de salud del paciente: Estos factores constituyen exigencias particulares que enfrenta el paciente; algunos determinantes son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad. Su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción del paciente y en la prioridad asignada a la adherencia terapéutica (22). La repercusión de la no adherencia al tratamiento o adherencia deficiente depende de la prioridad que el cliente le dé a su tratamiento (42).

d) Factores relacionados con el tratamiento: Entre los factores que más influyen en la adherencia están: la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad del apoyo médico para tratarlas (3).

e) Factores relacionados con el paciente: Estos factores representan el conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia (40).

4.2.3 Trasplante renal

Trasplante es la transferencia (injerto) de tejidos u órganos de un donante a un receptor con el fin de restaurar la función en el cuerpo (21).

El trasplante renal es el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada, ya que en la mayoría de casos ofrece una calidad de vida superior en comparación con la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. La baja disposición de órganos ha sido la principal limitante para la expansión de esta modalidad terapéutica. Las tasas de trasplante renal varían considerablemente de acuerdo a la edad de los pacientes, siendo menores en individuos de edad avanzada, quienes representan un grupo de riesgo relativamente mayor (43).

3.2.4 Rechazo del injerto renal

El trasplante renal requiere un seguimiento meticuloso inicialmente en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de Trasplante y posteriormente consulta externa. Durante el seguimiento pueden surgir diversas complicaciones quirúrgicas o médicas, algunas precoces y otras tardías. El rechazo es la principal complicación tras el trasplante renal. Se puede clasificar en (43):

- a) **Rechazo hiperagudo:** ocurre en las 48h tras la vascularización del injerto y obliga a su extirpación. Se caracteriza por trombosis intravascular iniciada por los anticuerpos citotóxicos preformados dirigidos contra antígenos endoteliales del donante.
- b) **Rechazo agudo acelerado:** similar al hiperagudo, pero aparece en la primera semana postrasplante, obligando igualmente a realizar la trasplantectomía.
- c) **Rechazo agudo:** Pérdida del injerto en el primer año postrasplante con una incidencia de 15-25%. Es además el principal factor predictivo del desarrollo de rechazo crónico. Se define como un deterioro agudo de la función renal con cambios patológicos específicos en el injerto. Ocurre generalmente en los tres primeros meses del trasplante renal, pero puede aparecer meses

posteriores.

d) Rechazo crónico: es un estado caracterizado clínicamente por hipertensión arterial, proteinuria y deterioro progresivo de la función renal, e histológicamente por daño túbulo-intersticial, vascular y glomerular. Durante el primer año de evolución aparecen lesiones túbulo intersticiales secundarias a isquemia en el 94,2% de los pacientes. Posteriormente se desarrollan lesiones vasculares.

e) Rechazo inmunológico: respuesta elaborada por el sistema inmunológico del organismo frente a un órgano trasplantado, en general medido por linfocitos T, generando una serie de anticuerpos ante lo que reconoce como un cuerpo extraño. Puede provocar la pérdida del órgano trasplantado si no es tratado correctamente (3).

f) Pérdida de la función del injerto: Incapacidad de un órgano trasplantado (corazón, hígado, riñón, páncreas, pulmón, etc.) para cumplir su función y que condiciona la muerte del paciente, si es un órgano vital (corazón, hígado, pulmón), o la vuelta del paciente al programa de diálisis (riñón).

En el trasplante renal, las principales causas precoces de pérdida del injerto son: el rechazo hiperagudo o agudo, fallo técnico, rotura del injerto, etc.; y las causas tardías son: el rechazo crónico, la toxicidad por drogas, la recidiva de la nefropatía en el injerto y la muerte del paciente, con injerto funcional, por causas cardiovasculares, infecciosas, hepatopatías o tumores.

4.3 Marco Teórico:

4.3.1 Teoría del autocuidado de Dorothea Orem:

Dorothea Orem propone su teoría de enfermería del Autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, la cual describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, describe y explica

como la Enfermería puede realizar acciones que ayuden a la gente y la teoría de sistemas de enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero (44).

Autocuidado: El autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo (44). El concepto básico de la teoría, es el autocuidado, el cual se define como el conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que realiza o debería realizar la persona por sí misma. Según Orem, el autocuidado no es innato, sino se aprende esta conducta a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela y amigos (45).

Agencia de autocuidado: Persona que lleva a cabo las acciones de autocuidado. Cuando las acciones van desde la persona que las realiza hacia personas sin capacidad de autocuidado (niños, ancianos con discapacidad, enfermos en coma, etcétera), la conceptualiza como agente de cuidado dependiente y cuando se habla en términos de cuidados especializados, se refiere a la agencia de Enfermería (45).

Requisitos de autocuidado: Es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas (46).

3.3.2 Teoría del déficit de autocuidado:

Expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de

cuidado, donde toma conceptos clave como (45): Demanda de autocuidado terapéutico, agencia de autocuidado y déficit de autocuidado.

4.4 Marco Legal:

4.4.1 Ley 73 de 1988: Por la cual se adiciona la Ley 09 de 1979 y se dictan otras disposiciones en materia de donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos

Artículo 6. Previamente a la utilización de órganos, componentes anatómicos o líquidos orgánicos, deberá practicarse prueba para detectar anti-cuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La muestra para los efectos anteriores deberá ser tomada

a) En cualquier momento siempre y cuando exista respiración natural o asistida artificialmente.

b) Dentro de las dos (2) horas siguientes al momento de la muerte

Artículo 8. Teniendo en cuenta las disposiciones de la presente Ley, el Gobierno reglamentará la donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos, así como el funcionamiento de Bancos de Órganos, comprendiendo en un solo texto dichos reglamentos. (46)

4.4.2 Ley 919 de 2004: Por la cual se prohíbe la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante y se tipifica como delito su tráfico.

Artículo 1. La donación de componentes anatómicos; órganos, tejidos y fluidos corporales deberá hacerse siempre por razones humanitarias. Se prohíbe cualquier forma de compensación, pago en dinero o en especie por los componentes anatómicos. Quien done o suministre un órgano, tejido o fluido corporal deberá hacerlo a título gratuito, sin recibir ningún tipo de remuneración por el componente anatómico. Ni el beneficiario del componente, ni sus familiares, ni cualquier otra persona podrá pagar precio alguno por el mismo, o recibir algún tipo

de compensación. (47)

4.4.5 Ley 1805 de 2016: Modifica la ley 73 de 1988 y la ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones (todos somos donadores)

Artículo 7. Los rescates de órganos y tejidos obedecerán a las necesidades nacionales de donación y trasplantes. Los criterios únicos nacionales de distribución y asignación de órganos y tejidos deberán ser definidos por el Instituto Nacional de Salud (INS) atendiendo la escala de severidad de la enfermedad del paciente y la compatibilidad. El Instituto Nacional de Salud (INS) asume a partir de la presente ley funciones de máxima autoridad administrativa frente a la estructura y organización de la Red de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos.

Artículo 8. Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), deberán contar con recursos humanos y técnicos idóneos a fin de detectar en tiempo real a los I potenciales donantes de acuerdo con los criterios y competencias que establezca el I Instituto Nacional de Salud (INS). I Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de Nivel 11 con Unidad de Cuidados 1 I Intensivos (UCI) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de Nivel III y IV, deberán contar con los recursos humanos y técnicos idóneos para el diagnóstico de 1,1 la muerte encefálica, así como para el mantenimiento del donante hasta el momento I del rescate. Estos recursos serán un requisito de habilitación. I La auditoría de estos procedimientos estará a cargo del Instituto Nacional de Salud (INS), que podrá delegar dicha función en las coordinaciones regionales de la Red de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos.

Artículo 11. Todo paciente que tenga una enfermedad que afecte un órgano o tejido susceptible de trasplante, deberá ser evaluado por una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) habilitada en el servicio de trasplante de órganos e implante de tejidos, con el fin de saber si es apto o no para ingresar a la Lista de Personas en Espera de Donación (IEO). Esta

evaluación deberá realizarse dentro de los tres (3) meses siguientes al diagnóstico. Si la persona es apta, deberá ser ingresada inmediatamente a la Lista de Personas en Espera de Donación (LEO). (48)

4.4.3 Decreto 2493 de 2004: por medio del cual se regula la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante o implante de los mismos en seres humanos

Artículo 3. La Red de Donación y Trasplantes estará estructurada en dos (2) niveles: Nacional y Regional.

Parágrafo. Los Bancos de Tejidos y de Médula Ósea y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, que se encuentren habilitadas con programas de trasplante deberán inscribirse ante la sede de la Coordinación Regional de la Red de Donación y Trasplantes de la respectiva jurisdicción, de acuerdo con los requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social. (49)

4.5 Operacionalización De Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Características sociodemográficas y clínicas	Conjunto de características biológicas, sociales y culturales presentes en	Genero	Hombre Mujer	Cualitativa	Nominal
		Zona de residencia	Urbana Rural	Cualitativa	Nominal
		Edad del paciente	14-26 años 27 – 59 años	Cuantitativa	Intervalos

la población		Estudiante		
estudiada, sus-		Empleado		
ceptibles de ser	Ocupación	Hogar	Cualitativa	Nominal
medidas		Pensionado		
		Independiente		
		Estrato 1		
	Estrato	Estrato 2	Cualitativa	Ordinal
		Estrato 3		
		Estrato 4		
	Ingreso mensual	<1 smmlv.		
	del hogar	Entre 1 y 2 smmlv	Cualitativa	Ordinal
		>2 smmlv.		
		Casado		
		Soltero		
	Estado civil	Separado	Cualitativa	Nominal
		Unión libre		
		Viudo		
		Básica 1 ^o a incompleta		
		Básica 1 ^o a completa		
	Nivel educativo	Básica 2 ^o a incompleta	Cualitativa	Ordinal
		Básica 2 ^o a completa		
		Técnico		
		Profesional		

			Subsidiado		
	Régimen de salud		Contributivo	Cualitativa	Nominal
			Especial		
	Tiempo en lista de espera realizar trasplante		<6 meses		
			Entre 7 y 12 meses	Cuantitativo	Intervalos
			Entre 13 y 24 meses		
			>25 meses		
	Tiempo trasplantedo en meses		0 a 24 meses		
			25 a 48 meses		
			49 a 72 meses	Cuantitativa	Intervalos
			73 a 96 meses		
			>97 meses		
	Tipo de donante		Vivo	Cualitativa	Nominal
			Cadavérico		
Uso de medicamentos durante la atención en salud	Administración de medicamentos que modifican el riesgo del desenlace	Total medicamentos que toma	1		
			2	Cuantitativo	Ordinal
			3		
			4		
Reacciones adversas por el	Cualquier respuesta a un medicamento que	Reacción por medicamento	Disminución visual		
			Pérdida de cabello	Cualitativo	Nominal
			Somnolencia		

uso de	sea nociva o no		Varios de los anteriores		
medica-	intencionada		Otros		
mento					
Antece-	Presencia de		HTA		
dentes	eventos patoló-		DM		
patológi-	gicos y de ante-	Antecedentes pato-	ERP		
cos pre-	cedentes de con-	lógicos	Enfermedad glomerular	Cualitativo	Nominal
vios a la	sumo previa a la		LES		
pérdida	hospitalización		Varios de los anteriores		
del riñón			Otros		
Limitacio-	Condición con-		Movilidad		
nes físicas	siderada deterio-		Auditivas		
que pa-	rada respecto del	Limitación física	Visuales	Cualitativo	Nominal
dezca pa-	estándar general		Varios de los anteriores		
ciente	de un individuo		Ninguna		
Acciones					
y costum-	Factores que		Sedentarismo		
bres que	perjudican y		Alcoholismo		
complican	puede fomentar		Consumo de grasas		
la adhe-	desarrollo de	Factores de riesgo	Tabaquismo	Cualitativo	Nominal
rencia del	complicaciones		Varios de los anteriores		
trasplante	para el presente		Ninguno		
renal.	trasplante.				

Riesgo de rechazo del injerto	Desarrollo de complicaciones o problemas que presente el trasplante	Ha presentado rechazo	Si No	Cualitativo	Nominal
-------------------------------	---	-----------------------	----------	-------------	---------

5. Hipótesis De Estudio.

Los pacientes con trasplante y rechazo del injerto renal, tienen afectación de los factores que influyen en la adherencia farmacológica y no farmacológica, principalmente hacia el riesgo y el comportamiento de no adherencia.

Ho: Los pacientes con rechazo del injerto renal tienen los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y el rechazo del injerto renal, en pacientes trasplantados en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante 2007 y 2017.

6. Diseño Metodológico.

6.1 Tipo De Estudio:

Estudio con enfoque cuantitativo de tipo observacional, analítico transversal, ya que se hará un corte en el tiempo para la medición de las variables de estudio, el cual para el presente estudio, estará comprendido entre 2007 y 2017, por lo tanto, se evaluarán los factores que influyen en la adherencia y el grado de adherencia en los pacientes a quienes se les haya realizado trasplante renal y hayan presentado rechazo de injerto. El método y técnica de recolección de la información será a través de la aplicación de un instrumento que determina el grado de adherencia y los factores que afectan, elaborado por Bonilla y Gutiérrez (26), al igual que se aplicará un formato de recolección de la información para medir las variables sociodemográficas, clínica y las relacionadas con el rechazo del injerto.

6.2 Población:

La población corresponde a los pacientes a quienes se les realizó trasplante renal en el HUHMP. La totalidad de pacientes para el estudio en el periodo de tiempo establecido es de 130 pacientes aptos para participar del mismo, sin embargo este número disminuyó debido a la defunción de un paciente antes de poder implementar el instrumento, quedando finalmente con un total de 129 pacientes para la realización del estudio

6.3 Muestra:

Para el presente estudio se tomará a la totalidad de la población, por lo cual no se realizará cálculo del tamaño de muestra, para que este sea representativo y soporte la validez externa de la investigación. El tipo de muestreo es no probabilístico, por conveniencia, ya que se tomará a la totalidad de la población dependiendo de los criterios de inclusión.

6.4 Criterios De Inclusión

Criterio de inclusión:

- a) Pacientes (Hombres y mujeres) mayores de 18 años
- b) PACIENTES que acepten participar DEL ESTUDIO y firmen consentimiento pacientes trasplantados EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA EN EL periodo de julio de 2007 hasta diciembre de 2017

Criterio de exclusión:

- a) Pacientes trasplantados más de una vez
- b) Pacientes gestantes
- c) Pacientes con DEFICIT COGNITIVO o condición que deteriore el estado mental

6.5 Método, Técnica E Instrumentos:

La información será recolectada a través de los siguientes elementos:

6.4.1 Formato de recolección de la información: donde se registrarán los datos concernientes a características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, el cual es creado por los investigadores y contará con revisión de un asesor metodológico y dos asesores temático.

