



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal
terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de
Guayaquil, 2026.**

AUTORES:

**Colcha Amaguaya, Alba Eloiza
Falcones Jara, Nathaly Yomaira**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilda, Mgs.

**Guayaquil, Ecuador
02 septiembre del 2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Colcha Amaguaya, Alba Eloiza y Falcones Jara, Nathaly Yomaira** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en enfermería**.

TUTOR



f. _____

Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilda, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilda, Mgs.

Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2026.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Colcha Amaguaya, Alba Eloiza**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil, 2026**. Previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2026.

LA AUTORA

f.  Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ALBA ELOIZA COLCHA
AMAGUAYA

Colcha Amaguaya, Alba Eloiza



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Falcones Jara, Nathaly Yomaira**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil, 2026**. Previo a la obtención del título de **Licenciado en enfermería** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2026.

EL AUTOR



f. _____
Falcones Jara, Nathaly Yomaira



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Colcha Amaguaya, Alba Eloiza**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil, 2026**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2026.

LA AUTORA

f.  Validar únicamente en FigmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**ALBA ELOIZA COLCHA
AMAGUAYA**

Colcha Amaguaya, Alba Eloiza



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Falcones Jara, Nathaly Yomaira**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil, 2026**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2026.

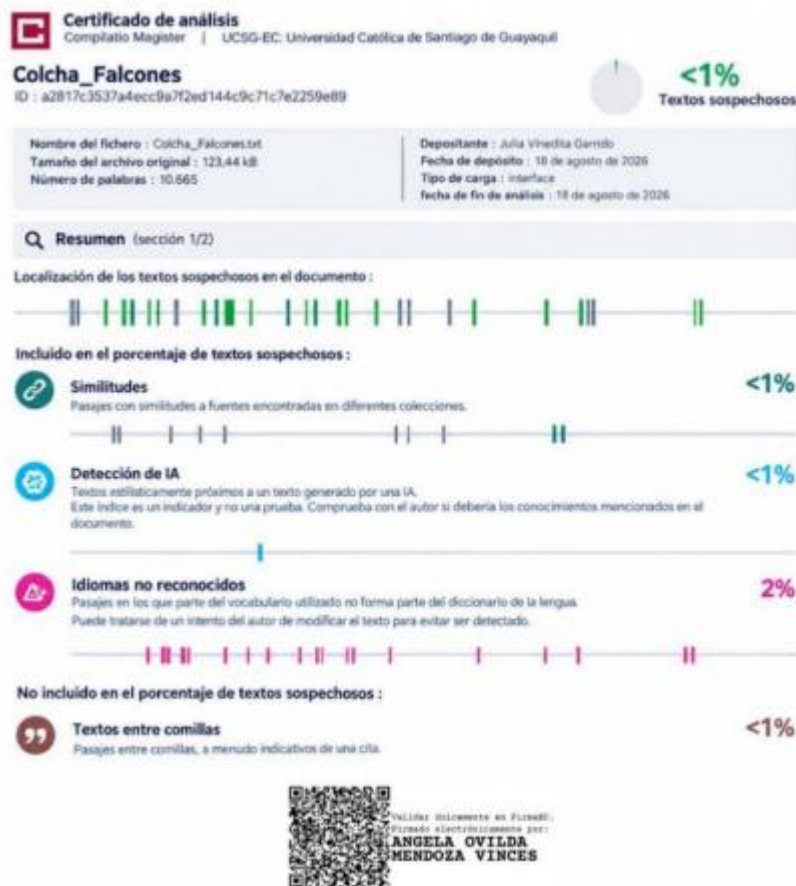
EL AUTOR



f. _____
Falcones Jara, Nathaly Yomaira



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
REPORTE DE COMPILATIO



AGRADECIMIENTO

Al culminar esta importante etapa de mi formación profesional, deseo expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron a hacer posible la realización y culminación de este trabajo de titulación. En primer lugar, agradezco a Dios, por concederme la vida, fortaleza, sabiduría y perseverancia necesaria para superar cada desafío y alcanzar esta meta.

Expreso mi más profundo agradecimiento a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, institución que me brindó la oportunidad de formarme profesionalmente, adquirir nuevos conocimientos y desarrollar las competencias necesarias para ejercer con responsabilidad, compromiso y vocación la profesión de Enfermería.

De manera especial, agradezco a mi tutora de tesis, la licenciada Ángela Mendoza, por su orientación, dedicación, paciencia y acompañamiento durante el desarrollo de esta investigación. Sus conocimientos y recomendaciones fueron fundamentales para la culminación de este trabajo.

Agradezco también a todos los docentes de la carrera de Enfermería, quienes, a través de sus conocimientos, enseñanzas y experiencias, ayudaron significativamente a mi formación académica y profesional. Mi especial gratitud a la Clínica Renaldíálisis y a todo su equipo de profesionales, por abrirme las puertas de su institución y brindarme la oportunidad de desarrollar esta investigación.

A mi familia, mi más sincero agradecimiento por su amor incondicional, comprensión, confianza y apoyo constante. Gracias por animarme en los momentos difíciles y por ser fuente permanente de fortaleza y motivación para alcanzar mis objetivos.

Alba Colcha

AGRADECIMIENTO

Al culminar esta importante etapa de mi formación profesional, deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que, de una u otra manera, contribuyeron a la realización de este trabajo de investigación y al cumplimiento de esta meta.

En primer lugar, agradezco a Dios por regalarme la vida, la salud, la fortaleza y la sabiduría necesarias para superar cada desafío durante mi formación universitaria. Gracias por acompañarme en los momentos difíciles y permitirme alcanzar este logro.

A mis padres, por su amor incondicional, esfuerzo, sacrificio y confianza. Gracias por ser mi mayor apoyo e inspiración, por creer en mí y enseñarme que con dedicación, perseverancia y trabajo es posible alcanzar los sueños. A mi hermano y demás familiares, por su cariño, comprensión y palabras de aliento, que fueron fundamentales para continuar adelante.

A mi directora de tesis, por su orientación, paciencia, compromiso y valiosos conocimientos, que contribuyeron significativamente al desarrollo y culminación de esta investigación. A mis docentes, por compartir sus conocimientos y experiencias, aportando de manera significativa a mi crecimiento académico y profesional. A la universidad, por brindarme las herramientas y oportunidades necesarias para mi formación.

A mis amigas Angie, Hailey, Mercy y Andrea, por su amistad, compañerismo y apoyo constante. Gracias por compartir conmigo aprendizajes, desafíos y momentos especiales que hicieron de esta etapa una experiencia inolvidable.

Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que, aunque no sean mencionadas de manera individual, estuvieron presentes con una palabra de aliento, un consejo o un gesto de apoyo. A todos, mi más sincero reconocimiento, cariño y eterna gratitud.

Nathaly Falcones

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación, en primer lugar, a Dios, por guiarme, darme fortaleza y recordarme que todo llega en el momento perfecto.

A mi hija Esther, mi mayor motivación y la razón que me impulsó a no rendirme. Que este logro sea para ti un ejemplo de que, con perseverancia, dedicación y confianza, los sueños pueden hacerse realidad.

A mi esposo Alexis Fernando, por su amor, paciencia, comprensión y apoyo incondicional durante este proceso. Gracias por creer en mí y acompañarme en cada paso de este camino.

A mis padres Milton y Piedad, por ser pilares fundamentales en mi vida, por sus enseñanzas, sacrificios y apoyo constante. Gracias especialmente por cuidar de mi hija y permitirme continuar con mi formación profesional.

A mis hermanos Maritza, William y Mateo, por su cariño, apoyo y compañía a lo largo de mi vida. De manera especial, a Maritza, por ser mi segunda madre y estar siempre presente cuando más lo necesitaba.

Finalmente, me dedico este logro a mí misma, por no rendirme ante las dificultades, por creer en mis capacidades y por hacer realidad uno de mis más grandes sueños. Hoy puedo decir con orgullo: lo logré.

Alba Colcha

DEDICATORIA

La culminación de esta tesis representa mucho más que un requisito académico; es el resultado de años de esfuerzo, perseverancia, aprendizajes y desafíos que contribuyeron a mi crecimiento personal y profesional. Por ello, dedico este logro a quienes me acompañaron y apoyaron durante este camino.

En primer lugar, a Dios, por iluminar mi camino y brindarme la fortaleza, sabiduría y paciencia necesarias para superar cada obstáculo y continuar adelante.

A mis queridos padres y hermano, Sandra Jara, Pedro Falcones y Mauro Falcones, por su amor incondicional, sacrificio, confianza y apoyo constante. Gracias por creer en mí, ser mi mayor inspiración y enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia. Este logro también les pertenece.

A mis profesores, por compartir sus conocimientos, experiencias y enseñanzas, contribuyendo significativamente a mi formación académica y profesional.

A mis amigas, por su amistad, compañía y apoyo durante esta etapa. Gracias por compartir conmigo momentos de alegría, aprendizaje y desafíos que hicieron de este camino una experiencia inolvidable.

Finalmente, me dedico este logro a mí misma, por no rendirme ante las dificultades, por cada sacrificio realizado y por tener la determinación de seguir adelante hasta alcanzar esta meta.

Con profundo cariño y gratitud, dedico este trabajo a todos quienes creyeron en mí y fueron parte fundamental de este sueño hecho realidad.

Nathaly Falcones



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES, MGS.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LIC. GENY MARGOTH RIVERA SALAZAR, PhD
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION

f. _____

LIC. SYLVIA AZUCENA HIDALGO JURADO, PhD
OPONENTE

ÍNDICE

REPORTE DE COMPILATIO	XIII
AGRADECIMIENTO	VIII
DEDICATORIA	X
ÍNDICE	XIII
ÍNDICE DE TABLAS.....	XV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XVI
RESUMEN.....	XVII
ABSTRACT	XVIII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	3
1. Planteamiento del Problema	3
1.1. Preguntas de Investigación	4
1.2. Justificación.....	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo General	6
1.3.2. Objetivos Específicos.....	6
CAPÍTULO II.....	8
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	8
2.1. Antecedentes de la Investigación	8
2.2. Marco Conceptual	12
2.2.1. Enfermedad renal terminal.....	12
2.2.2. Adherencia terapéutica	15
2.2.3. Pacientes con enfermedad renal terminal	25
2.3. MARCO LEGAL	27
2.3.1. Constitución de la República del Ecuador (2008).....	27
2.3.2. Ley Orgánica de Salud	28
2.3.3. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales	29
2.3.4. Reglamento para la aprobación, desarrollo, vigilancia y control de investigaciones observacionales y estudios de intervención en seres humanos	30
CAPITULO III.....	32

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.1. Tipo de Estudio	32
3.2. Diseño de la investigación	32
3.3. Población	32
3.4. Muestra	32
3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión	33
3.6. Procedimientos para la recolección de información	33
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	34
3.8. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.	34
3.9. Operacionalización de Variables	34
CAPÍTULO IV	37
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
4.1. Características generales de los pacientes	37
4.2. Adherencia al tratamiento de hemodiálisis y al régimen farmacológico.....	39
4.3. Adherencia a las restricciones de líquidos y a las recomendaciones dietéticas.....	42
5. DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES.....	49
REFERENCIAS	50
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	35
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Antecedentes del tratamiento.....	37
Figura 2. Apoyo para asistencia.....	38
Figura 3. Cumplimiento de sesiones	39
Figura 4. Interrupciones del tratamiento	40
Figura 5. Conductas farmacológicas	41
Figura 6. Control de líquidos	42
Figura 7. Adherencia dietética.....	43

RESUMEN

Introducción: La enfermedad renal terminal exige hemodiálisis periódica, medicación, control de líquidos y alimentación renal, conductas que dependen de recursos personales, familiares y asistenciales. **Objetivo:** Describir el nivel de adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil, 2026. **Metodología:** Se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental, prospectivo y transversal con 97 pacientes. Se aplicó un cuestionario de 25 reactivos y se calcularon frecuencias y porcentajes con las respuestas válidas de cada reactivo. **Resultados:** En las características generales, el 88% recibía hemodiálisis desde hacía tres meses o más; el 25% nunca contó con transporte disponible y el 31% nunca tuvo acompañamiento cuando necesitó apoyo. En la adherencia a hemodiálisis y medicación, el 76% asistió siempre a las sesiones, el 86% completó el tiempo prescrito, el 65% respetó siempre los horarios farmacológicos y el 45% presentó olvidos algunas veces. Respecto a líquidos y dieta, el 49% evitó algunas veces superar el volumen indicado, el 79% controló siempre el peso, el 55% consumió algunas veces alimentos altos en sodio y el 72% evitó algunas veces los productos ricos en potasio. **Conclusión:** La adherencia fue más constante en las conductas supervisadas dentro de la unidad y mostró dificultades en los apoyos para asistir, la medicación diaria, el límite hídrico y la selección alimentaria.

Palabras clave: Autocuidado, cumplimiento de la medicación, cumplimiento y adherencia al tratamiento, diálisis renal, enfermedad renal crónica.

ABSTRACT

Introduction: End-stage kidney disease requires regular hemodialysis, medication, fluid control, and a renal diet; these behaviors depend on personal, family, and healthcare resources. **Objective:** To describe the level of therapeutic adherence among patients with end-stage kidney disease receiving hemodialysis at a hospital in Guayaquil, 2026. **Methodology:** A quantitative, descriptive, non-experimental, prospective, cross-sectional study was conducted with 97 patients. A 25-item questionnaire was administered, and frequencies and percentages were calculated from the valid responses to each item. **Results:** Regarding general characteristics, 88% had received hemodialysis for three months or longer, 25% never had transportation available, and 31% never had accompaniment when support was needed. For hemodialysis and medication adherence, 76% always attended their sessions, 86% completed the prescribed treatment time, 65% always followed their medication schedules, and 45% sometimes forgot a dose. Regarding fluids and diet, 49% sometimes avoided exceeding the prescribed fluid volume, 79% always monitored their weight, 55% sometimes consumed high-sodium foods, and 72% sometimes avoided high-potassium foods. **Conclusion:** Adherence was more consistent for behaviors supervised within the dialysis unit, whereas difficulties remained in attendance support, daily medication use, fluid restriction, and food selection.

Keywords: Chronic Kidney Disease, medication adherence, renal dialysis, self care, treatment adherence and compliance.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal terminal (ERT) es una condición crónica que obliga a los pacientes a mantener un régimen terapéutico complejo durante la hemodiálisis, el cual comprende asistencia periódica a las sesiones, uso continuo de fármacos y cumplimiento de restricciones relacionadas con la dieta y la ingesta de líquidos, bajo la supervisión permanente del equipo de salud (1). En este escenario, la adherencia terapéutica se configura como un conjunto de conductas vinculadas al seguimiento del tratamiento prescrito, al cuidado durante la hemodiálisis y al autocuidado desarrollado fuera de la unidad asistencial (2); sin embargo, dichas conductas suelen verse alteradas por factores que limitan o facilitan su aplicación.

Con ese enfoque, la adherencia terapéutica en pacientes con ERT que reciben hemodiálisis se expresa principalmente en la vida cotidiana, fuera de las instalaciones asistenciales, donde el paciente organiza sus actividades diarias en función de las indicaciones del tratamiento (3). Estas conductas abarcan el cumplimiento del régimen farmacológico, la selección y preparación de alimentos, el control de la ingesta de líquidos y la planificación de tiempos y traslados para asistir a las sesiones de hemodiálisis. La necesidad de integrar estas exigencias al entorno familiar, laboral y social introduce variaciones en la forma en que cada persona ejecuta el tratamiento prescrito (4).

La presente investigación tuvo el propósito de describir el nivel de adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil, 2026.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del Problema

La enfermedad renal crónica (ERC) se reconoce en la agenda internacional por su carga y por la demanda de atención prolongada. Un documento de la Organización Mundial de la Salud – OMS (5) reportó cerca de 674 millones de personas con ERC, equivalente a 9% de la población mundial, y presenta proyecciones de aumento de la tasa de muerte estandarizada por edad hacia 2050. En el Estudio Global de Carga de Enfermedades (6), la prevalencia estandarizada por edad en adultos alcanzó el 14,2% en 2023 y las defunciones atribuidas a ERC sumaron 1,48 millones.

En cuanto a la atención en hemodiálisis, esta integra asistencia a sesiones y seguimiento de indicaciones sobre la medicación, líquidos y dieta. En un estudio en Italia Usta et al. (7) reportaron ausencias a sesiones entre 30% y 86%, falta de adherencia a dieta entre 47,3% y 72,5%, y a líquidos entre 50% y 70,7%; adicional, clasificó un 46,7% con buena adherencia, 43,5% moderada y 9,8% baja. Mientras que en Egipto (8), un estudio con 205 pacientes informó un 19,5% de falta de adherencia a hemodiálisis durante la pandemia de COVID-19 y 11,7% antes del mismo periodo.

En la región de las Américas se registra una carga importante de enfermedades renales; la Organización Panamericana de la Salud - OPS (9) informó 254.028 defunciones en 2019 y una tasa de mortalidad ajustada por edad de 15,6 por 100.000 habitantes. En servicios de hemodiálisis del Perú, Carrillo et al. (10), evidenciaron que 49,30% de pacientes reportó adherencia a sesiones, mientras que 94,37% presentó falta de adherencia al tratamiento farmacológico. A partir de esa realidad regional, la medición de la adherencia terapéutica se ubica como tema de interés en unidades hospitalarias de países con expansión de terapia de reemplazo renal.

El Ministerio de Salud Pública - MSP (11) reportó un total de 19.372 pacientes en terapia de reemplazo renal (TRR) y una prevalencia de 1.365

por millón de población. Además, con datos del Registro Ecuatoriano de Diálisis y Trasplante Renal, Gahona et al. (12) expuso que la prevalencia en el año 2022 se estimó en 1.182,77 casos de ERC por millón de habitantes, en tanto que la TRR representó 0,12% de la población y 11,8% del gasto público anual en salud. El escenario explorado, genera interés por medir la adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

Dentro del servicio de hemodiálisis de un hospital de Guayaquil, se evidencian ausencias a sesiones programadas, llegadas tardías, cambios de horario solicitados por motivos laborales o familiares, así como finalización anticipada de la terapia debido a malestar durante el procedimiento, como calambres o cansancio. También se escucha que los pacientes se realizan consultas entre sí sobre el volumen permitido de líquidos, la selección de alimentos que pueden consumir y los horarios de medicación, esto genera discrepancias entre lo declarado por el paciente y las anotaciones de enfermería sobre la ingesta o la asistencia; haciendo necesario realizar un estudio sobre esta problemática.

Por consiguiente, si bien la hemodiálisis es uno de los tratamientos más importantes para que los pacientes con enfermedad renal en fase terminal puedan sobrevivir, su eficacia depende en alto grado de la adherencia a las sesiones de hemodiálisis, la medicación, la restricción del líquido y la dieta. En el hospital donde se estudia este fenómeno se observan comportamientos que son compatibles con la teoría de la baja adherencia, pero no existe una evaluación sistemática de la adherencia mediante un instrumento estructurado. La carencia de esta información limita la planificación de intervenciones educativas y de seguimiento por parte del personal de enfermería y, por lo tanto, es necesario establecer una cuantificación de la adherencia en esta población.

1.1. Preguntas de Investigación

¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil, 2026?

¿Cuáles son las características generales de los pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil?

¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis y al régimen farmacológico en pacientes con enfermedad renal terminal atendidos en un hospital de Guayaquil?

¿Cuál es el nivel de adherencia a las restricciones de líquidos y a las recomendaciones dietéticas en pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis?

1.2. Justificación

La medición de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil permite describir conductas de cumplimiento en asistencia, medicación, dieta y líquidos. Tal información proporciona un indicador cuantificable para la unidad, adecuado para el orden de las actividades de evaluación y seguimiento que realiza enfermería y el equipo de salud; de igual manera aporta la comparación descriptiva en estudios evaluativos sobre los mismos componentes de la terapia.

La población en hemodiálisis establece su vida diaria en torno a horas fijas, desplazamientos, síntomas asociados al tratamiento y requerimientos alimentarios, implicando también familia y trabajo. De este modo, la identificación de la adherencia terapéutica proporciona información tanto para el hospital como para el sistema de salud de la localidad sobre las necesidades de apoyo educativo y seguimiento en la atención de pacientes, así como la participación activa de los familiares o cuidadores

Por otro lado, en lo que respecta a lo académico, los resultados ofrecen una fundamentación en la discusión en ciencias de enfermería, respecto del autocuidado, la percepción del tratamiento y la continuidad de asistencia. El estudio, al describir la adherencia mediante un cuestionario estructurado, de un total de 25 reactivos, correspondiente a los dominios del End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ),

aportó datos sobre la asistencia, la medicación, los líquidos y la dieta. La información permitió revisar la continuidad de los cuidados, la educación proporcionada y las barreras referidas por los pacientes. De esta forma, se identificaron conductas que requieren seguimiento dentro de la unidad y en el hogar (13).

Del mismo modo, la literatura científica reporta adherencia en hemodiálisis con instrumentos y definiciones diversas, con diferencias entre dominios del régimen terapéutico. En este contexto, la estimación local de la adherencia con un cuestionario estructurado aporta la evidencia necesaria para discutir la relación entre la conducta de salud, percepción del tratamiento y barreras referidas por los pacientes con enfermedad renal terminal. Así, los resultados se relacionan con modelos de autocuidado y de conductas de adherencia usados en enfermería.

Finalmente, el instrumento utilizado fue compuesto por 25 reactivos agrupados en tres grupos que estaban directamente relacionados con los objetivos de obtención de información del estudio: Generalidades; adherencia a la hemodiálisis y al régimen farmacológico; y cumplimiento de las restricciones de líquidos y de las recomendaciones dietéticas. Las respuestas se controlaron por reactivo, sin calcular una puntuación intermedia, a fin de mantener la distribución de cada conducta y también aportar información sobre aquellos aspectos que necesitan ser monitorizados en la unidad (13).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Describir el nivel de adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil, 2026.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características generales de los pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil.

2. Identificar el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis y al régimen farmacológico en pacientes con enfermedad renal terminal atendidos en un hospital de Guayaquil.
3. Evaluar la adherencia a las restricciones de líquidos y a las recomendaciones dietéticas en pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la Investigación

Al-Khattabi (14), tuvo como objetivo identificar la prevalencia de adherencia al control de líquidos, dieta, medicación y sesiones de hemodiálisis en pacientes de Makkah. El trabajo se desarrolló en tres hospitales gubernamentales de Arabia Saudita, con diseño cuantitativo, multicéntrico y transversal. La población estuvo conformada por los pacientes en hemodiálisis, y la muestra estuvo compuesta por 361 sujetos seleccionados de forma aleatoria, el instrumento fundamental fue el End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ). Los resultados de la adherencia fueron: 88,4% adherencia a la dieta; 87,8% adherencia al control de líquidos; 88,0% adherencia a la medicación; y 56,0% a la adherencia a la asistencia a hemodiálisis; por lo cual se llega a la conclusión de que la adherencia no fue uniforme para todos los dominios y que la asistencia a sesiones fue la que menos adherencia alcanzó.

Mirzaei-Alavijeh et al. (15), plantearon identificar determinantes de la adherencia farmacológica en pacientes en hemodiálisis. La investigación se llevó a cabo en la unidad de diálisis de Kermanshah, Irán, utilizando un diseño cuantitativo, correlacional y transversal. La población fue la de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal y la muestra fue de 260 personas, utilizando un cuestionario escrito por entrevista como instrumento de recolección. Los resultados nos indican que la puntuación media para la adherencia farmacológica fue de 11,95; además, que la adherencia fue mayor en quienes tenían mayor escolaridad ($p=0,009$) y empleo ($p<0,001$); por otro lado, la categoría de ingreso económico se relacionó positivamente con la adherencia ($r=0,176$), mientras que el tiempo en el tratamiento mostró una importante relación inversa ($r=-0,250$). En conclusión, la adherencia farmacológica dependió de los componentes conductuales y sociales.