6.4.2 Instrumento para valorar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, creado y validado por Bonilla y Gutiérrez en 2014 (26); contiene 53 ítems, divididos en 4 dimensiones acordes a las propuestas por la OMS que abordan. Este instrumento fue validado por sus autoras y cuenta con un Alfa de Crombach de 0.85. Es de resaltar que se tiene el aval para el uso en esta investigación.

6.6 Procedimientos Para La Recolección Y El Análisis De La Información:

La información será registrada en un formulario virtual de Google Drive, que la exportará a

una base de datos en el programa Excel versión 2013 diseñada para este fin, el análisis se realizará según la necesidad de las variables. Se utilizarán medidas de tendencia central y serán analizadas con ANOVA, Kruskal Wallis, Spearman (rs) y Kendall (t) utilizando el software estadístico stata 14, el cual tiene licencia la Universidad.

7. Consideraciones éticas.

Teniendo en cuenta la Ley 911 de 2004, donde se dictan las normas en materia de la ética y deontología de enfermería, y la resolución 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este proyecto de investigación se clasifica como de riesgo mínimo, ya que se incluirá información relacionada con la adherencia y mediante un estudio analítico transversal se analizará la información. Se hará entrega al paciente del consentimiento informado donde se explica objetivos, justificaciones, beneficios, procedimientos, riesgos y aclaraciones para que tenga información acerca de este y acepte o no participar en el estudio. Los investigadores firmaran el acuerdo de confidencialidad para poder revisar y llevar privacidad en la información encontrada en las historias clínicas.

Es importante mencionar que la no aceptación por parte del paciente en participar en el estudio no tendrá ninguna repercusión en el tratamiento médico realizado por el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Si el paciente decide participar en el estudio podrá retirarse en el momento que lo desee, no tendrá ningún tipo de riesgo al decidir participar en el estudio y los investigadores se comprometen a cuidar la integridad del paciente. Además al paciente no será afectado debido a que no se realizara ninguna intervención en el.

La información que se obtiene de los pacientes y la revisión de las historias clínicas solo será analizada por los investigadores de este proyecto de investigación.

Riesgo: Proyecto de investigación se clasifica como de riesgo mínimo

Alcance: Con este trabajo de investigación se espera lograr realizar una publicación en una revista indexada en un periodo de tiempo a mediano plazo.

Impacto: Se espera que este proyecto de investigación genere nuevos conocimientos en los investigadores, identificar factores de adherencia farmacológica y no farmacológica y aportar al

desarrollo investigativo de la Universidad Surcolombiana y el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

Costo – Beneficio: Se pretende identificar los factores que influyen en la adherencia farmacológica y no farmacológica y su relación con la pérdida del injerto renal en pacientes trasplantados, para que estos sean tenidos en las dos instituciones y tomen medidas pertinentes en futuros pacientes, donde se fomente la adherencia, lo cual beneficiaría en primera medida a los pacientes, sus familiares, la Universidad, las dos instituciones prestadoras de servicios en salud y toda la comunidad en salud.

Seguridad del paciente: Para la seguridad del paciente se tendrán en cuenta las normas de calidad de la institución (HUHMP) y las políticas de calidad, seguridad del paciente, de humanización y decálogo de trato humanizado. Con respecto al manejo de la información o datos, se garantizará la confidencialidad de la información, por lo cual, no se utilizarán nombres y aspectos personales de los pacientes, esta información se hará pública mediante códigos.

Para dar inicio a la investigación se solicitaron los permisos institucionales con el personal administrativo pertinente, y personal integrante de comité de ética y técnicos institucionales.

8. Resultados.

Para el desarrollo de este proyecto se solicitó al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo la base de datos de los pacientes que fueron sometidos a trasplante de riñón por la misma institución desde que inició su operatividad en el área en el 2007 hasta diciembre de 2017 y la base de datos de los pacientes activos en la institución para control de trasplante renal. Después de obtenida la base de datos, se realizó una depuración de estos pacientes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión en la investigación. Posteriormente se efectuó un primer contacto con los usuarios por vía telefónica para informar a estos sobre el objetivo de la investigación. A los pacientes que aceptaron se les hizo una visita domiciliaria o abordaron antes de sus consultas de control, en las cuales se explicó nuevamente la investigación, se procedió a firmar del consentimiento informado, después de esto se aplicó el formato de variables sociodemográficas y consecutivamente la encuesta de factores que influyeron la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

El HUHMP envió dos bases de datos, la primera de pacientes trasplantados por la institución desde el 2007 hasta el 2017, contando con 305 usuarios registrados y la segunda de los pacientes que se encuentran activos en el programa de control de trasplante renal que contenía 207 usuarios, al hacer cruce de las mismas y depuración teniendo en cuenta los criterios de inclusión se obtuvieron 130 usuarios de los cuales, en el transcurso del estudio, se presenta el fallecimiento de 1 de ellos antes de implementar el instrumento quedando al final 129 usuarios que participaron en el estudio, descartando los 77 restantes por no cumplir con los requerimientos que el estudio conlleva.

La presentación de los resultados se realiza teniendo en cuenta los objetivos de estudio, los cuales fueron cumplidos en su totalidad, como se evidencia en la presente información, de forma

que se organizan en cuatro grupos de análisis, el primero correspondiente a las características socio demográficas y clínicas de los participantes en el estudio, el segundo corresponde a los resultados del instrumento “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, versión 3”, agrupados en sus 4 dimensiones (factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo de salud, factores relacionados con la terapia, factores relacionados con el paciente), el tercero tratara sobre el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes participantes en el estudio y finalmente el cuarto corresponde a estimar el nivel de riesgo de rechazo del injerto renal teniendo en cuenta los resultados obtenidos por el instrumento de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en los pacientes participantes. De esta forma a continuación se describen los principales resultados obtenidos

8.1 Características Sociodemográficas Y Clínicas De Los Participantes En El Estudio.

8.1.2 Características sociodemográficas:

Tabla 1

Distribución y medidas de tendencia central en edad de los participantes

Variable	N	Media	De	Mínimo	Máximo
Edad	129	49,5	12,4	22,0	77,0

Datos obtenidos en entrevista (Fuente: Elaboración propia)

Los participantes del estudio presentaron diversidad de edades, destacándose con una edad promedio de 49 años. La edad mínima de los participantes fue de 22 años y la máxima 77 años, en donde los encuestados se encontraban en el momento curso de vida de adulto joven, adulto y vejez. Esto muestra que enfermedades crónicas como la ERC que termina en necesidad de trasplante renal no es una problemática presente solo en personas de edades avanzadas, sino

también en personas jóvenes, lo cual puede estar relacionado con los estilos de vida inadecuados que se están llevando desde temprana edad, aspectos genéticos o enfermedades subyacentes desde la infancia, que también están relacionados con dichas patologías.

Tabla 2

Distribución de pacientes participantes, según características sociodemográficas.

Variable Sociodemográfica	N	%
1. Sexo		
Hombre	75	58,1
Mujer	54	41,9
2. zona de residencia		
Urbana	106	82,2
Rural	23	17,8
3. Ocupación		
Estudiante	1	0,8
Hogar	25	19,4
Pensionado	18	14,0
Empleado	30	23,3
Independiente	55	42,6

Datos obtenidos en entrevista (Fuente: Elaboración)

La mayoría (58%) de los pacientes postrasplantados participantes de la investigación son Hombres. A su vez, el 82% de los participantes residen en el área urbana. La ocupación se encuentra relacionada con la edad de los pacientes, teniendo en cuenta que solo 1 (0,8%) se encuentra culminando sus estudios y 14% ya se encuentran recibiendo pensión, nos da una idea sobre la variedad de edades que encontramos. Se puede notar que el 65,9% de los encuestados se

encuentra laboralmente activo, de esta forma el 79,9% posee ingresos ya sea como empleado, independiente o pensionado, siendo una cifra considerable a tener en cuenta ya que en contraste solo el 20,2% está desempleado o sin ingresos lo que corresponde a los de ocupación de Hogar y Estudiante. Además, si se tiene en cuenta que sólo el 6,2% tiene ingresos mensuales mayores a 2 SMMLV, se evidencia que la población estudiada puede tener grandes necesidades económicas o escasos recursos, por lo que es probable que no cuenten con los recursos económicos necesarios para garantizar cuidados en su salud y necesidades básicas del hogar.

La zona de residencia se evidencia como un factor de gran variación ya que el 82,2% de encuestados reside en zona urbana, mientras que el restante 17,8% reside en la zona rural, siendo esta una población de riesgo debido a la dificultad que pueden presentar para trasladarse a los centros de salud a sus respectivos controles. Se puede añadir que en este grupo todos los encuestados poseen estratos 1 y 2, lo que se manifiesta en otro factor de riesgo añadido a los mismos, por lo cual deben merecer mayor atención a la hora de hacer abordaje los usuarios.

La mayoría de participantes (93,1) pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 y 2, que corresponden a estratos bajo, y el restante 6,9% se encuentra en estratos 3 y 4, lo que indica que probablemente tienen grandes necesidades económicas, como lo representado anteriormente, en los pacientes encuestados lo que puede llegar a afectar la disposición de los recursos de la salud y necesidades básicas de salud.

Sobre el estado civil de los pacientes encuestados se evidencia que el 59.7% de la muestra tiene una pareja estable, lo cual puede ser determinante para la adherencia al tratamiento siendo un factor que puede influir de manera positiva o negativa en cada paciente.

El nivel de escolaridad de los participantes es variado, destacándose que los pacientes presentan un nivel educativo bajo, en donde el 55,1% no culminó sus estudios básicos y solo el

19,4% logro la educación superior (tecnólogo o profesional), lo cual puede estar relacionado con el nivel de ingreso y estrato socioeconómico presentados anteriormente; los cuales son factores importantes que inciden en el cumplimiento de las recomendaciones médicas y en la permanencia del tratamiento.

8.2.2 Características clínicas del paciente

Tabla 3
Distribución porcentual de variables relacionadas al trasplante

Variable clínica	N	%
1. Tipo de donante		
Vivo	1	0,8
Cadavérico	128	99,2
2. Tiempo en lista de espera		
< 6 meses	44	34,1
Entre 13 y 24 meses (1 a 2 años)	31	24,0
> 25 meses (> 2 años)	21	16,3
. Tiempo de trasplante		
25 a 48 meses (2 a 4 años)	25	19,4
49 a 72 meses (4 a 6 años)	26	20,2
73 a 96 meses (6 a 8 años)	20	15,5
> 97 meses (>8 años)	38	29,5
4. Ha presentado rechazo		
Si	12	9,3
No	117	90,7

Datos obtenidos en entrevista (Fuente: Elaboración)

Las características clínicas del paciente es una variable importante para el estudio ya que

muestra las condiciones clínicas y terapéuticas previas y postrasplante de cada paciente, permitiendo caracterizarlos y tener una mejor visión sobre su proceso patológico, quirúrgico y de recuperación que cada uno pueda presentar.

Se evidencia que la gran mayoría de trasplantes se realizaron con donante cadavérico 99,2%, lo cual puede tener relevancia a la hora de presentar algún tipo de rechazo o aceptación por parte del paciente receptor. El mayor número de trasplantes se realizaron en los primeros 6 meses de estar en lista de espera en cada paciente, lo cual nos puede indicar que el régimen de salud no es un factor influyente en esta variable ya que la mayor cantidad de usuarios pertenecen al sistema subsidiado, y los rangos entre los tiempos en lista de espera no presentan mucha variación en cuanto al número de usuarios que se vieron incluidos en los mismos.

Una variable de gran relevancia para esta investigación es la historia de haber presentado rechazo al injerto renal, en este sentido se evidencio que solo el 9,3% de los encuestados presento un rechazo posterior a su intervención quirúrgica. Teniendo en cuenta que el 45% de los trasplantados llevan más de 6 años con su injerto, y más específicamente el 29,5% de pacientes que lleva más de 8 años con el mismo, se nota que la cantidad de rechazos presentes es relativamente bajo, si consideramos la cantidad de la muestra y el periodo de tiempo que cada paciente lleva con su injerto, esto nos puede indicar que los pacientes llevan un estilo de vida y adherencia al tratamiento prescrito positivo o saludable lo que ha generado que el número de rechazos presentados y al mismo tiempo de pérdida del injerto sea bajo.

Tabla 4
Distribución porcentual de características clínicas de los paciente

Variable clínica	N	%
1. Reacción medicamentosa		

Disminución visión	4	3,1
Perdida cabello	3	2,3
Somnolencia	2	1,6
Otros	7	5,4
Varios de los anteriores	8	6,2
Ninguno	102	79,1
2. Antecedentes personales		
HTA	47	36,4
DM	6	4,7
ERP	1	0,8
Enfermedad glomerular	7	5,4
LES	2	1,6
Varios de los anteriores	46	35,7
Otros	20	15,5

Datos obtenidos en entrevista (Fuente: Elaboración propia)

Se evidencia que la mayoría (79,1%) de los encuestados no ha presentado ninguna reacción adversa con la medicación que toma, lo cual es un factor muy beneficioso debido a que el hecho de padecer alguna reacción no deseada puede conducir a la no toma de los medicamentos como es debido, caso que puede llegar a presentarse en el 12,3% de encuestados que esta presentado alguna reacción adversa o en mayor medida en el 6,2% que presenta actualmente varias reacciones simultáneamente, situación que se convierte en un factor de riesgo bastante influyente en los hábitos medicamentosos de los mismos.

Teniendo en cuenta que la HTA predomina como enfermedad causal de ERC en este estudio con un 36,4% del total de encuestados y que un 35,7% presenta varias condiciones patológicas

simultaneas, es de vital importancia que se presten atención a estos casos debido a que estos usuarios pueden llegar a presentar una adherencia deficiente por aumento de la cantidad de medicamentos que deberán tomar al día, para controlar el trasplante y su enfermedad(es) base, siendo este número de medicamentos un factor causal de que la adherencia terapéutica sea deficiente en los usuarios y pueda llevar de nuevo con el tiempo a una pérdida de la función renal y regresar a la terapia de diálisis que puedan necesitar.