Alatawi et al. (3), buscaron examinar la relación entre apoyo social percibido y adherencia al tratamiento en personas sometidas a hemodiálisis. El contexto fue Arabia Saudita, en dos unidades de diálisis, con metodología cuantitativa, correlacional y transversal. La muestra estuvo integrada por 121 pacientes; se recogió la información mediante encuestas de auto-reporte que incluyeron el ESRD-AQ y una escala de percepción de apoyo social. Las conclusiones mostraron 45,5% de buena adherencia, 47,9% de adherencia moderada y 6,6% de baja adherencia. Por dominios, 76,0% informó de mejor adherencia farmacológica, 75,0% asistencia habitual a hemodiálisis, 67,8% cumplimiento de los requisitos dietéticos y 62,0% control de líquidos. En apoyo social, la media más alta correspondió a la familia con 89,3%, seguida de personas significativas con 62,8% y amistades con 49,6%. Para concluir, el apoyo social se vinculó con mejor adherencia terapéutica.

Belhmer et al. (16), se propusieron valorar la adherencia a la asistencia a hemodiálisis, medicación, dieta y restricción de líquidos, además de factores asociados. La investigación se desarrolló en Sana'a, Yemen, bajo el enfoque cuantitativo, descriptivo y prevalentemente transversal; la población se distribuyó en pacientes que tenían enfermedad renal en fase terminal en hemodiálisis en un hospital de Sana'a, y la muestra efectiva fue de 393 personas, la cual se obtuvo mediante entrevista personal del ESRD-AQ; la puntuación global media fue de $933,5 \pm 210$; el 77,8% de adherencia fue clasificada como moderada; los dominios fueron: asistencia a hemodiálisis con una adherencia de 88,5%, medicación de 76,7%, dieta de 61,9% y restricción de líquidos de 61,6%; también puntuaciones más elevadas se encontraron en la residencia urbana, en menor tiempo en hemodiálisis, en mejor valoración del tratamiento; la conclusión fue que la mayor adherencia seguía siendo en la asistencia a sesiones de hemodiálisis y la menor en dieta o restricción de líquidos.

Carrillo et al. (10), tuvieron como objetivo analizar factores asociados a la adherencia a sesiones de hemodiálisis y al tratamiento farmacológico. La

investigación se realizó en Chiclayo, Perú, mediante diseño cuantitativo, no experimental, transversal, correlacional y observacional. La población estuvo compuesta por 90 pacientes y la muestra por 71; para la recolección de datos se implementó un cuestionario estructurado, que consta del test de Batalla y la escala MMAS-8. Los resultados indicaron que 49.30% de los pacientes presentó adherencia a las sesiones de hemodiálisis, contra un 94.37% que no mostró adherencia al tratamiento farmacológico; así mismo, la adherencia a las sesiones de hemodiálisis se asoció con la edad, con el conocimiento de la enfermedad, con el tiempo en diálisis, con la existencia de comorbilidades y con el número de fármacos; por el contrario, la adherencia farmacológica se asoció con el conocimiento de la enfermedad renal crónica y con la existencia de comorbilidades. En conclusión, el cumplimiento terapéutico es un proceso que varía entre los dominios y entre las asociaciones con los factores clínicos.

Méndez-Ortega et al. (17), se propusieron evaluar factores que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en consulta externa de nefrología en Tlaxcala, México. La metodología fue cuantitativa, descriptiva y transversal. La población estuvo constituida por los usuarios del servicio y la muestra incluyó 80 pacientes; se utilizó un cuestionario ya validado, de veinticuatro preguntas, repartido en cuatro dimensiones; los resultados reflejaban que el 8,8% logró adherencia al tratamiento, el 58,8% correspondiente a riesgo moderado a no adherirse y el 32,5% a riesgo alto. Las razones concretadas fueron: falta de recursos económicos en 65,0%, desconocimiento de peso seco en 61,3%, régimen dietético de gastos altos en 60,0%, dificultad de cambiar de estilo de vida en 38,8%, falta de información sobre los beneficios de las medicaciones en el 8,8% y se concluyó que la no adherencia estaba relacionada con los factores económicos e informativos.

Melo et al. (18), buscaron identificar asociaciones entre adherencia al tratamiento, modalidad terapéutica y capacidad de afrontamiento en personas con enfermedad renal crónica. El ámbito de esta investigación fue

Brasil, bajo un diseño cuantitativo, de tipo transversal y analítico. La muestra fue de 233 personas en tratamiento de terapia renal sustitutiva; se aplicaron cuatro instrumentos de adherencia, afrontamiento y otras variables relacionadas. Los datos apuntaron a una adherencia mejor al responder a actitudes relacionadas a las restricciones sociales entre aquellos usuarios en diálisis peritoneal. También se registraron relaciones positivas entre las formas de afrontamiento confrontativo, la autoconfianza y el apoyo social con indicadores de adherencia, en tanto que el afrontamiento centrado en la emoción presentó relaciones inversas frente a la adherencia a restricciones como líquidos, dieta y autocuidado. Se observó mejor desempeño en cuanto a la adaptación social, bienestar físico y apoyo familiar funcionando a bajas restricciones. En líneas generales que la adherencia se concilia con la modalidad de terapia y recursos psicosociales.

Gahona et al. (12), plantearon describir el comportamiento de la incidencia y prevalencia de la terapia de reemplazo renal a nivel nacional. El trabajo se desarrolló en Ecuador con base en registros nacionales, bajo una línea cuantitativa, descriptiva y documental. Los pacientes utilizados para la población en análisis corresponde a los pacientes en terapia de reemplazo renal y el análisis fue realizado con bases nacionales agregadas, con una prevalencia en el año 2022 de 1.182,77/millón de población e incidencia de 169,55/millón de población; un 95,0% no estaban en lista de espera para trasplante y la sobrevida a cinco años era de 62,0% y una cobertura 0,12% de la población. En conclusión, la terapia de reemplazo renal representa una carga sostenida en el país.

Hidrobo et al. (19), tuvieron como objetivo analizar conductas de autocuidado en la salud de pacientes hemodializados de un centro de diálisis de Ibarra. La investigación se ejecutó en Ecuador con metodología cuantitativa, observacional y transversal. La muestra fue de 30 pacientes, obtenida con la información del cuestionario “Valoración de Autocuidado de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis”, con alfa de Cronbach de

0,86. Los resultados mostraron que el 50,0% tenía un nivel poco adecuado de autocuidado y el 40,0% medianamente adecuado y el 10,0% muy adecuado. Al mismo tiempo, 60,0% presentó conductas de autocuidado muy adecuadas. Se evidenció una asociación entre los resultados diagnósticos y el autocuidado en el ámbito que estudia el descanso y el sueño y se observó también la correlación positiva entre el autocuidado y el diagnóstico. Se deduce que el autocuidado ha de ser valorado continuamente dentro del seguimiento del paciente hemodializado.

Fajardo et al. (20), plantearon el conocer el estado de la adherencia a los hábitos de alimentación en los pacientes en hemodiálisis en un hospital de Machala. La metodología utilizada fue cuantitativa, descriptiva, de carácter transversal y no experimental, mediante muestreo no probabilístico. En la muestra final participaron 60 pacientes; se aplicó el cuestionario de Renal Adherence Behavior Questionnaire, con un alfa de Cronbach de 0.88. Los resultados indicaron que 66.7 % nunca consumía líquidos en exceso y 73.3 % siempre procuraba no exceder el límite hídrico recomendado. La adherencia a la farmacología fue de 98.3 %, el autocuidado de 93.3 % y el apoyo familiar percibido de 86.7 %. La restricción de micronutrientes presentó un nivel intermedio, sobre todo en potasio, fósforo y sodio. El artículo concluyó que la adherencia resultó ser alta en varios dominios; no obstante, se mantuvieron dificultades dietéticas concretas.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Enfermedad renal terminal

La enfermedad renal terminal representa la fase avanzada del daño renal crónico, momento en que la pérdida sostenida de la función renal impide conservar el equilibrio hidroelectrolítico, ácido-base y metabólico sin apoyo terapéutico sustitutivo o manejo conservador especializado. Su significado clínico va más allá de la disminución del filtrado glomerular, pues se acompaña de anemia, del metabolismo mineral y óseo anómalo, de inflamación persistente, de un compromiso cardiovascular, de fatiga y de

deterioro funcional. Desde una perspectiva asistencial, también supone una dependencia de la toma de decisiones terapéuticas continuas, de la planificación anticipada y la adaptación familiar durante periodos prolongados, lo que sitúa al paciente en una situación de cuidado para toda la vida, con necesidades de información, de seguimiento y de toma de decisiones relacionadas con su trayectoria terapéutica (21).

La insuficiencia renal terminal equivale a una complejidad clínica de variada causa, como también un escenario de progresiva acumulación de alteraciones sistémicas que afectan la sobrevivencia, la funcionalidad y el bienestar. Esta enfermedad va asociada, a menudo, con diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, inflamación y desnutrición, añadiendo carga sintomática persistente. En el marco de esta enfermedad, la existencia va acompañada de la oferta de tratamientos, la transformación de la composición del cuerpo y la reestructuración de la vida cotidiana. Por este motivo, su consideración terapéutica implica un esfuerzo por conectar fisiopatología, evolución clínica, impacto social y necesidades asistenciales prolongadas en los diferentes niveles del sistema de salud (22).

El término enfermedad renal terminal se refiere, además, a una situación clínica que requiere, según el caso, un tratamiento sustitutivo renal o bien un tratamiento conservador programado. A partir de esta necesidad, el paciente pasa a tener una continuidad asistencial que incluye unidades de diálisis, laboratorios, farmacoterapia, control nutricional, seguimiento del acceso vascular o trasplante. Su abordaje conceptual incluye el tiempo, pues se trata de condición de larga duración que reorganiza rutinas, vínculos y expectativas. De ahí que la enfermedad renal terminal se estudie como un fenómeno biológico y social, estrechamente unido a la experiencia del cuidado prolongado (6).

2.2.1.1. Evolución clínica de la enfermedad renal terminal

La evolución clínica de la enfermedad renal terminal se sitúa en la progresión de la enfermedad renal crónica avanzada, sobre todo en los

estadios G4 y G5, cuando la reserva funcional renal resulta insuficiente para mantener estabilidad fisiológica sin medidas sustitutivas. En esa progresión van apareciendo la retención urémica, las alteraciones del volumen, los trastornos electrolíticos, el deterioro mineral óseo y mayor riesgo cardiovascular, con carga sintomática creciente y decisiones terapéuticas más complejas. La progresión no es lineal ni homogénea sino dependiente de comorbilidades, de la velocidad de progresión, de la edad, de la fragilidad y de las preferencias del paciente. Debido a ello, la evolución clínica requiere una valoración continua y una preparación anticipada de la modalidad de tratamiento más adecuada del caso (21).

2.2.1.2. Hemodiálisis como terapia de reemplazo renal

La hemodiálisis es una modalidad de reemplazo renal que depura la sangre mediante circulación extracorpórea y membranas semipermeables, con el fin de retirar solutos urémicos, corregir desequilibrios electrolíticos y extraer exceso de líquidos. Su uso se vincula con la incapacidad del riñón para sostener dichas funciones por cuenta propia. Dentro del conjunto de alternativas terapéuticas, comparte espacio con diálisis peritoneal, trasplante renal y manejo conservador, aunque en numerosos sistemas sanitarios la modalidad en centro sigue siendo la más frecuente. Su carácter periódico y programado introduce obligaciones de asistencia, duración fija de sesiones, vigilancia clínica y autocuidado continuo fuera de la unidad de diálisis (23).

2.2.1.3. Exigencias terapéuticas de la hemodiálisis

La hemodiálisis impone exigencias terapéuticas que exceden la permanencia en la unidad. El paciente debe asistir con regularidad, completar el tiempo prescrito, conservar el acceso vascular, tomar medicación, controlar líquidos, ajustar la alimentación y responder a síntomas que pueden aparecer antes, durante o después de cada sesión. En paralelo, la terapia consume varias horas a la semana y condiciona trabajo, desplazamientos, descanso y convivencia familiar. Esa suma de obligaciones configura una carga terapéutica elevada, donde el

cumplimiento no depende solo de la voluntad individual, sino también de recursos, comprensión del tratamiento, apoyo cercano y capacidad para integrar el cuidado a la vida cotidiana sin interrumpir otras responsabilidades (24).

2.2.2. Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica se entiende como el grado de correspondencia entre las conductas del paciente y las indicaciones acordadas con el equipo de salud respecto de medicación, dieta, control de líquidos, asistencia a terapias y cambios en el modo de vida. No equivale a obediencia pasiva o acto aislado; sino que implica la participación informada, un conjunto continuado de acciones y la reestructuración de los hábitos. En el caso de las enfermedades crónicas, su significado incluye el inicio del tratamiento, el mantenimiento de la conducta y la persistencia en el tiempo. Por eso, la adherencia se analiza como un proceso dinámico que incluye las decisiones que se deben tomar cada día, la interpretación de las indicaciones y la capacidad de mantenerlas mediante los contextos de la vida real, tal como se ha mencionado en la cita (25).

En personas con enfermedad renal terminal, la adherencia terapéutica toma un sentido especialmente amplio, porque involucra varios dominios que se han de cumplir de forma simultánea y coordinada, se debe asistir a la hemodiálisis, hay que estar presente hasta el final de la sesión, hay que tomar medicación, debe realizarse una gestión de líquidos y debe realizarse una selección de alimentos, no son cuestiones distintas, individuales, son parte de una misma conducta de cuidado duradera. Por otro lado, el incumplimiento puede ser parcial y expresarse en un dominio y no replicarse en los demás. Esa característica vuelve necesario entender la adherencia como una conducta multidimensional, influida por factores personales, clínicos, familiares, económicos y organizativos presentes dentro y fuera del servicio de diálisis (26).

La adherencia terapéutica también posee un componente interpretativo, debido a que las personas no actúan solo frente a órdenes clínicas, sino frente al sentido que atribuyen al tratamiento, a la enfermedad y a los beneficios o cargas asociados a cada indicación. En consecuencia, el análisis conceptual de la adherencia incluye conocimiento, autoeficacia, motivación, relación con el equipo sanitario y recursos de apoyo. Esa amplitud explica la variedad de instrumentos y escalas disponibles para medirla. En hemodiálisis, la medición suele combinar autoinforme, antecedentes clínicos y dominios conductuales diferenciados, con el propósito de captar un comportamiento complejo que cambia según el tiempo, el contexto y las experiencias acumuladas del paciente (27).

2.2.2.1. Adherencia terapéutica al tratamiento de hemodiálisis y al régimen farmacológico

La adherencia al tratamiento de hemodiálisis y al régimen farmacológico constituye el núcleo conductual del cuidado en la enfermedad renal terminal, puesto que articula la asistencia programada a las sesiones con el cumplimiento de prescripciones farmacológicas orientadas al control metabólico, hemodinámico y sintomático. Ambas dimensiones comparten una exigencia temporal continua, requieren comprensión de indicaciones y dependen de la capacidad del paciente para integrar el tratamiento a su rutina diaria. Además, se influyen entre sí, porque las ausencias a hemodiálisis, los acortamientos de sesión y la omisión de fármacos alteran la continuidad asistencial. Por ello, se tratan como dominios estrechamente vinculados dentro de la adherencia terapéutica global (16).

2.2.2.1.1. Cumplimiento del régimen de hemodiálisis

El cumplimiento del régimen de hemodiálisis remite a la asistencia del paciente según la frecuencia semanal prescrita, en los días y turnos asignados por la unidad. Da continuidad a la aplicación del tratamiento, en coordinación con un esquema programado que busca la adecuación de la depuración, el control del volumen y la estabilidad clínica. Efectivamente, su propia regularidad hace visible la relación entre la persona y la

organización del servicio, pues cada sesión es una parte de una secuencia repetida de la terapia. A este propósito, hablar de cumplimiento del régimen obliga a considerar la continuidad, la puntualidad y los recursos de mantenimiento de la asistencia a lo largo de cierto tiempo, de forma tal que no haya interrupciones evitables (14).

2.2.2.1.2. Continuidad de la sesión de hemodiálisis

La continuidad de la sesión de hemodiálisis alude a la permanencia del paciente durante el tiempo completo prescrito para cada tratamiento. Ese concepto incorpora la idea de tolerancia, permanencia y finalización adecuada del procedimiento, sin reducciones que alteren la dosis dialítica planificada. Aunque la asistencia a la unidad es una condición necesaria, no agota el contenido de la adherencia si la sesión se interrumpe o se acorta de forma repetida. La continuidad, por tanto, constituye una dimensión propia dentro del cumplimiento terapéutico, porque relaciona duración efectiva de la sesión con el objetivo depurativo esperado. Su análisis permite distinguir entre presencia física y cumplimiento pleno del tratamiento indicado (16).

2.2.2.1.3. Organización del horario de hemodiálisis

La organización del horario de hemodiálisis se refiere al modo en que los turnos asignados se integran con trabajo, desplazamientos, descanso, alimentación, responsabilidades domésticas y actividades familiares. En los pacientes con terapia en centro, el horario establece un marco de referencia, ya que organiza gran parte de la semana e impone condiciones para la asistencia, que versan sobre la ausencia o no asistencia, y las demoras en la llegada. Junto a esto la necesidad de desplazarse varias veces por semana, con tiempos de los trayectos, costos, horarios y frecuencia del transporte que pueden ampliar la carga del tratamiento. Se puede decir que el horario de diálisis de la persona enferma constituye una dimensión práctica de la accesibilidad o viabilidad cotidiana del tratamiento prescrito. (28).

2.2.2.1.4. Orientación profesional sobre el tratamiento de hemodiálisis

La orientación profesional sobre el tratamiento de hemodiálisis comprende la información, explicación y acompañamiento brindados por el equipo sanitario acerca de finalidad de la terapia, frecuencia, duración, riesgos de faltar o acortar sesiones y cuidados asociados al procedimiento. Su sentido va más allá de transmitir datos, porque también organiza la relación educativa entre el paciente y el servicio. Una orientación clara y adaptada a las necesidades individuales favorece apropiación del tratamiento y reduce interpretaciones erróneas sobre sus exigencias. En el terreno conceptual, esta dimensión se vincula con educación terapéutica, comunicación clínica y apoyo para la toma de decisiones, elementos que influyen en la continuidad del cuidado (29).

2.2.2.1.5. Percepción del paciente sobre el tratamiento de hemodiálisis

La percepción del paciente sobre el tratamiento de hemodiálisis reúne la valoración subjetiva que cada persona atribuye a la diálisis respecto de utilidad, carga, seguridad, impacto corporal y lugar que ocupa dentro de su proyecto de vida. Dicha percepción no es solo producto del conocimiento técnico, sino que también procede de experiencias previas, síntomas, la relación con el equipo así como también de expectativas y comparativas con otras alternativas de tratamiento. Como consecuencia de ello, incide en la predisposición a acudir, a permanecer en la sesión y a mantener las conductas de cuidado asociadas. Su análisis permite entender por qué dos pacientes que se encuentran sometidos al mismo esquema prescrito son capaces de asumir la terapia de maneras diferentes y con distintas implicaciones emocionales y conductuales (30).

2.2.2.1.6. Dificultades para el cumplimiento de la hemodiálisis

Las dificultades para el cumplimiento de la hemodiálisis agrupan obstáculos físicos, emocionales, sociales y logísticos que interfieren con la asistencia

o la permanencia completa en la sesión. Dentro de ellas se reconocen fatiga, dolor, hipotensión, calambres, malestar posdiálisis, tiempo de viaje, incompatibilidad con obligaciones laborales y desgaste asociado a una terapia repetitiva. También intervienen comprensión limitada del beneficio terapéutico, problemas económicos y relaciones tensas con el entorno asistencial. Desde una lectura conceptual, estas dificultades expresan la interacción entre carga terapéutica, situación clínica y contexto de vida. Su consideración evita interpretaciones simplificadas del incumplimiento (26).

2.2.2.1.7. Cumplimiento del régimen farmacológico

El cumplimiento del régimen farmacológico en hemodiálisis se refiere a la toma de medicamentos según indicación, dosis, horario y continuidad prescritos para controlar alteraciones frecuentes de la enfermedad renal terminal. Su contenido incluye fármacos con distintas finalidades, como quelantes de fósforo, antihipertensivos, vitaminas, agentes para anemia y otros tratamientos concomitantes. Debido a la diversidad de prescripciones, esta dimensión suele verse afectada por polifarmacia, complejidad del esquema y carga cognitiva para el paciente. Por esa razón, el cumplimiento farmacológico se interpreta como una conducta terapéutica compleja que requiere comprensión, organización y seguimiento sostenido en el tiempo (31).

2.2.2.1.8. Orientación profesional sobre el tratamiento farmacológico

La orientación profesional sobre el tratamiento farmacológico comprende la explicación dada al paciente acerca de la finalidad de cada medicamento, forma de administración, tiempos, posibles efectos no deseados y consecuencias de la omisión. En enfermedad renal terminal, dicha orientación requiere precisión y adaptación al nivel de alfabetización sanitaria, porque el número de fármacos y la variación de indicaciones pueden generar confusión. Su función conceptual se ubica en la intersección entre educación terapéutica y seguridad del paciente, al facilitar uso correcto de la medicación dentro del hogar. Cuando esta

orientación es insuficiente, el tratamiento puede percibirse como una serie de órdenes fragmentadas, con menor posibilidad de incorporación a la rutina diaria (32).

2.2.2.1.9. Percepción del paciente sobre el tratamiento farmacológico

La percepción del paciente sobre el tratamiento farmacológico incluye la forma en que interpreta necesidad, utilidad, carga y tolerabilidad de los medicamentos prescritos. Esta percepción, por tanto, guarda relación con la experiencia habitual, el saber empírico, la comprensión de la enfermedad y la lectura que, sobre la base de un conjunto de creencias, el paciente realiza de los beneficios y efectos adversos de la medicación. La especial relevancia de tal dimensión en hemodiálisis encuentra su razón de ser en que gran parte del cuidado se sitúa al margen de la unidad y es dependiente de decisiones cotidianas. Asimismo, la medicación deja de ser un acto técnico, reservado al servicio, para transformarse en un acto cotidiano del paciente, su significación subjetiva condiciona que tal comportamiento terapéutico tenga lugar en el tiempo. (33).

2.2.2.1.10. Dificultades para el cumplimiento farmacológico

Las dificultades para el cumplimiento farmacológico abarcan problemas de memoria, complejidad del esquema, costos, efectos no deseados, dudas sobre la utilidad del medicamento y limitaciones de alfabetización sanitaria. En pacientes con hemodiálisis, estas dificultades pueden intensificarse por coexistencia de varias enfermedades, cambios frecuentes en la prescripción y necesidad de coordinar medicamentos con comidas, sesiones de diálisis o síntomas intercurrentes. Por ello, la falta de cumplimiento no debe interpretarse como un hecho simple ni uniforme. Más bien expresa la relación entre características del régimen, recursos del paciente y apoyo recibido para utilizar la medicación de manera correcta. Su análisis ayuda a distinguir barreras prácticas de barreras interpretativas (34).

2.2.2.2. Adherencia a las restricciones de líquidos y a las recomendaciones dietéticas

La adherencia a las restricciones de líquidos y a las recomendaciones dietéticas corresponde a un conjunto de conductas de autocuidado desarrolladas fuera de la unidad de diálisis, donde el paciente regula ingesta, selección de alimentos y decisiones cotidianas de consumo. En la enfermedad renal crónica terminal, ambas dimensiones están tan íntimamente asociadas que el adecuado control hídrico y dietético permite la estabilidad clínica, el bienestar y la tolerancia a la diálisis por hemodiálisis. A diferencia de acudir a las sesiones, las conductas descritas se producen en un entorno familiar o social muy heterogéneo y con menor acompañamiento del equipo sanitario. Por lo tanto, su cumplimiento depende de saber práctico, apoyo social, percepción de la gravedad de los riesgos y de la capacidad de imponer límites de forma reiterada en la vida cotidiana (26).