Otra variable que resalta es la de limitaciones físicas en donde destaca el hecho de que la mayoría 83,7% de encuestados no manifiestan ninguna discapacidad, siendo un factor protector que sobresale para una correcta rutina en el uso de los medicamentos, dato que contrasta con el 14,1% de encuestados que poseen alguna discapacidad o en mayor medida con el 2,3% que posee más de una discapacidad física, lo cual constituye un factor altamente riesgoso a la hora de seguir una rutina medicamentosa pues dificulta el uso de los medicamentos ya sea por la dificultad en reconocerlos o en desplazarse por ellos, y que puede causar una adherencia deficiente y consiguiente pérdida de la función renal.

Cuando se aborda la variable de factores de riesgo se puede identificar dos puntos positivos como lo son el hecho de que 40,3% de los encuestados no manifiesta ningún factor de riesgo y ningún paciente presenta el factor de consumo de tabaco, esta variable solo se evidencia en los 16,3% que manifiestan poseer más de 2 factores de riesgo o el 43,5% que posee solo uno de estos factores (sedentarismo, alcoholismo, consumo de grasas), siendo un total de 59,8% de encuestados los que requieren de intervención para eliminar estos factores y así ayudar a conservar su injerto sin futuras complicaciones o pérdida del mismo.

Se puede observar una gran diferencia entre los encuestados que pasaron por hemodiálisis 79,8% y diálisis peritoneal 20,2% como terapia renal previa a la necesidad de un trasplante, esto

nos puede indicar que los usuarios que se ven sometidos a hemodiálisis poseen un riesgo de 4/5 de desarrollar una falla renal completa y caer en la necesidad de un trasplante, con mayor rapidez que aquellos que sean sometidos a diálisis peritoneal, mostrándonos que estos últimos tienen una progresión de la enfermedad más lenta que los primeros.

8.1 Características Sociodemográficas Y Clínicas De Los Participantes En El Estudio Que Han Presentado Rechazo Del Injerto Renal.

8.2.1 Características sociodemográficas del paciente que ha presentado rechazo

Tabla 5
Distribución porcentual de pacientes participantes que han presentado rechazo, según características sociodemográficas

Variable sociodemográfica	N	%	% global
1. Edad			
14 - 26 años	1	8,3	0,8
27 - 59 años	8	66,7	6,2
> 60 años	3	25,0	2,3
2. Sexo			
Hombres	5	41,7	3,9
Mujeres	7	58,3	5,4
3. Zona de residencia			
Urbana	9	75,0	7,0
Rural	3	25,0	2,3
4. Ocupación			
Estudiante	1	8,3	0,8
Hogar	4	33,3	3,1
Pensionado	0	0,0	0,0

Empleado	0	0,0	0,0
Independiente	7	58,3	5,4
5. Estrato socioeconómico			
Estrato 1	7	58,3	5,4
Estrato 2	5	41,7	3,9
Estrato 3	0	0,0	0,0
Estrato 4	0	0,0	0,0
6. Ingresos			
< 1 smmlv	8	66,7	6,2
Entre 1 y 2 smmlv	4	33,3	3,1
> 2 smmlv	0	0,0	0,0
7. Estado civil			
Casado	5	41,7	3,9
Viudo	0	0,0	0,0
Soltero	3	25,0	2,3
Separado	3	25,0	2,3
Unión libre	1	8,3	0,8
8. Escolaridad			
Primaria incompleta	4	33,3	3,1
Primaria completa	1	8,3	0,8
Secundaria incompleta	2	16,7	1,6
Secundaria completa	4	33,3	3,1
Técnico	1	8,3	0,8

Universitario	0	0,0	0,0
9. Régimen de salud			
Subsidiado	10	83,3	7,8
Régimen especial	0	0,0	0,0
Contributivo	2	16,7	1,6

Datos obtenidos en entrevista (Fuente: Elaboración propia)

Teniendo en cuenta que la edad mínima de los encuestados se encontraba en 22 años, representando esta persona el 8,3% del total de pacientes que presentaron rechazo y el cual pertenece al grupo de edad de 14 a 26 años, se puede evidenciar que los rechazos se presentan inherentes a la edad, ya que se presentaron en todos los rangos de edad estudiados y que tendrían que ver más con el manejo que la misma persona le está dando a su tratamiento y por ende a la preservación de su injerto.

También se puede notar que en las personas que han presentado rechazo se mantienen la sincronía entre la cantidad de participantes de ambos sexos, y en donde predomina la población de zona urbana en proporción 1/3 con la rural, lo que puede indicar que por cada 3 personas de la zona urbana que desarrollen rechazo, 1 persona de zona rural también lo hará.

Se nota también que solo el 58,3% de encuestados recibe un salario fijo (pensionados), lo que nos indica que las personas que se acercan a la edad de adultez mayor, tienen mayor riesgo de presentar algún tipo de rechazo. Aunque más de la mitad de usuarios de este grupo recibe un salario fijo, el 100% se encuentra en estratos 1 y 2, lo que nos indica que el estrato socioeconómico es un factor de riesgo directo que predispone a presentar rechazo en el injerto, ya sea por la dificultad que se puede presentar para trasladarse hasta el centro de salud, para seguir una dieta establecido, hábitos o conductas saludables, evidenciado en el 100% de encuestados que recibe entre 1 y 2 SMMLV y más específicamente, el 66,7% que recibe menos

de 1 SMMLV, cifra que es alarmante, ya que en el grupo total de la muestra, el 93,8% está dentro de este rango, lo que los predispone a padecer un posible rechazo en el futuro. Esto puede deberse a que el 58,3% de usuarios que presentaron rechazo no culminaron sus estudios básicos, solo el 33,3% logro terminar la secundaria y una persona, es decir, el 8,3% de ellos logro alcanzar los estudios superiores, condiciones que afectan directamente la calidad de vida por el difícil acceso a un ingreso salarial estable y adecuado para ellos. Añadido a esto se puede incluir al 83,3% que pertenece al régimen de salud subsidiado, mostrándonos que pertenecer a este tipo de afiliación predispone a un rechazo del injerto, ya sea por la dificultad para recibir los medicamentos por parte de los usuarios o de autorización bien sea en citas médicas o exámenes necesarios para sus controles

El 66,7% de este grupo se encuentra en algún tipo de relación sentimental, lo que indica que este tipo de condiciones puede significar un factor de riesgo, contrario a lo que se planteaba anteriormente, ya que ninguna persona que se encuentra en estado de soltería presento un rechazo al injerto.

8.2.2 Características clínicas del paciente que ha presentado rechazo

Tabla 6
Distribución porcentual de variables relacionadas al trasplante

Variable Clínica	N	%	% global
1. Tipo de donante			
Vivo	0	0,0	0,0
Cadáverico	12	100	9,3
2. tiempo en lista de espera			
< 6 meses	5	41,7	3,9
Entre 7 y 12 meses	2	16,7	1,6

Entre 13 y 24 meses (1 a 2 años)	4	33,3	3,1
> 25 meses (> 2 años)	1	8,3	0,8
3. tiempo de trasplante			
0 a 24 meses (0 a 2 años)	1	8,3	0,8
25 a 48 meses (2 a 4 años)	3	25,0	2,3

Datos obtenidos en entrevista (Fuente: Elaboración propia)

Al analizar estas variables se puede identificar que el 100% de los encuestados que presentaron rechazos en el pasado, poseían injertos provenientes de donantes cadavéricos, lo que no puede indicar que este tipo de donante puede significar un factor de riesgo, en este caso, bastante notorio, para desarrollar en un futuro algún tipo de rechazo hacia el injerto recibido.

Aunque se evidencia que el mayor número 91,7% de encuestados de este grupo estuvo menos de dos años en lista de espera, se encontró simetría entre los rangos de tiempo en los cuales se presentaron los rechazos (33,3% en cada rango), lo que puede indicar que este tipo de complicación no es dependiente del tiempo que el usuario haya permanecido en lista de espera o del tiempo que este dure con el injerto como único factor, sino que se tendría que ser en conjunto que con otros factores de riesgo que se presenten.

Aunque más de la mitad de rechazos (66,7%) se presentaron antes del primer año del trasplante, más del 66,7% de usuarios han pasado la brecha de tiempo de 4 años con el injerto, lo que puede indicar que, a pesar de que el rechazo se puede presentar en el inicio del tratamiento, este puede ser controlado y superado, logrando que el periodo de funcionalidad del injerto aumente y se iguale al de las personas que no presenten rechazo.

Tabla 7
Distribución porcentual de características clínicas de los pacientes

Variable clínica	N	%	% global
------------------	---	---	----------

1. Reacción medicamentosa			
Disminución visión	0	0,0	0,0
Perdida cabello	1	8,3	0,8
Somnolencia	0	0,0	0,0
Otros	1	8,3	0,8
Varios de los anteriores	0	0,0	0,0
Ninguno	10	83,3	7,8
2. Antecedentes personales			
HTA	5	41,7	3,9
DM	0	0,0	0,0
ERP	0	0,0	0,0
Enfermedad glomerular	2	16,7	1,6
LES	0	0,0	0,0
Varios de los anteriores	3	25,0	2,3
Otros	2	16,7	1,6
3. Limitaciones físicas			
Movilidad	0	0,0	0,0
Auditiva	0	0,0	0,0
Visual	0	0,0	0,0
Varios de los anteriores	0	0,0	0,0
Ninguna	12	100	9,3

Datos obtenidos en entrevista (Fuente: Elaboración propia)

Dado que el 83,3% de encuestados que presentaron rechazo manifiestan no sentir ninguna reacción medicamentosa indeseable, se puede deducir que el sufrir o no alguna de estas

reacciones, o poseer un mayor número de medicamentos a tomar, no es un factor que genere rechazo en el injerto renal, siendo en contraste si un factor que puede generar mala conducta de adherencia terapéutica.

Dado que el 66,7% de encuestados de este grupo presentan HTA como enfermedad base de ERC, junto al 71,5% de encuestados que poseían HTA en el total de la muestra de la población, se evidencia que se conserva la HTA como una de las patologías bases más numerosas y se puede inferir que esta condición es un factor que puede desencadenar en rechazo del injerto, debido a que puede significar un aumento de la patología o en la dificultad para seguir el régimen terapéutico lo que desencadenaría en falla de la función renal que se pueda tener. Esto en combinación con el hecho de que el 91,7% de encuestados de este grupo tenía hemodiálisis como terapia previa al trasplante, indica que el hecho de tener esta terapia previa, ya es un factor de riesgo de gran influencia y que sumado a una patología de base como la HTA, constituyen una de las principales causas de rechazo de trasplante.

Se puede notar que el 50% de encuestados de este grupo posee uno o varios factores de riesgo comportamentales, tales como consumo de grasas, bebidas alcohólicas, consumo de cigarrillos o sedentarismo, lo que indica que este tipo de conductas de riesgo son un factor que puede estar asociado a generar de rechazo del injerto, se nota que hay un aumento considerable teniendo en cuenta que en la población total de la muestra, el 40,3% de encuestados no poseía factores de riesgo, lo que indica que en la población que genero rechazo de injerto, se incrementó la cantidad de usuarios que poseen conductas no acorde a la terapia y que se manifiestan en factores de riesgo. Cabe destacar que 25% de encuestados en este grupo poseen más de dos factores de riesgo, lo que indica que es necesario reforzar la educación y prevenir así un posible rechazo que se pueda desarrollar.

8.3 Grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes participantes en el estudio.

La siguiente información fue recolectada por medio de una encuesta dirigida utilizando el instrumento denominado: “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico” en su tercera versión (40), el cual contiene 53 preguntas, agrupadas por cuatro dimensiones: relacionada con nivel socioeconómico, con la terapia, con el proveedor (sistema y equipos de salud), con la terapia y los factores propios del paciente, se debe tener en cuenta que el puntaje que el puntaje tendrá una calificación de la siguiente manera: Entre 80 y 100% para dar el puntaje donde tienen más adherencia; entre el 60 y 79% sería el puntaje intermedio y menos del 59% serian todos los factores que muestran una no adherencia al tratamiento o el paciente muestra comportamientos de no adherencia. El instrumento fue aplicado a 129 pacientes con trasplante renal, de los cuales 117, encontrando lo siguiente:

Tabla 8

Distribución porcentual de pacientes según resultado total del instrumento “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”.

Resultado total	n	%
Ventaja de adherencia	103	79.8
Riesgo de no adherencia	22	17.1
Comportamiento de no adherencia	4	3.1

Datos obtenidos de encuesta, todas las dimensiones instrumento Bonilla Ibañez (Fuente: elaboración propia)

Al observar estos resultados, se puede notar que la mayoría 79,8% de encuestados se encuentra en ventaja de adherencia, es decir, que están llevando el manejo terapéutico de la forma adecuada acompañado de hábitos que benefician esto primero. Al analizar estos resultados se debe tener en cuenta que pese a que los encuestados poseen gran variedad de factores de

riesgo, evidenciados en las tablas anteriores, estos no implican que desarrollen un comportamiento de no adherencia al tratamiento.

Reafirmando lo anterior, solo el 3,1% de encuestados mostro comportamiento de no adherencia a pesar de que más de la mitad de encuestados posee factores de riesgo clínicos o sociodemográficos, dato que se muestra en tablas anteriores.

8.4 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con trasplante renal del HUHMP del 2007 al 2017.

Tabla 9

Distribución porcentual de pacientes según opciones de respuesta, para valoración del factor socioeconómico (preguntas de la 1 a la 14 del instrumento de bonilla ibañez).