2.2.2.2.1. Cumplimiento de la restricción de líquidos

El cumplimiento de la restricción de líquidos se refiere a la regulación diaria de bebidas y otras fuentes de agua conforme al volumen indicado para cada paciente. Se trata de mantener un equilibrio entre sed, hábitos cotidianos y límites terapéuticos definidos según condición clínica y objetivos dialíticos. En pacientes con hemodiálisis, esta conducta tiene estrecha relación con peso interdialítico, sensación de ahogo, edema, presión arterial y tolerancia al procedimiento. Su conceptualización exige reconocer que la ingesta de líquidos ocurre en múltiples momentos del día y se encuentra influida por clima, preferencias, síntomas, contexto familiar y costumbres alimentarias, factores que complejizan su control sostenido (8).

2.2.2.2.2. Orientación profesional sobre la restricción de líquidos

La orientación profesional sobre la restricción de líquidos abarca la educación brindada al paciente para reconocer volúmenes permitidos,

fuentes ocultas de agua, signos de sobrecarga y formas prácticas de autocontrol. La indicación clínica en hemodiálisis tiene que pasar a la acción, de forma que en el domicilio, en la actividad laboral o en los espacios sociales puedan llevarse a cabo acciones concretas. La calidad de dicha información en el contexto de hemodiálisis marcará la conciencia que el paciente desarrollara respecto a la relación existente entre la ingesta hídrica, la ganancia de peso interdialítica y el malestar físico. Cuando finalmente se encuentra la forma de acceder a la información de intervención clínica que se traduce en una intervención materializable, se esboza así un tipo de información que podemos entender en la aplicación de la educación terapéutica a una práctica habitual de alta frecuencia. Si el valor de la información, en esta situación, es volver operativa una indicación que, de no explicarse de forma suficiente, podría quedar como una indicación abstracta o difícil de mantener (35).

2.2.2.2.3. Percepción del paciente sobre la restricción de líquidos

La percepción del paciente sobre la restricción de líquidos se relaciona con la manera en que valora dicha indicación, la interpreta y la incorpora a su experiencia corporal. Esa percepción incluye ideas sobre necesidad, beneficio, dificultad, sed, control personal y consecuencias del exceso. En las personas que reciben hemodiálisis, la restricción del líquido suele dar lugar a una contradicción en la que la necesidad fisiológica choca con una norma terapéutica, lo que puede alterar la disposición para el cumplimiento. Su análisis como concepto nos lleva a reconocer la conducta que se tenga respecto al líquido como experiencia subjetiva, no simplemente como una prescripción numérica. Tal y como el paciente significa la sed, el peso interdialítico y el malestar también significan la manera en que el autocuidado se proyecta en la cotidianidad (8).

2.2.2.2.4. Dificultades para el control de la ingesta de líquidos

Las dificultades para el control de la ingesta de líquidos surgen de la interacción entre sed, costumbres culturales, entorno social, temperatura ambiental, síntomas y capacidad de autorregulación. Cuando se habla de

la hemodiálisis, dicho comportamiento es extraordinariamente demandante pues debe mantenerse día a día, en el contexto del cansancio, celebraciones con comidas y beber de forma habitual. A eso hay que sumar el manejo de las emociones, la impulsividad con la comida, la falta de criterios sobre los volúmenes de agua seguros y la escasa comprensión sobre los efectos del exceso hídrico. Por lo tanto, el manejo de las cantidades de agua no puede ser entendido como una actividad simple. El manejo de los volúmenes de agua es un comportamiento de muy alta demanda, donde la dificultad variará según el momento concreto del tratamiento, el contexto vital y el apoyo recibido (26).

2.2.2.2.5. Cumplimiento de las recomendaciones dietéticas

El cumplimiento de las recomendaciones dietéticas en hemodiálisis se refiere a la capacidad del paciente para seleccionar, preparar y consumir alimentos según indicaciones dirigidas al control de sodio, potasio, fósforo, proteínas y otros componentes vinculados con su estado clínico. Esa conducta se ejecuta varias veces al día y, por ello, posee una carga práctica superior a la simple recepción de la indicación. Además, está ligada a presupuesto familiar, hábitos culinarios, apetito, convivencia y disponibilidad real de alimentos adecuados. En consecuencia, la dieta en hemodiálisis se concibe como una forma de autocuidado continuo que exige conocimiento aplicado y decisiones repetidas, más que memorización de listas de alimentos permitidos o restringidos (35).

2.2.2.2.6. Orientación profesional sobre la alimentación en hemodiálisis

La orientación profesional sobre la alimentación en hemodiálisis consiste en traducir los requerimientos nutricionales y las restricciones clínicas a pautas comprensibles, aplicables y adaptadas a la realidad cotidiana del paciente. No es suficiente enumerar los alimentos prohibidos o permitidos, sino que hemos de dar explicaciones, posibles sustituciones, las raciones, técnicas de cocción y la relación de la dieta con los parámetros clínicos. Desde el punto de vista conceptual, dicha orientación sería una

intervención educativa continuada que uniría nutrición con comunicación y con cuidados del autocuidado. La calidad de dicha orientación puede determinar que las recomendaciones se transformen en hábitos sostenibles en el hogar, siendo en pacientes con hemodiálisis propiamente dicha la mediación profesional que contribuya a la apropiación de una dieta de elevada exigencia (8).

2.2.2.2.7. Percepción del paciente sobre el control dietético

La percepción del paciente sobre el control dietético se relaciona con el sentido que atribuye a la alimentación prescrita, al esfuerzo requerido para sostenerla y al lugar que ocupa dentro de su vida social y familiar. En hemodiálisis, la comida deja de ser solo una necesidad biológica y pasa a convertirse en una práctica regulada por indicaciones terapéuticas. Esa transformación puede generar aceptación, cansancio, temor, negociación o resistencia, según experiencia previa, comprensión del tratamiento y apoyo disponible. Desde el punto de vista conceptual, la percepción dietética conecta conocimiento y conducta, porque el paciente actúa no solo sobre lo que sabe, sino sobre lo que considera posible, útil o tolerable dentro de su rutina alimentaria (16).

2.2.2.2.8. Dificultades para el cumplimiento de la dieta

Las dificultades para el cumplimiento de la dieta incluyen costo de alimentos, costumbres culinarias arraigadas, preferencias personales, disminución del apetito, fatiga para preparar comidas diferenciadas y escasa comprensión de las restricciones. En personas con hemodiálisis, estas barreras se intensifican porque la alimentación está sometida a control diario y puede entrar en conflicto con prácticas familiares o comunitarias muy asentadas. De ese modo, la dieta se incumple por desconocimiento, por sobrecarga práctica y por la complejidad de sostener restricciones múltiples en la vida ordinaria. Su análisis conceptual permite reconocer la dimensión material, emocional y relacional que acompaña al acto de comer en enfermedad renal terminal (26).

2.2.3. Pacientes con enfermedad renal terminal

Los pacientes con enfermedad renal terminal constituyen una población sometida a una condición crónica de alta demanda terapéutica, en la que el deterioro fisiológico convive con modificaciones profundas en la organización de la vida diaria. La terapia renal sustitutiva introduce horarios fijos, dependencia de servicios sanitarios, seguimiento clínico frecuente y necesidad de decisiones reiteradas sobre medicación, dieta y líquidos. A ello se suman síntomas persistentes, incertidumbre sobre el curso de la enfermedad y reajustes en el rol familiar, laboral y social. Por tal razón, la categoría paciente con enfermedad renal terminal incluye una experiencia prolongada de cuidado, adaptación y vínculo continuo con el sistema sanitario (36).

En la vida cotidiana, los pacientes con enfermedad renal terminal suelen requerir apoyo para desplazamientos, organización de tiempos, cumplimiento de prescripciones y afrontamiento de la carga emocional asociada a la diálisis. La dependencia puede ser variable, aunque con frecuencia se expresa en necesidades de acompañamiento, ayuda instrumental y sostén afectivo por parte de familia o cuidadores. Al mismo tiempo, la experiencia del paciente se configura dentro de relaciones asistenciales repetidas que pueden favorecer aprendizaje, confianza o desgaste. Desde esa perspectiva, su caracterización teórica exige integrar dimensión clínica, autonomía funcional, apoyo social y recursos disponibles para sostener la continuidad del tratamiento en contextos reales de vida (37).

2.2.3.1. Tiempo de permanencia en hemodiálisis

El tiempo de permanencia en hemodiálisis, también denominado antigüedad dialítica o *dialysis vintage*, expresa la duración acumulada del paciente en terapia sustitutiva. Más que un dato cronológico, representa una trayectoria de exposición prolongada a síntomas, procedimientos, restricciones terapéuticas y reorganización de la vida cotidiana. Su

relevancia conceptual radica en que la experiencia del tratamiento cambia con el tiempo: pueden modificarse adaptación, tolerancia, desgaste subjetivo, percepción del beneficio y carga sintomática. De ese modo, la antigüedad en diálisis funciona como una dimensión temporal del cuidado, útil para interpretar diferencias entre pacientes que comparten diagnóstico, pero no la misma historia de convivencia con la terapia (38).

2.2.3.2. Antecedente de diálisis peritoneal

El antecedente de diálisis peritoneal hace referencia a la experiencia previa del paciente con otra modalidad de reemplazo renal antes del ingreso o retorno a hemodiálisis. Su importancia conceptual reside en que no solo describe una modalidad pasada, sino una trayectoria terapéutica que puede influir en la percepción del tratamiento actual, el nivel de autocuidado y las expectativas frente a la terapia. Las transiciones entre modalidades son frecuentes en la enfermedad renal terminal y suelen asociarse con cambios clínicos, fallas técnicas, hospitalizaciones o nuevas necesidades asistenciales. Por ello, el antecedente de diálisis peritoneal aporta información sobre continuidad del cuidado y sobre la historia terapéutica previa del paciente (39).

2.2.3.3. Antecedente de trasplante renal

El antecedente de trasplante renal alude a una experiencia previa de reemplazo renal con injerto funcional o fallido, seguida en algunos casos por retorno a diálisis. En su aspecto conceptual, cumplen además una condición que no sólo añade una historia terapéutica diferente (por inmunosupresor, seguimiento clínico extenso, expectativa de autonomía, reinicio eventual de un tratamiento dialítico...) al hecho clínico anterior sino que, también si nos referimos a este hecho clínico anterior, puede posibilitar una forma diferente de entender el estado actual, el peso sintomático y la historia como el paciente entiende cómo ha evolucionado la enfermedad a raíz de este hecho clínico anterior. Por lo demás, esta variabilidad permite incluir al paciente en un tratamiento más largo, donde la diálisis actual se convierte en una historia renal que precede. (40).

2.2.3.4. Accesibilidad al centro de diálisis

La accesibilidad al centro de diálisis se refiere a la posibilidad real de llegar al servicio en tiempo, costo y condiciones compatibles con la continuidad del tratamiento. Incluye distancia, duración del trayecto, disponibilidad de transporte, barreras físicas y coordinación con otros compromisos cotidianos. En hemodiálisis en centro, esta dimensión tiene un peso especial porque el paciente debe desplazarse varias veces por semana, de forma sostenida y con horarios definidos. Por tal motivo, la accesibilidad no debe leerse solo como un problema geográfico, sino como un componente del cuidado que condiciona asistencia, puntualidad y desgaste asociado al tratamiento. Su análisis vincula servicio sanitario, movilidad y equidad de acceso (28).

2.2.3.5. Acompañamiento familiar o apoyo para asistir al tratamiento

El acompañamiento familiar o apoyo para asistir al tratamiento comprende ayuda emocional, informativa, material y práctica brindada por familiares o cuidadores para sostener la asistencia a diálisis y el resto de las indicaciones terapéuticas. Se entiende por traslado físico al centro (recordatorios, organización de horarios, apoyo en elaboración de comidas, contención frente a la carga emocional del proceso). En la enfermedad renal terminal adquiere relevancia esta dimensión porque una parte importante del proceso de cuidados es extrahospitalaria y requiere cooperaciones cotidianas. Se conceptualiza como soporte social próximo, corresponsabilidad en el proceso de cuidados y capacidad del familiar para facilitar la continuidad terapéutica (37).

2.3. MARCO LEGAL

2.3.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)

En el **Art. 32.-** Menciona que la “salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el

buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (41).”

Artículo 362. “La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.”

Desde esa fundamentación jurídica, la investigación queda amparada debido a que la salud asume la forma de derecho exigible y la atención hospitalaria debe resguardar los aspectos de información, consentimiento y reserva. La puesta en práctica de un cuestionario a pacientes con hemodiálisis es compatible con esa salvaguarda cuando la participación es libre, se explica el objetivo con claridad y la información obtenida se trata con absoluta confidencialidad. Finalmente, la alusión al acceso, a la calidad y a la bioética legitiman la producción de conocimiento dirigida a las personas con una situación de gran complejidad y largo período de dependencia terapéutica.

2.3.2. Ley Orgánica de Salud

Artículo 3. “La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el

resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.” (42)

Artículo 208. “La investigación científica tecnológica en salud será regulada y controlada por la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con los organismos competentes, con sujeción a principios bioéticos y de derechos, previo consentimiento informado y por escrito, respetando la confidencialidad.” (42)

El almacén jurídico en este caso se despliega en dos planos. Por una parte, la salud se enuncia en una versión física, psíquica y social que, a su vez, es coherente con un modo de hacer que se centra en una adherencia terapéutica, un autocuidado y una vida cotidiana. Por la otra, la actividad de investigación en salud se somete al control, a principios bioéticos, a un consentimiento escrito y a secretos de la información. Esta conjunción da cabida a la investigación en pacientes sometidos a hemodiálisis, siempre que el procedimiento de recolección cumpla con contemplar un resguardo documental, la aportación de información suficiente y la disposición de un manejo responsable de datos de salud.

2.3.3. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales

Artículo 8. “Se podrán tratar y comunicar datos personales cuando se cuente con la manifestación de la voluntad del titular para hacerlo. El consentimiento será válido, cuando la manifestación de la voluntad sea: 1) Libre, es decir, cuando se encuentre exenta de vicios del consentimiento; 2) Específica, en cuanto a la determinación concreta de los medios y fines del tratamiento; 3) Informada, de modo que cumpla con el principio de transparencia y efectivice el derecho a la transparencia, 4) Inequívoca, de manera que no presente dudas sobre el alcance de la autorización otorgada por el titular. El consentimiento podrá revocarse en cualquier momento sin que sea necesaria una justificación, para lo cual el responsable del tratamiento de datos personales establecerá mecanismos que garanticen

celeridad, eficiencia, eficacia y gratuidad, así como un procedimiento sencillo, similar al proceder con el cual recabó el consentimiento.” (43)

Artículo 32. “Los datos relativos a salud que consten en las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, podrán ser tratados por personas naturales y jurídicas privadas y públicas con fines de investigación científica, siempre que según el caso encuentren anonimizados, o dicho tratamiento sea autorizado por la Autoridad de Protección de Datos Personales, previo informe de la Autoridad Sanitaria Nacional.” (43)

La investigación de pacientes en hemodiálisis precisa resguardo reforzado ya que contiene información sensible respecto al diagnóstico, tratamiento y trayectoria asistencial. La base jurídica transcrita habilita el tratamiento de tal información para fines científicos, pero sujeta tal uso a consentimiento válido, finalidades delimitadas y mecanismos de anonimización u autorización cuando corresponda. En esa línea, la encuesta y cualquier base de datos que se derive de ella debe ser diseñada de forma que la identificación personal quede minimizada, el consentimiento explique propósito y alcance y la custodia documental preserve la privacidad en forma de la investigación.

2.3.4. Reglamento para la aprobación, desarrollo, vigilancia y control de investigaciones observacionales y estudios de intervención en seres humanos

Artículo 29. “Para el desarrollo de investigaciones observacionales o de estudios de intervención en seres humanos, con la utilización de datos personales y/o muestras biológicas humanas identificables de sujetos de investigación iguales o mayores de 18 años de edad, se requiere de la autorización de dicho sujeto o de su representante legal en los casos en los que el sujeto de investigación no pueda emitir su consentimiento, a través de un documento de consentimiento informado específico.” (44)

Artículo 46. “La evaluación de todo proyecto, incluso los exentos y expeditos, debe registrarse en las actas del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) aprobado por el Ministerio de Salud Pública y contar con su respectiva justificación técnica y carta de dictamen, ya sea de exención, aprobación definitiva, aprobación condicionada a modificaciones, aclaraciones o información complementaria, o no aprobación. Asimismo, los criterios de los tipos de revisión deben quedar consignados en los procedimientos estandarizados de trabajo que cada Comité haya establecido en su reglamentación.” (44)

La validez jurídica del protocolo no sólo depende del consentimiento individual , sino que también necesita una revisión ética formal y la existencia de la constancia de la decisión adoptada por un Comité habilitado. Bajo esa lógica, la investigación que se realice con pacientes adultos en hemodiálisis necesita, por tanto, un consentimiento específico y un expediente técnico sometido al procedimiento de evaluación institucional de los protocolos de investigación. La exigencia de actas, justificaciones y dictámenes refuerza la trazabilidad, la transparencia y la responsabilidad en el proceso de investigación. De acuerdo con la regulación en torno a la forma de realizar un estudio observacional basado en encuesta, ordena correctamente el circuito anterior de autorización y control ético.

CAPITULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Estudio

El estudio fue descriptivo, pues caracterizó las respuestas relacionadas con la adherencia terapéutica y las condiciones generales de los pacientes, sin intervenir sobre la atención recibida. Este alcance permitió presentar la distribución de las conductas observadas en la población atendida (45).

Se aplicó el método cuantitativo mediante un cuestionario estructurado de 25 reactivos, adaptado de los dominios del ESRD-AQ. Las respuestas se codificaron en categorías y se resumieron con frecuencias y porcentajes por reactivo (13) (46).

3.2. Diseño de la investigación

El diseño fue no experimental, debido a que las respuestas se registraron sin manipular la atención, las indicaciones ni las conductas de los participantes (47).

Según el tiempo, el estudio fue prospectivo, pues la información se recolectó durante el periodo programado para el trabajo de campo (48).

Según la naturaleza de los hechos, fue transversal, dado que cada participante respondió el instrumento una sola vez y no se efectuó seguimiento posterior (49).

3.3. Población

La población estuvo conformada por 100 pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad renal terminal que recibían hemodiálisis en el hospital seleccionado durante el periodo de estudio.

3.4. Muestra

La muestra efectiva estuvo integrada por 97 pacientes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron los formularios recibidos de quienes cumplieron los criterios definidos y

aceptaron participar; los datos vacíos se conservaron como respuestas ausentes en el análisis por reactivo.

3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión

a) Criterios de Inclusión:

- Personas con edad igual o mayor a 18 años.
- Diagnóstico documentado de enfermedad renal terminal en terapia de hemodiálisis.
 - Registro activo en la unidad de hemodiálisis del hospital durante el periodo de recolección.
- Esquema habitual de hemodiálisis tres veces por semana, con duración aproximada de tres a cuatro horas por sesión.
- Capacidad cognitiva para responder el cuestionario.
- Consentimiento informado firmado.

b) Criterios de exclusión:

- Pacientes en diálisis peritoneal.
- Personas con alteración cognitiva o del estado de conciencia que impida la respuesta válida del cuestionario.
- Pacientes en situación clínica aguda que limite la participación durante la jornada de hemodiálisis.
- Participantes que no acepten firmar el consentimiento informado o que suspendan la encuesta antes de completarla.

3.6. Procedimientos para la recolección de información

Después de la obtención de la autorización institucional pertinente, las investigadoras invitaron a los pacientes que cumplieran los criterios de selección. A los participantes se les proporcionó información sobre el objetivo del estudio, sobre la voluntariedad de la participación y sobre la protección de sus datos antes de la firma del consentimiento. La encuesta se aplicó en una sola ocasión mediante un cuestionario electrónico. Al finalizar la recolección, las respuestas se sometieron a un control para

encontrar datos vacíos y se pasaron a una base de datos sin nombres, para su posterior análisis.

Técnica e instrumento

Técnica	Instrumento
Encuesta	Cuestionario estructurado de 25 ítem, adaptado de los dominios del ESRD-AQ. Incluyeron cinco reactivos sobre las características generales, diez sobre hemodiálisis y régimen farmacológico y diez sobre líquidos y alimentación. Las respuestas fueron binarias u ordinales según el reactivo.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Para el procesamiento se utilizó Microsoft Excel. Los 25 reactivos se organizaron en siete grupos temáticos y sus porcentajes se representaron mediante figuras de barras. El denominador correspondió a las respuestas válidas de cada reactivo, sin incorporar las celdas vacías como categoría gráfica. El análisis fue descriptivo y no incluyó una clasificación global de adherencia.

3.8. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

La recolección contó con autorización institucional y consentimiento informado. Se respetaron la participación voluntaria, el derecho a retirarse y la ausencia de riesgo adicional al tratamiento. Los formularios no incorporaron nombres en la base de análisis, y el archivo se mantuvo con acceso restringido mediante contraseña. Estas medidas protegieron la confidencialidad y limitaron el uso de la información a los fines académicos del estudio.

3.9. Operacionalización de Variables

Variable General: Adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable General: Adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis			
Dimensión	Indicador	Escala	Técnica e instrumento
Características generales de pacientes	Recibe hemodiálisis desde hace tres meses o más	Sí / No	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario
	Antecedente de diálisis peritoneal previa	Sí / No	
	Antecedente de trasplante renal	Sí / No	
	Disponibilidad de transporte para acudir al tratamiento	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Acompañamiento para acudir a hemodiálisis	Nunca / Algunas veces / Siempre	
Adherencia terapéutica al tratamiento de hemodiálisis y al régimen farmacológico	Asistencia a sesiones programadas de hemodiálisis	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Puntualidad al inicio de la hemodiálisis	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Permanencia durante el tiempo prescrito de la sesión	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Ausencia por transporte, trabajo o asuntos familiares	Sí / No	
	Finalización anticipada de la sesión por malestar físico	Sí / No	
	Comunicación de síntomas durante la sesión de hemodiálisis	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Toma de medicamentos en horarios indicados	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Uso de estrategias para evitar omisiones farmacológicas	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Olvido de medicamentos prescritos	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Suspensión de medicamentos sin informar al personal de salud	Nunca / Algunas veces / Siempre	
Adherencia a las restricciones de líquidos y a las recomendaciones dietéticas	Medición diaria de líquidos consumidos	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Control del volumen indicado entre sesiones de hemodiálisis	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Control del peso entre sesiones de hemodiálisis	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Comunicación de signos de sobrecarga de líquidos	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Consumo de alimentos altos en sodio pese a indicación recibida	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Restricción de alimentos altos en potasio	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Restricción de alimentos altos en fósforo	Nunca / Algunas veces / Siempre	

	Cumplimiento del plan alimentario en días con y sin hemodiálisis	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Consulta sobre alimentos y bebidas permitidas	Nunca / Algunas veces / Siempre	
	Apoyo familiar en la preparación de dieta renal	Nunca / Algunas veces / Siempre	

Fuente: Elaboración propia en base a una adaptación de los dominios del ESRD-AQ

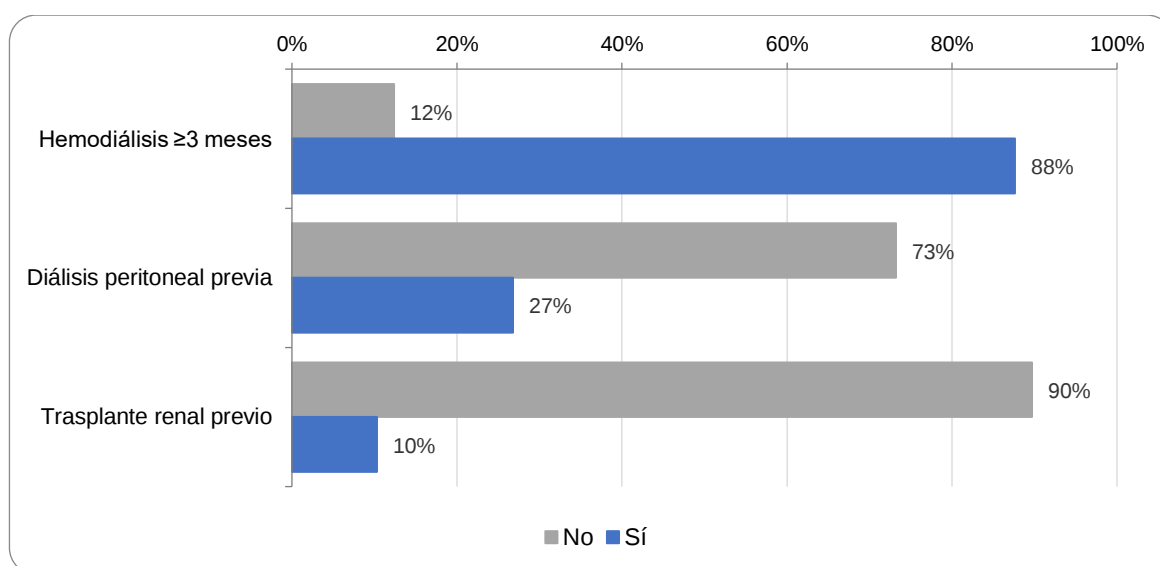
CAPÍTULO IV

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El capítulo presenta la distribución de las respuestas mediante figuras agrupadas por contenidos relacionados. Cada representación integra reactivos afines y permite examinar las características de los participantes, la asistencia a hemodiálisis, el manejo farmacológico, el control de líquidos y las prácticas alimentarias.