Variable dimensión	Nunca	%	A Veces	%	Siempre	%
socioeconómica						
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación)	7	5.4	49	38	73	56.6
2. Puede costearse los medicamentos	118	91.5	5	3.9	6	4.6
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta	15	11.6	36	28	78	60.4

4. Cuenta con permisos laborales para asistir a sus citas	15	11.6	18	14	96	74.4
5. Reconoce que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo	4	3.1	2	1.6	123	95.3
6. Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados	67	51.9	28	21.7	34	26.4
7. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad	32	24.8	23	17.8	74	57.4
8. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento	17	13.2	16	12.4	96	74.4

9. Las relaciones entre los miembros de la familia que viven con usted lo desaniman para seguir los tratamientos	93	72.1	12	9.3	24	18.6
10. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento	97	75.2	21	16.3	11	8.5
11. El contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven de ejemplo	11	8.5	27	21	91	70.5
12. Los que le ayudan saben qué tan grave es la enfermedad y su tratamiento	7	5.4	14	10.9	108	83.7
13. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificul-	66	51.2	38	29.4	25	19.4

tan el cumplimiento

de sus citas

14. Comparte con

otras personas sus

preocupaciones y estos 29 22.5 26 20.1 74 57.4

lo animan a seguir su

tratamiento

Datos obtenidos de encuesta, dimensión: socioeconómica instrumento Bonilla Ibañez (Fuente: elaboración propia)

Tabla 10

Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión socioeconómica que afecta la adherencia

Análisis dimensión socioeconómica	n	%
Comportamientos de no adherencia	22	17.1
Riesgo de adherencia	61	47.3
Ventaja de adherencia	46	35.6

Datos obtenidos de encuesta, dimensión: socioeconómica instrumento Bonilla Ibañez (Fuente: elaboración propia)

La dimensión socioeconómica incluye los factores económicos, sociales y culturales que influyen en la adherencia de los pacientes con trasplante renal del HUHMP del 2007 al 2017, es la dimensión que presentó más riesgo y comportamiento de no adherencia, y solo el 35,6% estuvo en ventaja de adherencia, esto está relacionado a que la mayoría de la población pertenece a estrato económico 1 y 2. Esto influye principalmente en que los pacientes no pueden costearse los medicamentos, bien sea por su costo, ya que no es de negar el alto precio de éstos

medicamentos en el mercado o porque su EPS se los brinda, pero por lo menos la mayoría de los pacientes encuestados tienen disponibilidad económica para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación).

El 60, 4% de los pacientes encuestados cuentan con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta, pero hay un 39, 6% que no cuentan con recursos para ello, estos pacientes refieren que aunque vivan muy lejos del lugar de consulta, muchas o todas las veces tenían que trasladarse caminando y con muchas horas de anterioridad a el horario establecido a sus citas, ocasionando esta problemática que los pacientes dejen de asistir a los controles debido a que cuentan con pocos recursos para trasladarse al lugar de la cita, para realizarse los exámenes médicos, realizar los trámites administrativos, y reclamar los respectivos medicamentos.

A la mayoría las relaciones entre los miembros de la familia con la que viven no lo desaniman para seguir los tratamientos, sino que al contrario los apoyan de distintas formas. Tampoco Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar les dificultan seguir el tratamiento.

Se evidencia un gran apoyo no sólo por parte de sus familiares, sino de las personas o empresas en las cuales trabajan debido a que la gran mayoría cuenta con permisos laborales para asistir a sus citas y los que le ayudan saben qué tan grave es la enfermedad y su tratamiento; además de un gran autocuidado, ya que el 95,3% de los pacientes reconocen que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo, pueden leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad, tienen conocimiento acerca de su enfermedad y tratamiento, además de que a la mayoría no se les dificulta los cambios en la dieta aunque los alimentos recomendados por el médico o enfermera sean de alto costo.

Tabla 11

Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud (preguntas de la 15 a la 35 del instrumento de bonilla ibañez).

Variable dimensión	Nunca	%	A Veces	%	Siempre	%
relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud						
15. El trato del médico y las enfermeras lo anima a volver a sus controles.	1	0.8	1	0.8	127	98.4
16. El personal de enfermería le enseña y da recomendaciones escritas sobre sus tratamientos	0	0	8	6.2	121	93.8
17. La información verbal de parte del médico es detallada y precisa	0	0	2	1.6	127	98.4
18. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en	111	86	12	9.3	6	4.7

cuanto a la cantidad, los horarios y la rela- ción con las comidas						
19. La institución a la que consulta muestra desorganización en la atención que le brinda	124	96.1	3	2.3	2	1.6
20. Las personas que lo atienden se ven de- masiado ocupadas para escucharlo por mucho tiempo	114	88.3	13	10.1	2	1.6
21. Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con res- pecto a su tratamiento	4	3.1	7	5.4	118	91.5
22. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tra- tamiento por las pre- guntas que le hace	6	4. 6	10	7.8	113	87.6
23. Recibe informa-	1	0.8	3	2.3	125	96.9

ción sobre los benefi-						
cios de los medica-						
mentos ordenados por						
su médico						
24. Recibe orientación						
sobre la forma de						
ajustar los horarios de						
los medicamentos de	4	3.1	10	7.8	115	89.1
acuerdo con sus acti-						
vidades diarias						
25. En el caso que us-						
ted fallara en su tra-						
tamiento, su médico y	40	31	26	20.1	63	48.8
enfermera entende-						
rían sus motivos						
26. Conoce por medio						
escrito que señala fe-						
cha, horario y lugar	5	3.8	16	12.4	108	83.7
del próximo control						
27. El médico y la en-						
fermera le dan expli-						
caciones con palabras	1	0.8	3	2.3	125	96.9
que su familiar o usted						

entienden						
28. Cuando le cambian el médico que lo atiende, esto lo confunde	95	73.6	30	23.2	4	3.1
29. El cambio frecuente de medicamentos lo confunde	107	82.9	18	13.9	4	3.1
30. Siente que no recibe atención de salud con la misma calidad de los demás	101	18.2	9	6.9	19	14.7
31. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que le está dando	0	0	3	2.3	126	97.6
32. El trato que recibe del personal médico y los demás es el que usted espera	1	0.8	8	6.2	120	93
33. La institución de	1	0.8	11	8.5	117	90.6

salud le da oportuni- dades de aprender a reconocer los riesgos que tiene y como mo- dificarlos						
34. Conoce los riesgos que llevan a una per- sona a sufrir enferme- dad cardio-vascular	13	10	21	16.2	95	73.6
35. Puede conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afi- liación a la que perte- nece	33	25.5	57	44.1	39	30.2

Datos obtenidos de encuesta, dimensión: relacionada con el proveedor instrumento Bonilla Ibañez (Fuente: elaboración propia)

Tabla 12

Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con el proveedor que afecta la adherencia

Análisis dimensión relacionado con el proveedor:	n	%
sistema y equipo de salud		
Comportamientos de no adherencia	0	0
Riesgo de no adherencia	12	9.3
Ventaja de adherencia	117	90.6

Datos obtenidos de encuesta, dimensión: relacionada con el proveedor instrumento Bonilla Ibañez (Fuente: elaboración propia)

En esta dimensión, están los factores que evalúan el grado de entendimiento, comprensión, claridad y amabilidad que el personal de salud brinda a los pacientes con trasplante renal del HUHMP del 2007 al 2017 mientras desarrollan la atención durante los controles. Esto permite generar estrategias para mejorar las habilidades comunicativas del personal, y a que se realicen intervenciones educativas basadas en las necesidades propias de la población, aunque según lo evidenciado el 90,06% de la población objeto de estudio tiene ventaja de adherencia, lo cual es muy significativo ya que ayuda a que nuestros pacientes no tengan dudas con respecto a la toma de los medicamentos y los beneficios que estos ofrecen o desventajas al no tomarlos adecuadamente el 51,1 % de los pacientes manifestaron “a veces y “nunca” cuando se indaga si en el caso que fallaran en el tratamiento el médico y la enfermera entenderían sus motivos, lo cual es importante intervenir ya que esto podría implementar estrategias para fortalecer la relación enfermero(a) y/o médico y paciente.

El 98.4% de los pacientes encuestados comentaron que el trato del médico y las enfermeras lo animan a volver a sus controles, y éstos se encargan de enseñar y dar recomendaciones escritas sobre sus tratamientos, además de que la información verbal de parte del personal de salud es detallada y precisa, y los usuarios reciben información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico, por lo tanto no quedan con dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas, además de que el 96.1% refiere que la institución a la que consulta no muestra desorganización en la atención que le brinda y las personas que lo atienden responden a las inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento, lo que ayuda y permite que haya una mejor adherencia a éste; aunque es

preocupante que el 69,6% de los pacientes encuestados a veces o nunca pueden conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afiliación a la que pertenece, ya sea por las largas filas o los distintos trámites que deben realizar, lo cual es un factor de riesgo muy importante para procurar a que tengan mayor accesibilidad a estos y que sean oportunos, para así mejorar su calidad de vida.

Tabla 13

Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con la terapia que afectan la adherencia (preguntas de la 36 a la 45 del instrumento de bonilla ibañez).

Variable dimensión	Nunca	%	A Veces	%	Siempre	%
relacionado con la terapia						
36. Tiene forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos	1	0.7	7	5.4	121	93.7
37. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento	110	85.2	11	8.5	8	6.2
38. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento	91	70.5	27	20.9	11	8.5

39. Piensa que algunos de los medicamentos, le crean dependencia por eso no lo toma	109	84.4	10	7.7	10	7.7
40. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo	4	3.1	4	3.1	121	93.7
41. Cree al igual que su familia que todo este tratamiento y cambios en sus costumbres son contrarios a su fe y sus valores	109	84.4	6	4.6	14	10.8
42. Reconoce que vale la pena cumplir el tratamiento y las recomendaciones para mejorar su salud	0	0	2	1.5	127	98.4
43. Cree que hay	58	44.9	45	34.8	26	20.1

costumbres sobre						
alimentos y ejerci-						
cios difíciles de						
cambiar						
44. Cree conveniente	10	7.7	27	20.9	92	71.3
para su salud con-						
trolar el peso, me-						
dante la dieta y el						
ejercicio						
45. Los medicamen-	8	6.2	4	3.1	117	90.6
tos que toma ac-						
tualmente le alivian						
los síntomas						

Datos obtenidos de encuesta, dimensión: relacionada con la terapia instrumento Bonilla Ibañez (Fuente: elaboración propia)

Tabla 14

Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con la terapia

Análisis dimensión relacionado con la terapia	n	%
Comportamientos de no adherencia	4	3.1
Riesgo de no adherencia	20	15.5
Ventaja de adherencia	105	81.3

Datos obtenidos de encuesta, dimensión: relacionada con la terapia instrumento Bonilla Ibañez (Fuente: elaboración propia)

Estos factores demuestran la importancia de que se implemente un régimen terapéutico que se adecue a las necesidades de cada paciente, además que este se defina de manera clara y comprensible, utilizando estrategias que fortalezcan la adherencia y la motivación del paciente en la participación de la misma. Según los resultados obtenidos, aunque el 44,9% de los pacientes encuestados no cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar, el 54,9% de los pacientes si creen que las hay, a pesar de que la mayoría si cree conveniente para su salud controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio, esto rectifica el gran valor que tiene adecuar la terapia a cada paciente teniendo en cuenta las características personales, sociales y culturales de cada uno.

El 93,7% de los pacientes encuestados tienen forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos, lo que significa que hay una buena adherencia farmacológica debido a que están acostumbrados a tomar su respectivo tratamiento, otro de los indicadores es que el 85,2% nunca suspende el tratamiento cuando mejoran los síntomas, aunque hay un 14,7% de pacientes que si lo hace, lo cual es importante tener en cuenta, ya que por ningún motivo los pacientes deben suspender su tratamiento aun cuando mejoren los síntomas.

Cabe recalcar que el 93,7% de usuarios encuestados está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo y el 98,4% reconoce que vale la pena cumplir el tratamiento y las recomendaciones lo cual es muy satisfactorio porque nos confirma así la gran adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes.

Tabla 15

Distribución porcentual de pacientes según los factores relacionados con la condición del paciente (preguntas de la 46 a la 53 del instrumento de bonilla ibañez).

Variable dimensión relacionado con el	Nunca		A Veces		Siem- pre	
		%		%		%

paciente						
46. Su enfermedad limita sus oportunidades de estar con otras personas	89	68.9	21	16.2	19	14.7
47. 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	5	3.8	1	0.8	123	95.3
48. Siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce	85	65.8	23	17.8	21	16.2
49. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse	5	3.8	4	3.1	120	93.0
50. Se angustia y	65	50.3	51	39.5	13	10

siente desanimado						
por las dificultades						
para manejar su						
enfermedad						
51. Se siente dis-						
criminado o aleja-						
do de su familia o						
grupo a causa de	106	97.2	7	5.4	16	12.4
los tratamientos y						
recomendaciones						
que tiene que se-						
guir						
52. Cree que es im-						
portante seguir su						
tratamiento para	0	0	4	3.1	125	96.8
mejorar su salud						
53. Cree que usted	0	0	0	0	129	100
es el responsable de						
seguir el cuidado						
de su salud						

Datos obtenidos de encuesta, dimensión: relacionada con la condición del paciente instrumento Bonilla Ibañez

(Fuente: elaboración propia)

Tabla 16

Distribución porcentual de pacientes según resultado total de la dimensión relacionada con el paciente

Análisis dimensión relacionado con el paciente	n	%
Comportamientos de no adherencia	5	3.8
Riesgo de no adherencia	15	11.6
Ventaja de adherencia	109	84.4

Datos obtenidos de encuesta, dimensión: relacionada con la condición del paciente instrumento Bonilla Ibañez

(Fuente: elaboración propia)

Esta dimensión evidencia el grado de participación y/o autocuidado que tienen los pacientes en el cumplimiento y seguimiento de su régimen terapéutico, evaluando el grado de compromiso, motivación, y empoderamiento que tienen en mantener una adecuada adherencia, según los datos obtenidos, más de la mitad (84,4 %) están en ventaja adherencia, esto es bastante satisfactorio ya que indica que la gran mayoría de pacientes se sienten comprometidos con su autocuidado, sin embargo es bueno realizar manejo interdisciplinar de los pacientes, esto con el fin de que se atienda de manera integral las necesidades de cada individuo; también es importante manejar las emociones y estado de ánimo de los pacientes encuestados, ya que aunque el 50,3% respondió que nunca se angustia y/o se siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad, pero el 49,5% respondieron que siempre o a veces se sienten desanimados o preocupados, y es un factor muy importante para tener en cuenta y manejar de forma adecuada y pertinente, para así prevenir rechazo del injerto renal.

8.5 Riesgo de rechazo relacionado al resultado del instrumento y variables sociodemográficas de los pacientes.

Tabla 17

Distribución porcentual de pacientes que presentaron rechazo del injerto renal según resultado total del instrumento “factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con trasplante renal del HUHMP del 2

Resultado total	n	%
Ventaja de adherencia	8	66,7
Riesgo de no adherencia	2	16,7
Comportamiento de no adherencia	2	16,7

Datos obtenidos de encuesta, todas las dimensiones instrumento Bonilla Ibañez (Fuente: elaboración propia)

Al evaluar la adherencia de los 12 encuestados que han presentado rechazo al injerto se puede notar que más de la mitad (66,7%) siguen el régimen terapéutico adecuado y solo el 16,7% de ellos no posee una conducta terapéutica aceptable, y podemos concluir que el rechazo al injerto se puede presentar a pesar de poseer una adherencia al tratamiento adecuada y que este se puede presentar por características o comportamientos ajenos al manejo del tratamiento.