4.1. Características generales de los pacientes

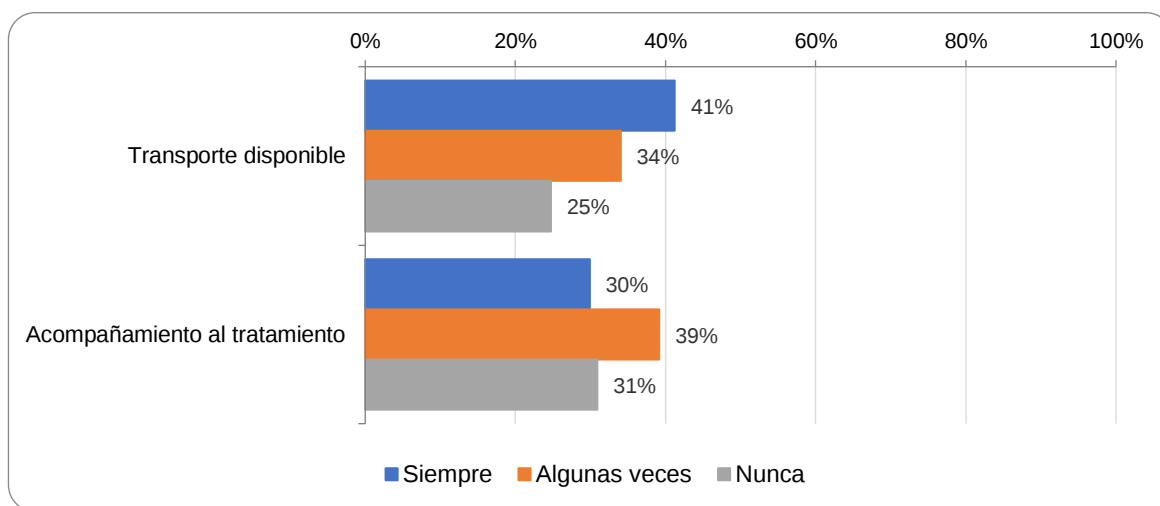
Figura 1. *Antecedentes del tratamiento*



Fuente: elaboración propia.

Fijándonos en la figura 1, la historia del tratamiento indica que la mayoría de los pacientes acumuló 3 meses o más de hemodiálisis (no hubo diálisis peritoneal previa), y que en el grupo no hubo trasplantes, por lo que la experiencia del grupo fue hemodiálisis como terapia de reemplazo renal, aunque una fracción de ella sufrió cambios entre modalidades o volvió a hemodiálisis tras injerto. La durabilidad hace fácil adoptar las sesiones, pero también aumentar los síntomas y la fatiga. El predominio de pacientes con larga permanencia se explica por la continuidad requerida cuando la función renal no se recupera y el trasplante no está disponible (38).

Figura 2. Apoyo para asistencia

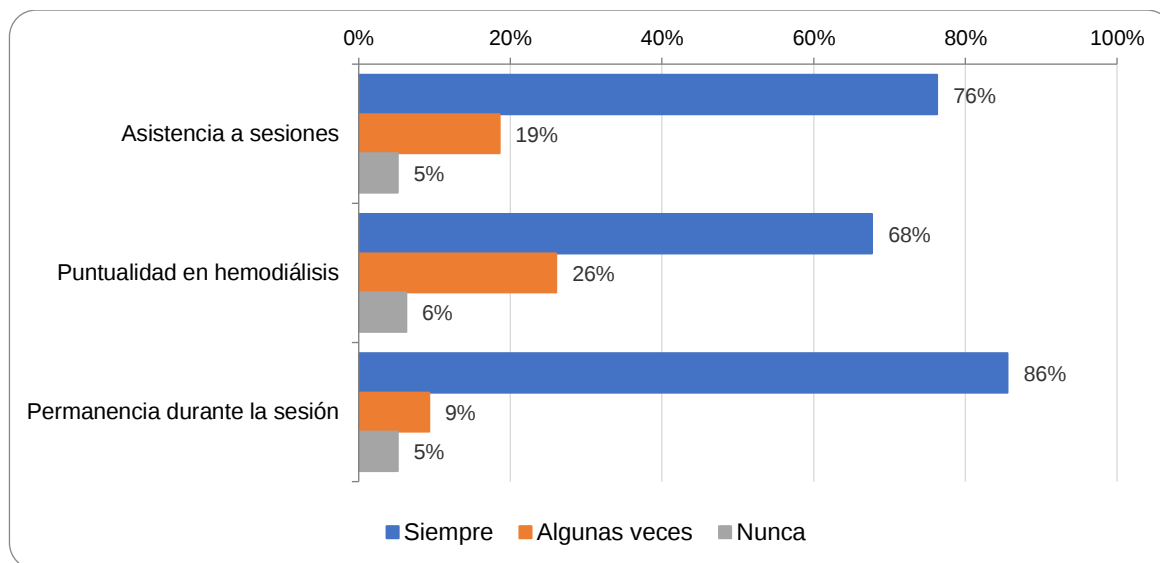


Fuente: elaboración propia.

La figura 2, relacionada con el apoyo para acudir al tratamiento, mostró que el transporte y el acompañamiento no estuvieron disponibles de forma constante para un grupo considerable. Por consiguiente, una parte dependió de soluciones ocasionales o afrontó sola la preparación del viaje, los horarios y los malestares posteriores a la sesión. Asimismo, esa variación puede favorecer tardanzas o ausencias cuando coinciden fatiga, gastos de traslado y responsabilidades familiares. El predominio del acompañamiento intermitente se explica por la carga cotidiana que asumen las familias y por la dificultad para compatibilizar el cuidado con sus jornadas laborales y domésticas (37).

4.2. Adherencia al tratamiento de hemodiálisis y al régimen farmacológico

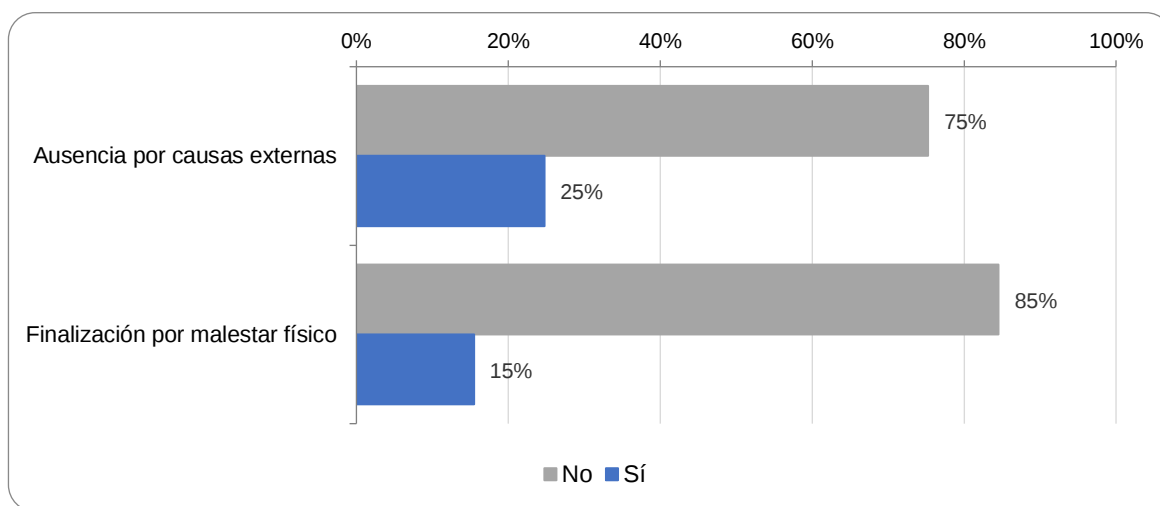
Figura 3. Cumplimiento de sesiones



Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la figura 3, dedicada al cumplimiento de las sesiones, se evidenció una asistencia regular, una llegada puntual y la permanencia hasta completar el tiempo prescrito en gran parte de los participantes. Aun así, algunos pacientes presentaron interrupciones en estos tres componentes, situación que reduce la continuidad de la depuración y altera la organización de los turnos. De igual forma, el cumplimiento del tiempo asignado depende de la tolerancia física y de la coordinación del traslado. La concentración de respuestas favorables se explica por la rutina adquirida, la supervisión del servicio y el reconocimiento de la hemodiálisis como tratamiento de continuidad obligatoria (26).

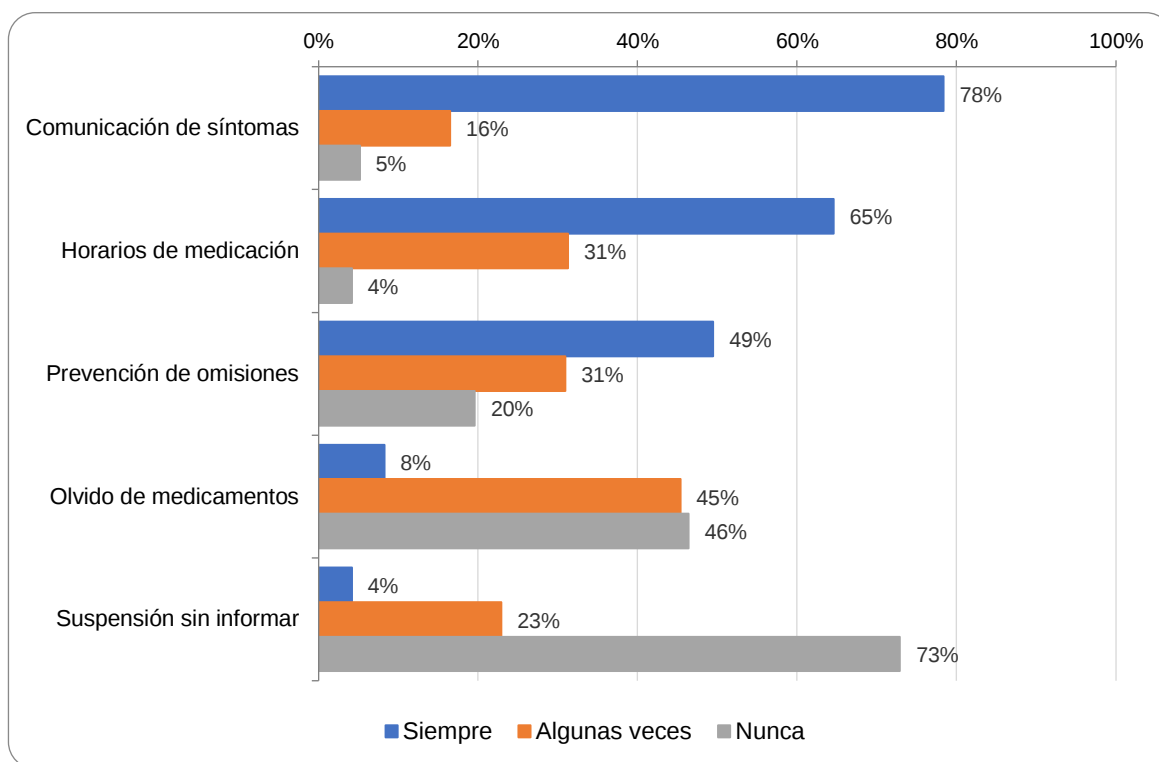
Figura 4. Interrupciones del tratamiento



Fuente: elaboración propia.