Se puede afirmar respecto a esta tabla, que el grado de adherencia al tratamiento no es un factor que necesariamente causa una aceptación o rechazo del injerto renal, sino que influyen en mayor medida características sociodemográficas y clínicas que posean los individuos y que puede significar la aparición de factores de riesgo, como se evidencio en este grupo de encuestados en donde predomina la adultez mayor, el estrato socioeconómico bajo, el ingreso mensual deficiente al hogar, el grado de escolaridad bajo, pertenecer al régimen de salud subsidiado, poseer HTA como patología base y haber sido sometido a hemodiálisis como terapia previa al trasplante. Estas características se encontraron en todos los encuestados que presentaron rechazo en algún momento de su tratamiento y puede indicar que a pesar de poseer una

adherencia adecuada al tratamiento farmacológico y no farmacológico, si se poseen todas o varias de estas características sociodemográficas y clínicas, podrían ser consideradas como riesgo de presentar un rechazo en el injerto renal que se posea y por ende, se estaría en riesgo de la pérdida del mismo, riesgo que puede ser incluso mayor a aquellos que no posean una buena adherencia farmacológica.

Tabla 18

Coefficientes exponenciales e Intervalos de confianza de características sociodemográficas predominantes en pacientes con rechazo previo participantes del estudio

	Puntaje	Intervalo
Gran total	0.980	[0.913,1.053]
	BPC	1 [1,1]
	BPI	2.068 [0.156,27.38]
	BSC	4.973 [0.267,92.80]
Nivel educativo	BSI	2.287 [0.107,48.94]
	Profesional	1 [1,1]
	Técnico	2.191 [0.0660,72.67]
	Contributivo	1 [1,1]
Régimen de salud	Especial	1 [1,1]
	Subsidiado	2.177 [0.315,15.05]
Edad		0.987 [0.922,1.056]
Terapia previa	Diálisis peritoneal	1 [1,1]

	Hemodiálisis	4.338	[0.438,43.00]
Antecedente HTA		0.673	[0.165,2.741]
Tiempo en lista de espera		0.991	[0.956,1.028]
Respuesta ítem 3			
instrumento de adherencia	Siempre	0.116*	[0.0188,0.714]
n		110	

Coefficientes exponenciales; 95 e Intervalos de confianza * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001 (Fuente: elaboración propia)

Al tener en cuenta los valores obtenidos de significancia estadística, podemos observar que hay cierta variación con lo planteado en los resultados que se obtuvieron en el resultado total del instrumento y por sus dimensiones. Aquí se puede evidenciar que las características que tienen mayor significancia son el total que cada paciente tenga en su instrumento (0,980), la edad que posea (0,673), el poseer antecedentes de HTA (0,673), el tiempo en lista de espera (0,991) y en mayor medida, poseer recursos económicos para trasladarse al sitio de la consulta de seguimiento de trasplante (0,116), el cual es abordado por el 3 ítem del instrumento de adherencia utilizado en el estudio, dando a entender que el responder esta pregunta como “siempre” significa un factor protector para el usuario. Cabe resaltar que en estos resultados, el nivel educativo que posea la persona y el tipo de terapia previa al trasplante no posee significancia, lo cual implica que su influencia en el riesgo de padecer un rechazo es escaso en comparación a las anteriores mencionadas.

Tabla 19
Coficiente exponencial y OR de instrumento de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
Total tera-	0.965*				0.978	
pia	(-2.17)				(-0.73)	
Total so-		0.967*			0.985	
cioeconó-		(-2.06)			(-0.56)	
mico						
Total pro-			1.008		1.112	
veedor			(0.17)		(1.54)	
Total con-				0.961**	0.969	
dición pa-				(-2.58)	(-1.04)	
ciente						
Gran total						0.950*
						(-2.13)
n	129	129	129	129	129	129

Coficiente exponencial; OR * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001 (Fuente: elaboración propia)

Aquí se puede evidenciar que las dimensiones relacionadas con la terapia (0,965), relacionada con el factor económico del usuario (0,967), relacionado a la condición del paciente (0.961) y por último el resultado total del instrumento (0.950) son las que poseen una significancia estadística representativa tanto en forma individual como grupal que nos dice que el tener puntuación elevada en estos aspectos se constituye como un factor protector para el usuario relacionado a la adherencia que pueda presentar el usuario y al riesgo de padecer un posible

rechazo al injerto renal en un futuro, en contraste con la dimensión relacionada con el proveedor (1,008), el cual no constituye un factor protector. Esto indica que el riesgo de que un paciente no este adherido al tratamiento indicado está directamente relacionado a las condiciones propias del usuario, tanto conductuales como económicas, y no al comportamiento que pueda tener el centro de salud o proveedor del mismo. Así mismo, el hecho de estar adherido al tratamiento, resultado obtenido por el gran total del instrumento en cada usuario, constituye un factor protector para evitar el riesgo a rechazo del injerto a futuro.

Tabla 20
Valor P y Significancia estadística

Factor	Nivel	Rechazo = 0	Rechazo = 1	P-value
N		117	12	
Escolaridad	BPC	8 (6.8%)	1 (8.3%)	0.72
	BPI	28 (23.9%)	4 (33.3%)	
	BSC	29 (24.8%)	4 (33.3%)	
	BSI	28 (23.9%)	2 (16.7%)	
	Profesional	16 (13.7%)	0 (0.0%)	
	Técnico	8 (6.8%)	1 (8.3%)	
	Contributivo	54 (46.2%)	2 (16.7%)	
Régimen de salud	Especial	3 (2.6%)	0 (0.0%)	0.096
	Subsidiado	60 (51.3%)	10 (83.3%)	
Terapia previa	Diálisis peritoneal	25 (21.4%)	1 (8.3%)	0.46
	Hemodiálisis	92 (78.6%)	11 (91.7%)	
Antecedente HTA	0	36 (30.8%)	5 (41.7%)	0.52

	1	81 (69.2%)	7 (58.3%)	
Tiempo en lista de espera, median (IQR)		12 (6, 18)	9.5 (6, 24)	0.80
Edad, mean (SD)		49.897434 (12.245607)	46.083332 (14.668818)	0.32
Total terapia, median (IQR)		90 (85, 95)	87.5 (77.5, 90)	0.12
Total socioeconómico, median (IQR)		78.571429 (64.285714, 85.714286)	71.428571 (58.928571, 71.428571)	0.045
Total proveedor, median (IQR)		90.47619 (85.714286, 95.238095)	91.666667 (86.904762, 95.238095)	0.82
Total condición paciente, median (IQR)		93.75 (87.5, 100)	87.5 (68.75, 93.75)	0.036
Gran total, median (IQR)		90.017097 (8.6213274)	83.333336 (15.773011)	0.021

Valor P; significancia estadística (Fuente: elaboración propia)

Aquí podemos evidenciar las variables total factor económico (0,045), total condición del paciente (0,036) y el resultado total del instrumento de adherencia (0,021) son las que presentan mayor significancia para el estudio, apoyando la hipótesis planteada la cual afirma que los pacientes con trasplante y rechazo del injerto renal tienen afectación de factores, principalmente en aquellos relacionados a la adherencia al tratamiento, apoyado

por la anterior tabla. Aquí también podemos ver que el poseer escolaridad baja (0,72) o antecedentes previos de HTA (0,52), no son factores de riesgo que incidan directamente en el desarrollo de un posible rechazo del injerto renal, contrario a lo que se planteaba resultados atrás. De aquí se puede afirmar que las personas que obtengan una puntuación negativa en el instrumento de adherencia, significando que poseen adherencia defectuosa al tratamiento, son aquellos que poseen un riesgo mayor a presentar rechazo o incluso pérdida del injerto renal, a pesar que posean factores protectores tales como escolaridad alta o estrato socioeconómico alto.

9. Discusión

En la presente discusión se analizan los antecedentes, el marco teórico el cual está basado en la teoría del déficit del autocuidado de la enfermera Dorotea Orem frente a los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento denominado: "Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con trasplante renal del HUHMP del 2007 al 2017, elaborado por Claudia Patricia Bonilla Ibañez y el formato de recolección de la información para evaluar las variables sociodemográficas, clínicas y grado de adherencia al tratamiento.

Se logró el objetivo general planteado el cual fue: Determinar la asociación entre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y el rechazo del injerto renal, en pacientes trasplantados en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante 2007 y 2017, evidenciando que lo que más impacta la adherencia al tratamiento farmacológico y el rechazo del injerto renal son los recursos socioeconómicos. En cuanto a la adherencia terapéutica, el 15,4 % de los pacientes tenían riesgo o presentaban comportamientos de no adherencia siendo la dimensión socioeconómica la más afectada, y lo confirman Carolina Pérez Blancas, M^a Carmen Moyano Espadero, Miriam Estepa del Árbol, Rodolfo Crespo Montero en su artículo Factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud de pacientes trasplantados de riñón del 2015.

Acerca de las características sociodemográficas de los pacientes objeto de estudio se encontró que los hombres fueron más frecuentes con un 58.1%, sin embargo se evidenció que el sexo con el mayor riesgo de no adherencia al tratamiento o que mayormente presentó rechazo fueron las mujeres con un 5,4%, frente a un 3,9% de los hombres; hallazgo que confirma con lo expuesto por Bertoldo y colaboradores en 2013, donde demostró que las mujeres tienen mayor riesgo de

no adherencia al tener mayor índice de incumplimiento terapéutico en comparación con los hombres(44). Es importante recalcar que la gran mayoría de las personas que presentaron rechazo, sean hombre o mujeres, han tenido o tienen algún tipo de relación sentimental, ya que el 41,7 % están casados, sumando esto a los separados con un 25% y a los que actualmente se encuentran en unión libre con un 8,3%, lo que indica que este tipo de condiciones puede significar un factor de riesgo, debido a que ninguna persona que se encuentra en estado de soltería presentó un rechazo al injerto.

Respecto a la edad tenemos que la población estudio tenían un rango de edad muy variado entre los 22 y los 77 años, lo que nos indica que enfermedades crónicas como la ERC que termina en necesidad de trasplante renal no es una problemática presente solo en personas de edades avanzadas, sino también en personas jóvenes, lo cual puede estar relacionado con los estilos de vida inadecuados que se están llevando desde temprana edad, aspectos genéticos o enfermedades subyacentes desde la infancia, que también están relacionados con dichas patologías, y que la edad, no es un factor de riesgo determinante para la adherencia al tratamiento, contrario a lo investigado por Ramos y colaboradores en 2015, donde encuentran que a mayor edad, mayor aplicación de conductas de autocuidado por parte del paciente(45). Aunque quienes han presentado mayor rechazo, con un 66,7%, son las personas entre 27 a 59 años, estudios como el de Gonzales et all (46), entre otros, demuestran que a mayor edad de los pacientes, mayor es el riesgo de sufrir de complicaciones en el estado de su salud.

El nivel de escolaridad de los participantes es variado, destacándose que los pacientes presentan un nivel educativo bajo, en donde el 55,1% no culminó sus estudios básicos y solo el 19,4% logró la educación superior (tecnólogo o profesional), esto puede estar relacionado con la ocupación y estrato socioeconómico, los cuales son factores importantes que inciden en el

cumplimiento de las recomendaciones médicas y en la permanencia del tratamiento.

La mayoría de participantes (93,1) pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 y 2, que corresponden a estratos bajo, y el restante 6,9% se encuentra en estratos 3 y 4, lo que indica que probablemente tienen grandes necesidades económicas, como lo representado anteriormente, en los pacientes encuestados lo que puede llegar a afectar la disposición de los recursos de la salud y necesidades básicas de salud. De lo anterior se puede concluir que de los grupos evaluados su estatus socioeconómico influye de manera directa en su adherencia, pues el aspecto económico y herramientas que le permiten tener acceso a los medicamentos y efectuar el debido desplazamiento a lugar donde recibe su consulta igual que el suministro del respectivo medicamento, implica emplear un recurso económico que en múltiples se carece de este, como lo menciona Ortega y Vargas en su estudio grado de adherencia a tratamientos en personas con enfermedad crónica del año 2014(30).

La zona de residencia se evidencia como un factor de gran variación ya que el 82,2% de encuestados reside en zona urbana, mientras que el restante 17,8% reside en la zona rural, siendo esta una población de riesgo debido a la dificultad que pueden presentar para trasladarse a los centros de salud a sus respectivos controles. Se puede añadir que en este grupo todos los encuestados poseen estratos 1 y 2, lo que se manifiesta en otro factor de riesgo añadido a los mismos, por lo cual deben merecer mayor atención a la hora de hacer abordaje los usuarios.

Esto se ve directamente reflejado en la ocupación de la población, teniendo en cuenta que solo 1 (0,8%) se encuentra culminando sus estudios y 14% ya se encuentran recibiendo pensión, nos da una idea sobre la variedad de edades, nivel socioeconómico, ocupaciones, etc, que encontramos. Se puede notar que el 65,9% de los encuestados se encuentra laboralmente activo, de esta forma el 79,9% posee ingresos ya sea como empleado, independiente o pensionado,

siendo una cifra considerable a tener en cuenta ya que en contraste solo el 20,2% está desempleado o sin ingresos lo que corresponde a los de ocupación de Hogar y Estudiante. Además, si se tiene en cuenta que sólo el 6,2% tiene ingresos mensuales mayores a 2 SMMLV, se evidencia que la población estudiada puede tener grandes necesidades económicas o escasos recursos, por lo que es probable que no cuenten con los recursos económicos necesarios para garantizar cuidados en su salud y necesidades básicas del hogar lo anterior en concordancia con Zambrano en su artículo en 2012 dice que a medida que aumenta la escolaridad, existe mejor adherencia al tratamiento, asociada a los elementos socioeconómicos y concluyeron que un nivel de estudios bajos, se relaciona con menos oportunidades laborales y bajos ingresos económicos, lo cual está enlazado con el acceso a las necesidades básicas (por las dificultades económicas) y la presencia de riesgos a la salud (40).

Además de esto, dentro de las características clínicas de los pacientes que han presentado rechazo, Al analizar estas variables se puede identificar que el 100% de los encuestados que presentaron rechazos en el pasado, poseían injertos provenientes de donantes cadavéricos, lo que no puede indicar que este tipo de donante puede significar un factor de riesgo, en este caso, bastante notorio, para desarrollar en un futuro algún tipo de rechazo hacia el injerto recibido.

Aunque se evidencia que el mayor número 91,7% de encuestados de este grupo estuvo menos de dos años en lista de espera, se encontró simetría entre los rangos de tiempo en los cuales se presentaron los rechazos (33,3% en cada rango), lo que puede indicar que este tipo de complicación no es dependiente del tiempo que el usuario haya permanecido en lista de espera o del tiempo que este dure con el injerto como único factor, sino que se tendría que ser en conjunto que con otros factores de riesgo que se presenten.

Aunque más de la mitad de rechazos (66,7%) se presentaron antes del primer año del

trasplante, más del 66,7% de usuarios han pasado la brecha de tiempo de 4 años con el injerto, lo que puede indicar que, a pesar de que el rechazo se puede presentar en el inicio del tratamiento, este puede ser controlado y superado, logrando que el periodo de funcionalidad del injerto aumente y se iguale al de las personas que no presenten rechazo.

Cabe recalcar, que los pacientes encuestados que manifestaron rechazo del injerto, lo han tenido, más no lo tenían en el momento o el intervalo de tiempo de realizada la encuesta a dicha población.

Dado que el 83,3% de encuestados que presentaron rechazo manifiestan no sentir ninguna reacción medicamentosa indeseable, se puede deducir que el sufrir o no alguna de estas reacciones, o poseer un mayor número de medicamentos a tomar, no es un factor que genere rechazo en el injerto renal, siendo en contraste si un factor que puede generar mala conducta de adherencia terapéutica.

Dado que el 66,7% de encuestados de este grupo presentan HTA como enfermedad base de ERC, junto al 71,5% de encuestados que poseían HTA en el total de la muestra de la población, se evidencia que se conserva la HTA como una de las patologías bases más numerosas y se puede inferir que esta condición es un factor que puede desencadenar en rechazo del injerto, debido a que puede significar un aumento de la patología o en la dificultad para seguir el régimen terapéutico lo que desencadenaría en falla de la función renal que se pueda tener. Esto en combinación con el hecho de que el 91,7% de encuestados de este grupo tenía hemodiálisis como terapia previa al trasplante, indica que el hecho de tener esta terapia previa, ya es un factor de riesgo de gran influencia y que sumado a una patología de base como la HTA, constituyen una de las principales causas de rechazo de trasplante.

Se puede notar que el 50% de encuestados de este grupo posee uno o varios factores de riesgo comportamentales, lo que indica que este tipo de conductas de riesgo son un factor que puede generar de rechazo del injerto, se nota que hay un aumento considerable teniendo en cuenta que en la población total de la muestra, el 40,3% de encuestados no poseía factores de riesgo, lo que indica que en la población que generó rechazo de injerto, se incrementó la cantidad de usuarios que poseen conductas no acorde a la terapia y que se manifiestan en factores de riesgo. Cabe destacar que 25% de encuestados en este grupo poseen más de dos factores de riesgo, lo que indica que es necesario reforzar la educación y prevenir así un posible rechazo que se pueda desarrollar.

El instrumento usado para valorar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular creado y validado por Bonilla y Gutiérrez en 2014 (20) contiene 53 items, divididos en 4 dimensiones (factores relacionados con los factores socioeconómicos, relacionados al proveedor, relacionados con la terapia y con el paciente).

La dimensión socioeconómica incluye los factores económicos, sociales y culturales que influyen en la adherencia a los pacientes con trasplante renal del HUHMP del 2007 al 2017, esta es la dimensión que presento más riesgos y comportamiento de no adherencia, el 60,4% de los participantes respondieron que tienen disponibilidad económica para trasladarse al lugar de la consulta, pero el 39,6% restante no cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta, el 95,3% de los pacientes reconocen que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo, pueden leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad, tienen conocimiento acerca de su enfermedad y el tratamiento; solo el 4,6% pueden costearse los medicamentos, el 95,4% no puede costearse

siempre los medicamentos ya que el tratamiento farmacológico tiene un alto costo; estos datos se pueden comparar con “Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular”(53) por Ortega y colaboradores entre el 66.9% y el 83.1% de los pacientes siempre tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos y asistir a la consulta, esta diferencia puede ser explicada por la diferencia estratos socioeconómico, ya que en la investigación de Stella y colaboradores (53) el 82% pertenecía a estratos 2 y 3, mientras en esta investigación el 58,3% pertenece a estrato socioeconómico 1 y el 41,7% pertenece a estrato socioeconómico 2; concordancia con Zambrano en su artículo en 2012 concluyeron que un nivel de estudios bajos, se relaciona con menos oportunidades laborales y bajos ingresos económicos, lo cual está enlazado con el acceso a las necesidades básicas (por las dificultades económicas) y la presencia de riesgos a la salud (40).

La dimensión relacionada con el proveedor: sistema y equipo de salud, en donde se evalúa el grado de entendimiento, comprensión y amabilidad que el personal brinda a los pacientes con transplante renal de HUHMP del 2007 al 2017.

Según la OMS, cuando el paciente falla en el tratamiento prescrito se culpa al paciente, pero hay pruebas de que los profesionales de la salud y el sistema tienen un gran influencia en el comportamiento con el cumplimiento al tratamiento. (54)

En esta dimensión el 90,06% de encuestados se encuentran en ventaja de adherencia esto es muy significativo ya que los pacientes no tienen dudas acerca de su tratamiento abarcando la toma de medicamentos y los beneficios que estos ofrecen o las desventajas al no tomarlos adecuadamente, el 51,1% de pacientes contestaron “a veces” y “nunca” cuando se indago si en el caso que fallaran en el tratamiento el médico y la enfermera entenderían sus motivos, esto depende también de donde se haga la consulta ya que Stella y colaboradores aplicaron el

instrumento el día de consulta con el personal de medicina o enfermería mientras en esta investigación si realizaba en la sala de espera o en las hogares de cada paciente (53).

De los pacientes encuestados el 69,6% a veces o nunca pueden conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afiliación a la que pertenece, por las largas filas para reclamarlos o los trámites para lograr acceder a estos es preocupante ya que recurren a que el HUHMP preste los medicamentos hasta que las EPS brinden los medicamentos a los pacientes, también el 98.4% de los pacientes encuestados comentaron que el trato del médico y las enfermeras lo animan a volver a sus controles, y éstos se encargan de enseñar y dar recomendaciones escritas sobre sus tratamientos, además de que la información verbal de parte del personal de salud es detallada y precisa, Ortega (53) en su investigación evidencio que el 80% de participantes manifestaron que siempre “recibían información y explicaciones por parte del médico y enfermera con palabras entendibles” lo cual nos muestra el buen trabajo que tiene el personal de salud con el trato y la información brindada acerca de la enfermedad hacia los pacientes.

La dimensión relacionada con la terapia nos demuestra la importancia que se implemente un régimen terapéutico que se adecue a las necesidades de cada paciente, además que este se defina de manera clara y comprensible para que el paciente se adhiera al tratamiento. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos.

Según los resultados obtenidos el 44,9% de los pacientes encuestados no cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar según el estudio de Ortega (53) la mitad de sus encuestados que no hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar, los resultados obtenidos son similares en ambas investigaciones por lo tanto se nota que los pacientes son muy pocos flexibles para cambiar sus costumbre ya que para la otra mitad le es

difícil cambiar estas costumbres de alimentación y ejercicio.

El 93,7% de pacientes encuestados tienen forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos, el mismo porcentaje de pacientes encuestados está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo; el 85,2% nunca suspende el tratamiento cuando mejoran los síntomas, aunque hay un 14,7% de pacientes que si lo hace, lo cual es importante tener en cuenta, ya que por ningún motivo los pacientes deben suspender su tratamiento aun cuando mejoren los síntomas Según el estudio de Zambrano el 85,93% nunca suspende el tratamiento cuando mejoran sus síntomas las cifras son parecidas y esto muestra que en las diferentes patologías crónicas algunos paciente suspende el medicamento cuando ven mejora por lo tanto no son conscientes de que la enfermedad que padecen es crónica.

La dimensión relacionada con el paciente en donde se evidencia el grado de participación y/o autocuidado que tienen los pacientes en el cumplimiento y seguimiento de su régimen terapéutico, el 84,4% se encuentran en ventaja de adherencia, esto indica que los pacientes se sienten comprometidos con su autocuidado; pero el 50,3% respondieron nunca en el ítem “se angustia y siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad”, la otra mitad respondió “a veces” y “siempre” esto es alarmante ya que algunos pacientes no se encuentran en un estado emocional pleno, el 100% de los encuestados respondieron “siempre” cuando se preguntó “cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud” en la investigación realizada por Zambrano y colaboradores (40) el 98,11% respondieron “siempre” lo cual demuestra que los pacientes tienen un alto compromiso de responsabilidad en su autocuidado y saben que depende totalmente de ellos.

10. Conclusiones.

La dimensión socioeconómica es el principal factor que influye a generar comportamientos de riesgo y no adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, esto confirma que se requiere apoyo intersectorial y no solo el sector salud, para el abordaje integral de los pacientes.

La totalidad de la población objeto del estudio pertenece a los estratos más bajos, evidenciando la problemática socioeconómica que afectan de manera negativa la adherencia al tratamiento imponiendo barreras en elementos esenciales como el transporte y alimentación, que en general afectan la salud y calidad de vida de los pacientes.

Los principales problemas de este tipo de tratamientos representan no solo un alto costo para el paciente, familia y sistema de salud, sino que además los pacientes no reciben una buena educación de los cuidados, lo cual genera gran preocupación debido a la incorrecta adherencia al tratamiento.

La mayoría de los trasplantes renales con quienes se realizó el proyecto provienen de donantes cadavéricos, lo cual indica que los nefrólogos deban prescribir dosis suficientemente alta de los medicamentos para evitar el rechazo sin poner en riesgo la salud del receptor. Todo régimen farmacológico inicial debe adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente según lo indicado por la aparición de efectos secundarios, falta de eficacia o requisitos exigidos por los protocolos.

Los participantes del estudio se encontraban en el momento curso de vida de adulto joven, adulto y vejez. Esto muestra que enfermedades crónicas como la ERC que termina en necesidad de trasplante renal no es una problemática presente solo en personas de edades avanzadas, sino también en personas jóvenes, lo cual puede estar relacionado con los estilos de vida inadecuados que se están llevando desde temprana edad, aspectos genéticos o enfermedades subyacentes

desde la infancia, que también están relacionados con dichas patologías.

La zona de residencia se evidencia como un factor de gran variación ya que la mayoría de encuestados reside en zona urbana, mientras que el restante reside en la zona rural, siendo esta una población de riesgo debido a la dificultad que pueden presentar para trasladarse a los centros de salud a sus respectivos controles. Se puede añadir que en este grupo todos los encuestados poseen estratos 1 y 2, lo que se manifiesta en otro factor de riesgo añadido a los mismos, por lo cual deben merecer mayor atención a la hora de hacer abordaje los usuarios. La mayoría de las participantes pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 y 2, que corresponden a estratos bajo, y el restante se encuentra en estratos 3 y 4, lo que indica que probablemente tienen grandes necesidades económicas, como lo representado anteriormente, en los pacientes encuestados lo que puede llegar a afectar la disposición de los recursos de la salud y necesidades básicas de salud.

Se puede notar que la mitad de encuestados de este grupo posee uno o varios factores de riesgo comportamentales, lo que indica que este tipo de conductas de riesgo son un factor que puede generar de rechazo del injerto, se nota que hay un aumento considerable teniendo en cuenta que en la población total de la muestra, y que solo menos de la mitad de encuestados no poseía factores de riesgo, lo que indica que en la población que genero rechazo de injerto, se incrementó la cantidad de usuarios que poseen conductas no acorde a la terapia y que se manifiestan en factores de riesgo. Cabe destacar que 25% de encuestados en este grupo poseen más de dos factores de riesgo, lo que indica que es necesario reforzar la educación y prevenir así un posible rechazo que se pueda desarrollar.

La dimensión socioeconómica incluye los factores económicos, sociales y culturales que influyen en la adherencia de los pacientes con trasplante renal del HUHMP del 2007 al 2017, es

la dimensión que presentó más riesgo y comportamiento de no adherencia, y solo un pequeño porcentaje estuvo en ventaja de adherencia, esto está relacionado a que la mayoría de la población pertenece a estrato económico 1 y 2. Esto influye principalmente en que los pacientes no pueden costearse los medicamentos, bien sea por su costo, ya que no es de negar el alto precio de éstos medicamentos en el mercado o porque su EPS se los brinda, pero por lo menos la mayoría de los pacientes encuestados tienen disponibilidad económica para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación).

En la dimensión relacionada con el paciente se evidencia el grado de participación y/o autocuidado que tienen los pacientes en el cumplimiento y seguimiento de su régimen terapéutico, evaluando el grado de compromiso, motivación, y empoderamiento que tienen en mantener una adecuada adherencia, según los datos obtenidos, más de la mitad (84,4 %) están en ventaja de adherencia, esto es bastante satisfactorio ya que indica que la gran mayoría de pacientes se sienten comprometidos con su autocuidado, sin embargo es bueno realizar manejo interdisciplinario de los pacientes, esto con el fin de que se atiendan de manera integral las necesidades de cada individuo.

En la dimensión relacionada con el proveedor la mayoría de la población objeto de estudio tiene ventaja de adherencia, lo cual es muy significativo ya que ayuda a que nuestros pacientes no tengan dudas con respecto a la toma de los medicamentos y los beneficios que estos ofrecen o desventajas al no tomarlos adecuadamente y otros; manifestaron “a veces” y “nunca” cuando se indagó si en el caso que fallaran en el tratamiento el médico y la enfermera entenderían sus motivos, lo cual es importante intervenir ya que esto podría implementar estrategias para fortalecer la relación enfermero(a) y/o médico y paciente.

En todas las dimensiones evaluadas se evidenció el alto porcentaje de ventaja de adherencia

por lo que se infiere que están llevando el manejo terapéutico de la forma adecuada acompañado de hábitos que benefician su calidad de vida.

11. Recomendaciones.

Investigación:

Realizar estudios de investigación con una metodología analítica sobre adherencia que permitan la identificación de asociaciones directas entre las diversas variables que la afectan, al igual que las intervenciones que el personal de salud debe realizar.

Académica:

Implementar estrategias que permitan brindar una atención holística, donde se aborden los diversos componentes que afectan los pacientes, como el estrés, las carencias económicas y la educación, al igual que se aborden un estilo de vida saludable en toda la familia.

Institución:

Para empoderar al paciente en el programa de promoción y prevención es importante brindarle apoyo interdisciplinario conformado por personal de medicina, enfermería, nutricionista, psicología debido a que la no-adherencia es multifactorial.

Crear métodos que minimicen barreras y faciliten a los pacientes la entrega oportuna de sus medicamentos y asignación de citas, como la implementación de unidades móviles para control y seguimiento a los pacientes.

En necesario crear espacios para realizar intervenciones educativas sobre estrategias con el fin disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores que influyen en generar adherencia y disminuir ingresos hospitalarios.

Limitaciones:

El instrumento utilizado en el estudio es un instrumento de valoración cardiovascular, teniendo en cuenta que la enfermedad renal es una enfermedad crónica no transmisible, pero lo ideal sería haber contado con un instrumento específico para valoración de pacientes con

trasplante renal o con enfermedad renal crónica.

No haber logrado contar con pacientes del área rural.

No ser comparativo con otra institución de salud que también realizara trasplantes.

Referencias Bibliográficas.

1. Mundial De La Salud O. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción Catalogación por la Biblioteca de la OPS. 2004.
2. Bonilla Ibáñez CP. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia. Av en Enfermería [Internet]. 2007;XXV(1):46–55. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35900/36915>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Who. 2014;1–18.
4. Levey AS, Atkins R, Coresh J, Cohen EP, Collins AJ, Eckardt K-U, et al. Chronic kidney disease as a global public health problem: Approaches and initiatives – a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. Kidney Int [Internet]. 2007;72(3):247–59. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0085253815526495>
5. Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, et al. Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney Int. 2005;67(6):2089–100.
- National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification [Internet]. Vol. 39, Am J Kidney Dis. 2002. 1-266 p. Available from: www.kdoqi.org
6. Oscar Andriani C, Aziz H, Barcán L, Bi-signano L, Braslavsky G, Cairo F, et al. Tx Hepatico. Acta Gastroenterol Latinoam. 2016;46(3):230–6
7. Liu X, Mao YH, Wang HT, Chen XG, Zhao B, Sun Y. Path Path en gastos médicos de 855

pacientes con enfermedad renal crónica en un hospital en Beijing. *Chin Med J* 2018; 131: 25-31.

available from: http://www.cmj.org/temp/ChinMedJ131125-6577099_181610.pdf

8. Carvalho de C, Souza B, Kumon F. Cost analysis of substitutive renal therapies in children. *Análise de custos de terapias renais substitutivas em crianças. Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, Volume 94, Issue 1, January–February 2018, Pages 93-99.

9. García-García G, Harden P, Chapman J. The global role of kidney transplantation. *Nefrologia* [Internet]. 2012;32(1):1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22293997>

10. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. Gu??a europea sobre prevenci??n de la enfermedad cardiovascular en la pr??ctica cl??nica (versi??n 2012). *Rev Esp Cardiol*. 2012;

11. Halloran PF. Immunosuppressive drugs for kidney transplantation. *N Engl J Med* [Internet]. 2004;351(26):2715–29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15616206>

12. Augustine JJ, Hricik DE. Minimization of immunosuppression in kidney transplantation. *Curr Opin Nephrol Hypertens* [Internet]. 2007;16(6):535–41. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?>

13. Srinivas TR, Meier-Kriesche HU. Minimizing immunosuppression, an alternative approach to reducing side effects: Objectives and interim result. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2008;3(SUPPL. 2):101–16.

14. Alloway RR, Isaacs R, Lake K, Hoyer P, First R, Helderman H, et al. Report of the American Society of Transplantation conference on immunosuppressive drugs and the use of generic immunosuppressants. *Am J Transplant*. 2003;3(10):1211–5.

15. Karam G, Kälble T, Alcaraz a, Aki FT, Budde K, Humke U, et al. Guidelines on Renal Transplantation. *Ren Transplant - Eur Assoc Urol*. 2009;(March):327–37.

16.Moreso Francesc, Hernández Domingo. ¿Ha mejorado la supervivencia del injerto tras el trasplante renal en la era de la moderna inmunosupresión?. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2013 [citado 2018 Feb 22] ; 33(1): 14-26. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952013000100003&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Oct.11739>.

17.Mundial De La Salud O. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción Catalogación por la Biblioteca de la OPS. 2004;

18.Ángeles CLDL, Alfonso M, Grau ICJA. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas Conceptual framework for evaluating and improving adherence to medical treatment in chronic diseases. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2014;40(2):225–38. Available from: <http://scielo.sld.cu>

19.Ministerio de Salud y Protección Social. Datos Globales de Donación y Trasplantes, 2014. 2014;1–5. Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/Datos-Globales-Donacion-Trasplantes.pdf>

20.Colombiano F, Costo EDA. Criterios De Exclusión Para Trasplante Renal , Para Reporte , Revisión De Evidencias [Internet]. Bogotá; 2015. Available from:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/SR_TRASPL_EXCLU_REP_300612.pdf

21.Guillermo García-García¹ , Paul Harden, El papel global del trasplante renal, revista de nefrología, 2012 Disponible <file:///C:/Users/Cristopher/Downloads/ARTICULO-3.pdf>

22.Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Tools to measure treatment adherence. An

Med Interna. 2007;24(3):138–41.

23.Gutiérrez JC, Sandoval Riveros CL, Andrade Cerquera E, Hermida Gutiérrez NH. Factors contributing to the loss of deceased donor kidney at Fundación Surcolombiana de Trasplantes. February 2007 - November 2012, Neiva, Colombia. Rev Colomb Anestesiol [Internet].

2014;42(2):83–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2013.11.005>

24.Prihodova L, Nagyova I, Rosenberger J, Majernikova M, Roland R, Groothoff JW, et al. Adherence in patients in the first year after kidney transplantation and its impact on graft loss and mortality: A cross-sectional and prospective study. J Adv Nurs. 2014;70(12):2871–83.

25.Bonilla Ibáñez CP. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia. Av en Enfermería [Internet]. 2007;XXV(1):46–55. Available from:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35900/36915>

26.Rolley JX, Davidson PM, Dennison CR, Ong A, Everett B, Salamonson Y. Medication Adherence Self-report Instruments. J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2008;23(6):497–505. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005082-200811000-00009>

27.María Isabel Durán Muñoz, Teresa Lope Andrea, Adherencia al tratamiento inmunosupresor en el paciente adulto con trasplante renal, servicio de nefrología ciudad de Madrid, 2012

disponible: file:///C:/Users/Cristopher/Downloads/ARTICULO-1.pdf

28.Francesc Moreso, Domingo Hernández; ¿Ha mejorado la supervivencia del injerto tras el trasplante renal en la era de la moderna inmunosupresión?; Revista Nefrología, 2013

Alejandro M, Castro H. 2 . Planteamiento del problema y Justificación Métodos Variables Resultados Discusión. 2013;

29.Núñez Montenegro AJ, Montiel A, Martín E, Torres B, Lara C, González A. Atención

Primaria Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Atención Primaria*. 2014;46(5):238–45.

30. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Rev Clínica Española*. 2014;

31. Shehab A, Elnour AA, Swaidi S Al, Bhagavathula AS, Hamad F, Shehab O, et al. Evaluation and implementation of behavioral and educational tools that improves the patients' intentional and unintentional non-adherence to cardiovascular medications in family medicine clinics. *Saudi Pharm J [Internet]*. 2016;24(2):182–8. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsps.2015.02.022>

32. Villegas J., Vera S., Jaramillo M., Jaramillo L., Martínez L, Martínez G., et al. L abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal : una alarma en salud pública . *Comunidad y Salud [Internet]*. 2016;14(2):42–9. Available from:

http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200006

33. Hernandez Jimenez J, hernandez Navarrete L, Experiencia a largo plazo del programa de trasplante renal del Hospital Regional de Veracruz, México. *Rev Mex Trasplantes*, Vol. 1, Núm. <http://www.medigraphic.com/pdfs/trasplantes/rmt-2012/rmt121d.pdf>

34. Sierra SS. Adherencia terapéutica en adultas trasplantadas de riñón Sandra Siso Sierra Adherencia terapéutica en personas adultas trasplantadas de riñón. 1996;

35. Smith SC. Adherence to Medical Therapy and the Global Burden of Cardiovascular Disease & lowast; 2016;67(13).

36. Cubillos Gutiérrez J, Sandoval Riveros CL, Andrade Cerquera E, Hermida Gutiérrez NH. Causas que contribuyen a la pérdida del trasplante renal de donante cadavérico en la Fundación

Surcolombiana de Trasplantes. Febrero 2007 a noviembre de 2012, Neiva, Colombia. Rev Colomb Anesthesiol. 2014;42:83–89. . https://ac.els-cdn.com/S2256208714000194/1-s2.0-S2256208714000194-main.pdf?_tid=d7ada870-171f-11e8-a80a00000aab0f6c&acdnat=1519228796_dc268c30e1f4334151e928c3c85c6549

37. José Antonio López Martínez,* Andrés Bazán Borges, Pérdida del injerto en trasplante renal: estudio comparativo donador vivo vs. cadavérico, Revista Hospital Juan México, 2004.

38. Zambrano CC. Redalyc. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. 2012;

39. Rosa G, Viveros O, Herrera ÉO. Predictive capability of treatment adherence in the socio-cognitive health beliefs models. 21(1):79–90.

40. Díaz ML, Robles P, Auxiliar C, En C, Certificada R. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. Rev Griot. 1949;7(1).

41. Ministerio de Salud y Protección Social, Fedesalud. Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica y Modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica Componente de un modelo de salud renal [Internet]. 2007. 1-372 p. Available from: www.minproteccion-social.gov.co

42. Peña N, Salas C. Enfermería Global. Modelo de dorotea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería dorotea orem model applied to a community group through the nursing process. 2010

43. Cabrera E. Valoración ética del modelo de Dorotea Orem. Inst Super ciencias medicas la Habana. 2007;

44. Ley Nacional de donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos para fines de

trasplantes u otros usos terapéuticos N°73, Congreso Nacional de Colombia, Colombia, 20 de diciembre de 1988

45.Ley Nacional de prohibición la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante N°919. Congreso Nacional de Colombia, Colombia, 22 de diciembre de 2004

Decreto Red Nacional De Donación Y Trasplante De Órganos Y Tejidos N°2493. República de Colombia, Colombia, 4 de agosto de 2004

46.Ley Nacional de Atención Por Parte Del Estado Colombiano De La Población Que Padece De Enfermedades Ruinosas O Catastróficas N°972. Congreso Nacional de Colombia, Colombia, 15 de julio de 2005

47.Resolución Manual de Buenas Prácticas para Bancos de Tejidos y de Médula Ósea 5108. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Colombia, 29 de diciembre de 2005

48.Ley Nacional Por Medio De La Cual Se Modifican La Ley 73 De 1988 Y La Ley 919 De 2004 En Materia De Donación De Componentes Anatómicos Y Se Dictan Otras Disposiciones N°1805. Congreso Nacional de Colombia, Colombia, 4 de agosto de 2016

49.Pabon- Varela Yadira, factores que influyen en el tratamiento farmacologico y no farmacologico de los pacientes con riesgo de enfermedades cardiovasculares (WP). 2015. Santa Marta, Colombia, disponible: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/dotr/article/view/1120>

50.Ortega Oviedo, Stella Ignacia; Vargas Rosero E. Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular. Av en Enferm [Internet]. 2014;32(1).

51.Organización Mundial de la Salud (OMS). El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [Internet]. 1 julio de 2003. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

ANEXOS

Anexo 1.
Presupuesto

PRESUPUESTO GLOBAL						
No.	ITEM					TOTAL (Pesos Colombianos)
1	Equipo, Software y servicios técnicos					0
2	Remuneración de servicios contratados					377.000
3	Transportes y Comunicaciones					800.000
4	Materiales y suministros					133.300
5	Varios e imprevistos					120.000
	TOTAL					1.430.300
PRESUPUESTO DETALLADO						
Equipo, Software y servicios técnicos						
No.	DESCRIPCION	UNIDADES	No. UNIDADES	VALOR UNIDAD	TOTAL	
-	-	-	-	-	0	
	Subtotal 1					0
Remuneración de servicios contratados						
No.	DESCRIPCION	UNIDADES	No. UNIDADES	VALOR UNIDAD	TOTAL	
1	Epidemiólogo	Día	3	100.000	300.000	
2	Traductor	Día	1	77.000	77.000	

Subtotal 2						377.000
Transporte y Comunicaciones						
No.	DESCRIPCION	UNIDADES	No. UNI- DADES	VALOR UNIDAD	TOTAL	
1	Transporte	Visitas	150	4.000	600.000	
2	Servicio Tele- fónico e internet	Mes	5	40.000	200.000	
Subtotal 3					800.000	
Materiales y suministros						
No.	DESCRIPCION	UNIDADES	No. UNI- DADES	VALOR UNIDAD	TOTAL	
1	Papel	Hojas	700	50	35.000	
2	Fotocopias	Hoja	400	50	20.000	
3	Lapiceros	Unidad	6	1.300	7.800	
4	Carpetas	Unidad	160	400	64.000	
5	CD	Unidad	5	1.300	6.500	
Subtotal 4					133.300	
Varios e imprevistos						
No.	DESCRIPCION	UNIDADES	No. UNI- DADES	VALOR UNIDAD	TOTAL	
1	Imprevistos	-	-	-	70.000	
2	Gastos genera- les	-	-	-	50.000	

Subtotal 5

120.000

Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$).

FUENTES			
RUBROS	COLCIENCIAS	CONTRAPARTI- DA.	TOTAL
PERSONAL			8.600
EQUIPOS			0
SOFTWARE			0
MATERIALES			133
SALIDAS DE CAMPO			1.764
MATERIAL BIBLIOGRÁFI- CO			0
PUBLICACIONES Y PA- TENTES			3.000
SERVICIOS TÉCNICOS			0
VIAJES			6.000
CONSTRUCCIONES	No financiable		
MANTENIMIENTO	No financiable		
ADMINISTRACION	(3% del total solici- tado)		600
TOTAL			20.074

Descripción de los gastos de personal (en miles de \$).

Nombre del Inves- tigador / Experto/ Auxiliar	Forma- ción Acadé- mica	Función en el pro- yecto	DEDICA- CIÓN Ho- ras/semana	RECURSOS			TO- TAL
				Clínica Shaio	Contrapartida Enti- dad	Otras fuen- tes*	
DOLLY ARIAS TORRES	PosDoc- tora	Investiga- dor prin- cipal	220		US- CO	4730	
BRAYANT AN- DRADE MÉNDEZ	Magíster	Co- investiga- dor	176		US- CO	3784	
LUZ OMAIRA GOMEZ	Magíster	Co- investiga- dora	176		US- CO	3784	
SHIRD CAROL BLANICHETH OSSO GARZÓN	Estu- diante	Auxiliar para traba- jo de campo	40		US- CO		1200
STEFHANIA PERDOMO GÓ- MEZ	Estu- diante	Auxiliar para traba- jo de	40		US- CO		1200

		campo			
		Auxiliar			
CAMILO QUEVEDO	Estudiante	para trabajo de campo	40	US-CO	1200
		Auxiliar			
MIGUEL DÍAZ	Estudiante	para trabajo de campo	40	US-CO	3000
TOTAL					8.600

Tabla 5.3 Descripción de los gastos equipos software y servicios técnicos (en miles de \$)

Equipo, Software y servicios técnicos					
No.	DESCRIPCION	UNIDADES	No. UNIDADES	VALOR UNIDAD	TOTAL
-	-	-	-	-	0
Subtotal					0

Tabla 5.4 Descripción de los gastos materiales y suministros (en miles de \$)

Materiales y suministros					
No.	DESCRIPCION	UNIDADES	No. UNIDADES	VALOR UNIDAD	TOTAL
1	Papel	Hojas	700	50	35

2	Fotocopias	Hoja	400	50	20
3	Lapiceros	Unidad	6	1.300	7.8
4	Carpetas	Unidad	160	400	64
5	CD	Unidad	5	1.300	6
Subtotal					133

Descripción y justificación de los viajes (en miles de \$)

Lugar /No. De viajes	Justificación**	Pasajes (\$)	Estadía (\$)	Total días	Recursos		
					Col- ciencias	Con- tra- par- tida	Total
Congresos nacionales e internacionales	Divulgación de resultados	900	2100	15 (5 por persona)			4000
Congresos nacionales e internacionales	Ponencias	900	2100	15 (5 por persona)			4000
TOTAL							8.000

** Se debe justificar cada viaje en términos de su necesidad para el éxito del proyecto

Valoración salidas de campo (en miles de \$)

Ítem	Costo unitario	#	Total
Traslado de los auxiliares de investigación al domicilio de los pacientes para recolección de la información	12	147	1764

TOTAL		1.764
-------	--	-------

Publicación (en miles de \$)

Publicación*	Justificación	Valor
Pago de publicación en revista indexada	Si se requiere se realizará el pago de la revisión editorial que algunas revistas indexadas solicitan, para la debida publicación del artículo.	3.000
TOTAL		3.000

ción

Tabulación de la informa-

ción en bases de datos

Análisis de la información

Elaboración y entrega de

informe final y artículo.

Divulgación de la informa-

ción

Segundo Cronograma de Actividades:

ACTIVIDAD	Agosto.				Sep- tiem- bre/18				Octu- bre/18				No- viembre /18				Diciem- bre Dic/18			
	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA	SEMA- NA		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Revisión y ajustes del documento de

investigación.

Ajustes a instrumentos de recolección

de información

Obtención base de datos

Revisar historias clínicas para selec-

cionar pacientes que cumplan con

criterios de inclusión

Contactar a pacientes que cumplieron

con criterios de inclusión

Firma de consentimiento informado a

pacientes

Que quieran hacer parte de la investigación.

Prueba piloto y ajustes al formato

Aplicación de instrumentos a pacien-

tes

Que aceptaron ser parte de la investigación

Recolección de la información

Tabulación de la información en ba-

ses de datos

Análisis de la información

Elaboración y entrega de informe

final y artículo.

Divulgación de la información

Anexo 3.

Formato de Características Sociodemográficas y Clínicas en la Enfermedad

Formato Numero: _____

Sexo	Hombre			Mujer		
Edad del paciente						
Zona de residencia	Urbana			Rural		
Ocupación	Estudiante	Empleado	Hogar	Pensionado	Independiente	
Estrato socioeconómico	1	2	3	4	5	6
Ingreso mensual del hogar	< 1 SMMLV		Entre 1 y 2 SMMLV		>2 SMMLV	
Estado civil	casado	Soltero	separado	Unión libre	viudo	
Nivel educativo	BPI	BPC	BSI	BSC	TEC	PROF
Régimen de salud	Subsidiado		Contributivo		Especial	
EAPB						
Tiempo en lista de espera						
Tiempo trasplantado						
Tipo de donante	Vivo			Cadavérico		
Medicamento que toma						
Reacción por medicamento	No	Si:				
Antecedentes patológicos						
Causa falla renal	HTA	DM2	ERP	EG	LES	Otro:

Limitación física	movilidad	auditiva	visual	ninguna
Factores de riesgo				
Ha presentado rechazo	No	Si:		
Tiempo de rechazo post trasplante				
Tipo de terapia de reemplazo renal previo al trasplante				

INVESTIGADOR: _____

Anexo 4.

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

Versión 3

No. _____ FECHA: _____

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

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

FACTORES INFLUYENTES	NUNC A	A VECES	SIEMPR E
I DIMENSIÓN: FACTORES SOCIOECONÓMICOS			
Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)			
Puede costearse los medicamentos.			
Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la			

consulta.			
Cuenta con permisos laborales para asistir a sus citas.			
Reconoce que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo.			
Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
Las relaciones entre los miembros de la familia que viven con usted lo desaniman para seguir los tratamientos.			
Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
El contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven de ejemplo.			
Los que le ayudan saben qué tan grave es la enfermedad y su tratamiento.			
FACTORES INFLUYENTES	NUNC	A	SIEMPR
	A	VECES	E
Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
Comparte con otras personas sus preocupaciones y estos lo animan a seguir su tratamiento.			
II DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD			

El trato del médico y las enfermeras lo anima a volver a sus controles.			
El personal de enfermería le enseña y da recomendaciones escritas sobre sus tratamientos.			
La información verbal de parte del médico es detallada y precisa.			
Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
La institución a la que consulta muestra desorganización en la atención que le brinda.			
Las personas que lo atienden se ven demasiado ocupadas para escucharlo por mucho tiempo.			
Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
Se da cuenta que su médico controla si esta siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su medico.			
Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.			
En el caso que usted fallara en su tratamiento su medico y enfermera entenderían sus motivos.			
Conoce por medio escrito que señala fecha, horario y lugar del próximo control.			
El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia			

o usted entienden.			
Cuando le cambian el medico que lo atiende, esto lo confunde.			
El cambio frecuente de medicamentos lo confunde.			
Siente que no recibe atención de salud con la misma calidad que los demás.			
El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
El trato que recibe del personal médico y los demás es el que usted espera.			
La institución de salud le da oportunidades de aprender a reconocer los riesgos que tiene y como modificarlos.			
Conoce los riesgos que llevan a una persona a sufrir enfermedad cardiovascular.			
FACTORES INFLUYENTES	NUNC A	A VECES	SIEMPR E
Puede conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afiliación a la que pertenece.			
III DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA			
Tiene forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos.			
Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
Piensa que algunos de los medicamentos, le crean dependencia por eso no lo toma.			
Esta convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue			

tomándolo.			
Cree al igual que su familia que todo este tratamiento y cambios en sus costumbres son contrarios a su fe y sus valores.			
Reconoce que vale la pena cumplir el tratamiento y las recomendaciones para mejorar su salud.			
Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
Cree conveniente para su salud controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio.			
Los medicamentos que toma actualmente le alivian los síntomas			
IV DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE			
Su enfermedad limita sus oportunidades de estar con otras personas.			
Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo es sus hábitos.			
Siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce			
Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
Se angustia y se siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad.			
Se siente discriminado o alejado de su familia o grupo a causa de los tratamientos y recomendaciones que tiene que seguir.			
Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			

Interpretacion Instrumento Adherencia (Version 3, 53 Ítems)

Claudia Patricia Bonilla Ibañez

Los rangos de evaluación e interpretación del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular se describen de la siguiente manera:

Cuando el puntaje esta entre:

85-106; el paciente se encuentra en ventaja de adherencia al tratamiento o presenta comportamientos que indican que su adherencia es buena o realiza un número importante de acciones que indican que sigue las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas. (80-100%)

64-84; el paciente se encuentra en riesgo de no adherencia al tratamiento o de no realizar o desarrollar acciones para seguir su tratamiento tanto en lo farmacológico como en lo no farmacológico. (79-60%)

63 o menos; el paciente tiene comportamientos de no adherencia al tratamiento, presenta un índice bajo de comportamientos que indican que no sigue las instrucciones farmacológicas y no farmacológicas. (menor de 60%)

Ya que el instrumento tiene varias dimensiones la interpretación también se puede hacer por cada una de ellas y de esta forma determinar cuál de ellas y en qué aspectos se encuentra afectada la adherencia.

Es necesario aclarar que el instrumento puede trabajarse de forma general o por dimensiones y de esta forma determinar la afectación de cada una de las dimensiones.

Los ítems negativos no tienen calificación inversa ya que cuando se realizó la escala de likert se tuvieron en cuenta para que en la ponderación se reflejara su efecto en el total de la escala.

No existe una calificación para cada dimensión sin embargo cuando usted las califique puede tener en cuenta que el puntaje se sacó de la siguiente manera entre 80 y 100% para dar el puntaje

donde tienen más adherencia; entre el 60 y 79% sería el puntaje intermedio y menos del 59% serían todos los factores que muestran una no adherencia al tratamiento o el paciente muestra comportamientos de no adherencia. La idea es que cuando se califiquen las dimensiones veamos cómo influye esta dimensión y por ende los comportamientos en la adherencia o no del paciente.

Anexo 5.**Aval para uso del Instrumento**

Ibagué, abril 10 de 2018

Enfermeras y Enfermero
Luz Omaira Gómez Tovar. Enfermera investigadora
Brayant Andrade Méndez. Enfermero Investigador.
Programa de Enfermería
Universidad Surcolombiana

Asunto: Autorización de uso de instrumento

Por medio de la presente y en razón a su solicitud para la utilización del instrumento "Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con problemas cardiovasculares". Les informo que consultadas las autoras del mismo se autoriza su uso teniendo en cuenta que se deben dar los créditos del mismo a las autoras y solicitamos se nos informe los resultados de su investigación.



Anexos Instrumento versión 3
 Documento para su interpretación.

Cordialmente,


CLAUDIA PATRICIA BONILLA IBÁÑEZ
Autora

Anexo 6.

Aval de Comité de Ética

	FORMATO	 FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2018
	ACTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN	VERSIÓN: 01 CÓDIGO: GDI-INV-F-001A PÁGINA: 13 de 16

ACTA DE APROBACIÓN N° 006-007

Fecha en que fue sometido a consideración del Comité: 12 de Junio del 2018.

Nombre completo del Proyecto: "RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECHAZO DEL INJERTO EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL DEL HUHMP DEL 2007 A 2017".

Enmienda revisada: Ninguna.

Sometido por: Investigadores Luz Omaira Gómez Tovar, Brayant Andrade Méndez y Co-investigadores Shird Carol Blanicheth Osso Garzón, Stephania Perdomo Gómez, Camilo Andrés Quevedo Alvira.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 875 del 24 de octubre de 2013 el Comité de Ética, Bioética e Investigación dando cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, actos administrativos expedidos por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.


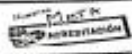
El Comité de Ética, Bioética e Investigación certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.

- a. Resumen del proyecto.
- b. Protocolo de Investigación.
- c. Formato de Consentimiento Informado.
- d. Protocolo de Evento Adverso.
- e. Formato de recolección de datos.
- f. Folleto del Investigador (si aplica).
- g. Resultado de evaluación por otros comités (si aplica).
- h. Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores.

2. El Comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera sin riesgo para las personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.

3. El Comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.

	FORMATO	
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2018
	ACTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN	VERSIÓN: 01
		CÓDIGO: GDI-INV-F-001A
		PÁGINA: 14 de 16

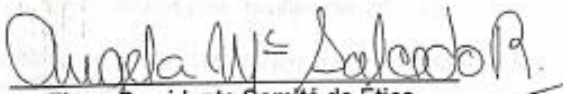
4. El comité puede ser convocado por solicitud de alguno de los miembros que lo conforman o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

5. El investigador principal deberá:

- a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
- b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
- c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
- d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
- e. Comprometerse a realizar una retroalimentación en el servicio donde se efectuó la investigación para presentar los resultados del estudio una vez finalizó el proyecto
- f. Realizar el informe final de la investigación el cual se debe entregar al Comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
- g. Presentar un informe anual del proyecto si el tiempo para su desarrollo es superior a un año.
- h. Comprometerse con hacer entrega de un artículo publicado en una revista indexada, refiriendo al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo como entidad participante y patrocinadora de la investigación.
- i. Informar de manera escrita al Comité de Ética, Bioética e Investigación del Hospital Universitario H.M.P si el proyecto avalado va a participar en un evento académico.

Entiendo y acepto las condiciones anteriormente mencionadas por el Comité de Ética, Bioética e Investigación.

Nombre del Investigadores: Luz Omaira Gómez Tovar, Brayant Andrade Méndez.


Firma/Presidente Comité de Ética,
Bioética e Investigación

OBSERVACIONES FINALES.

- Si el investigador considera que dentro de la comunidad científica de habla hispana no existen pares que puedan evaluar el proyecto, se requiere enviar adicionalmente el documento en inglés con el resumen en español.
- Se debe anexar las cartas de intención de las entidades financiadoras externas del proyecto.
- Cuando exista la participación de más de un grupo de investigación en la ejecución del proyecto, debe precisarse las actividades y compromisos de cada grupo.
- Cuando los resultados y productos del proyecto sean del interés del sector privado, debe promoverse la participación efectiva de éste, en el proyecto. Además, adjuntar la propuesta sobre la Estrategia de transferencia de resultados/productos a los posibles sectores sociales.