En la figura 4, acerca de las interrupciones del tratamiento, se identificó que parte de los pacientes faltó por dificultades de transporte, trabajo o asuntos familiares, mientras otro grupo solicitó finalizar antes por calambres, cansancio, presión baja u otros malestares. Ambas conductas reducen la dosis de diálisis recibida y pueden aumentar la acumulación de líquidos o productos de desecho entre sesiones. Además, expresan barreras externas y físicas que requieren respuestas diferentes desde el servicio. El predominio de las ausencias vinculadas con obligaciones cotidianas se explica porque la frecuencia semanal del tratamiento compite con recursos de traslado, responsabilidades económicas y necesidades familiares (26).

Figura 5. Conductas farmacológicas

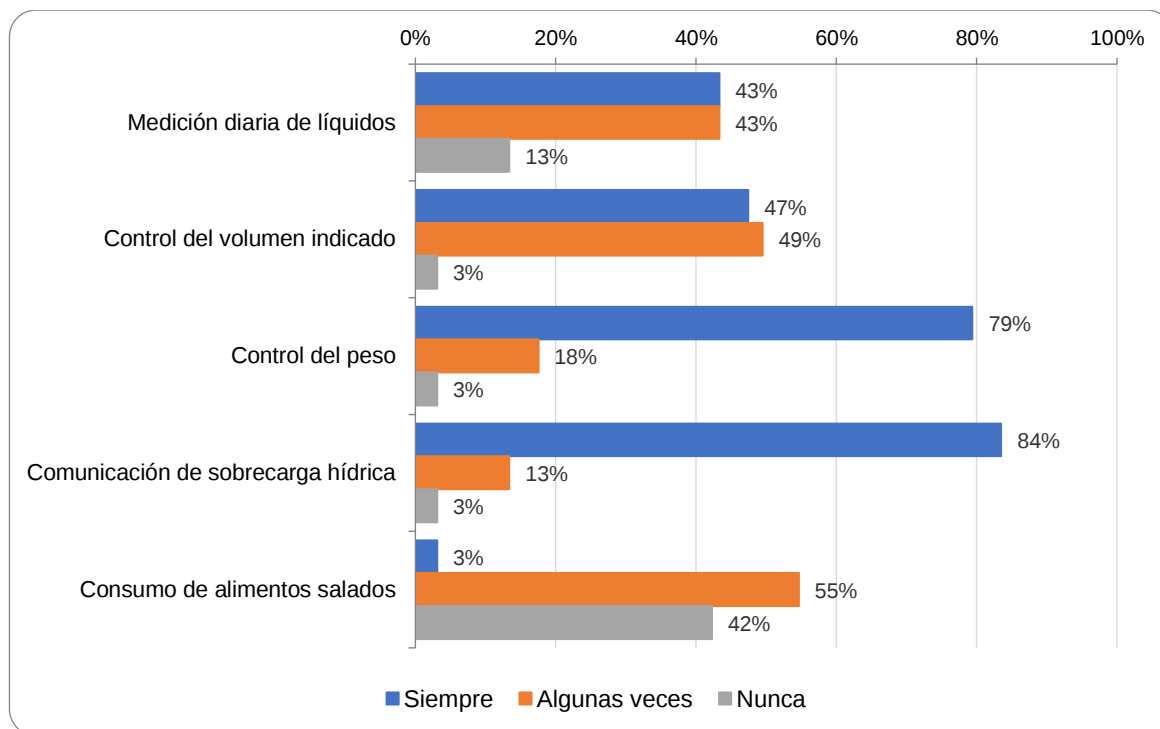


Fuente: elaboración propia.

La figura 5 reunió las conductas farmacológicas y mostró una comunicación habitual de síntomas, junto con variaciones en los horarios, el uso de recordatorios y el olvido de algunas dosis. Por otra parte, la suspensión sin informar apareció en un grupo reducido, aunque esa conducta puede dejar problemas terapéuticos sin valoración. El patrón indica que la administración domiciliar resulta más vulnerable cuando el régimen incluye varios fármacos y horarios. La presencia de olvidos ocasionales se explica por la carga de medicación, los cambios de rutina y la limitada incorporación de pastilleros, alarmas o apoyo familiar como recursos cotidianos (31).

4.3. Adherencia a las restricciones de líquidos y a las recomendaciones dietéticas

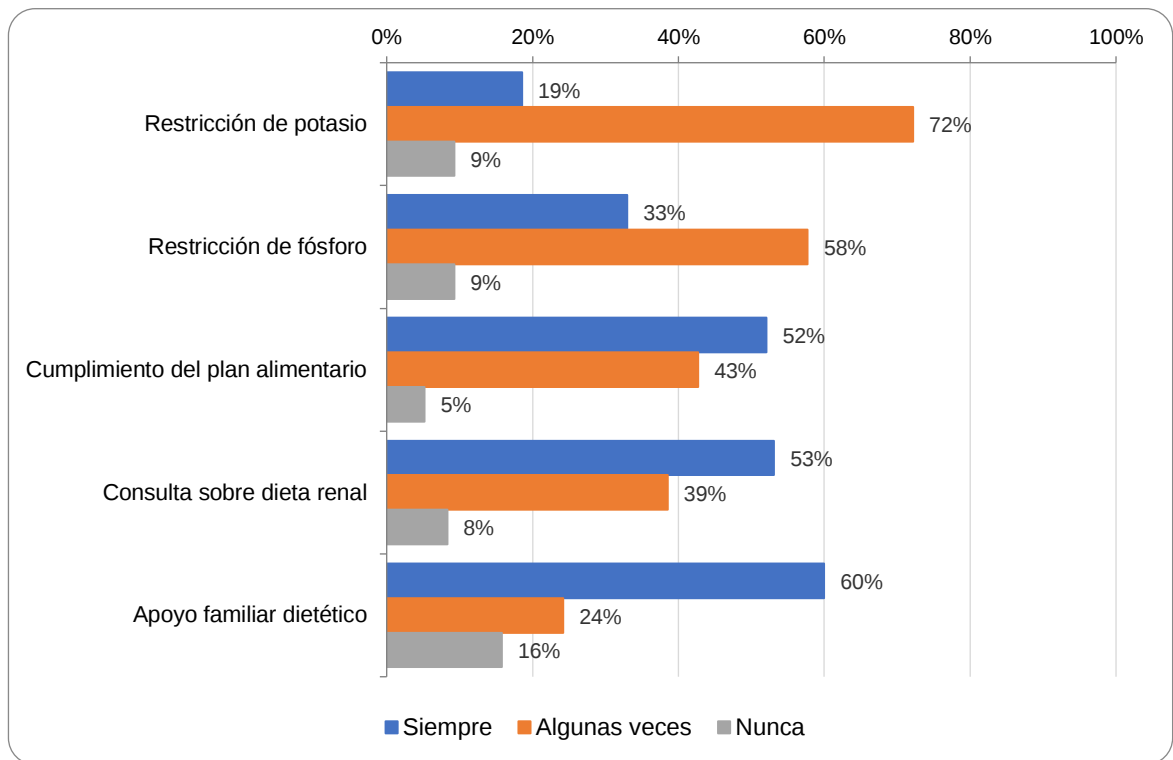
Figura 6. Control de líquidos



Fuente: elaboración propia.

Según la figura 6, relativa al control de líquidos, la vigilancia del peso y la comunicación de signos de sobrecarga se mantuvieron en buena parte del grupo; en cambio, la medición diaria, el cumplimiento del volumen indicado y la reducción del sodio presentaron mayor variación. De ese modo, el paciente puede reconocer las consecuencias visibles sin registrar con igual constancia el consumo acumulado. A su vez, el sodio incrementa la sed y dificulta respetar el límite entre sesiones. El predominio del control intermitente del volumen se explica por la dificultad para contabilizar bebidas y alimentos con agua, junto con la sed asociada con la restricción y el clima cálido (14).

Figura 7. Adherencia dietética



Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la figura 7, sobre la adherencia a la dieta, podemos afirmar que la restricción de potasio y fósforo se aplicó de un modo intermitente, mientras que el plan alimentario, la consulta al personal y el apoyo de la familia mostraron una mayor continuidad. La diferencia muestra que conocer una recomendación general que respeta las restricciones necesarias no garantiza su pase por la compra de los alimentos, sus porciones y las preparaciones por uno mismo en casa. Al mismo tiempo, la dieta renal requiere ir con coordinando varias restricciones con los alimentos existentes y la cultura familiar. La verdad del cumplimiento intermitente frente al potasio puede explicarse por el hecho de que está presente en los productos de la dieta habitual (no sólo en los productos de la dieta renal, como pueden ser las legumbres), las dudas sobre las porciones y por lo difícil que es reemplazarlas y opciones compatibles con los recursos familiares (35).

5. DISCUSIÓN

La descripción de las características generales puso de manifiesto que el 88% recibía hemodiálisis desde hace tres meses o más, mientras que el 27% había utilizado diálisis peritoneal y el 10% había recibido un trasplante renal. Por ello, la trayectoria posteriormente giró hacia personas que conocían la terapia actual, pero con escasa experiencia en los otros tipos de reemplazo renal. A esta condición se unieron recursos cotidianos irregulares: tan solo el 41% dispuso siempre de transporte y el 30% dispuso siempre de compañía para acudir a la unidad. Alatawi et al. comunicaron una media de apoyo familiar del 89,3% y una relación entre el apoyo social y mejores resultados en la adherencia terapéutica (3). El distanciamiento respecto a la propia puntuación local pudo provenir de diferencias en la medición, la composición familiar y la disponibilidad real de apoyo para cada sesión; además, tener lazos familiares cercanos no permite deducir la disponibilidad de transporte o compañía si el horario del tratamiento coincide con las responsabilidades laborales, tal como apuntaron Belhmer et al. con puntuaciones más altas para las personas residentes de los entornos urbanos, las personas con menor tiempo en hemodiálisis y las personas con una mejor percepción de la terapia (16). En el hospital objeto de estudio, la permanencia en el dispositivo de salud pudo consolidarse en rutinas y saber del servicio, pero a la vez agotamiento, gastos derivativos y dependencia de terceros. La experiencia terapéutica acompañada de apoyos aleatorios explicaron que la continuidad no dependió de la familiaridad con la hemodiálisis. También contribuyó la capacidad del hogar para organizar la movilidad y la compañía a lo largo de una terapia repetida cada semana, lo que apuntó a que la población con una extensa exposición a la técnica mantuviera necesidades logísticas y familiares capaces de influir en el acceso futuro.

En la adherencia al tratamiento de hemodiálisis y al régimen farmacológico, un 76% asistió siempre a las sesiones programadas y el 86% completó el tiempo que la prescripción demandaba. Esas conductas manifestaron

continuidad en la unidad; no obstante, el 25% faltó en el último mes por transporte, trabajo o asuntos familiares. En el hogar un 65% tomaron los medicamentos siempre a los horarios indicados, siendo que un 45% reconocieron olvidos algunas veces. El comportamiento reflejó más cumplimiento en actividades realizadas supervisadas que en actividades tomadas en la rutina del hogar. Belhmer et al. comunicaron 88,5% de adherencia a la hemodiálisis y 76,7% a la farmacológica (16). La coincidencia en el orden de los dominios sugirió que la estructura de la unidad, horarios programados y contacto con enfermería facilitaron el estar en hemodiálisis, siendo que la medicación requirió de memoria, disponibilidad y orden fuera del hospital. Carrillo et al. informaron 49,30% de adherencia a la hemodiálisis y 94,37% de falta de adherencia a la farmacológica (10). Del contraste, se determinó que los resultados locales eran más favorables, si bien los olvidos y faltas mantuvieron relevancia asistencial. La diferencia podría explicarse por instrumentos, criterios de clasificación y condiciones de acceso disímiles, con lo que no logró asegurar la existencia de superioridad entre los servicios. Asistencias y finalizaciones de hemodiálisis mostraron recursos conductuales aprovechables a potenciar para la adscripción a los medicamentos, aunque la cuarta parte de quienes faltaron en el mes ratificaran que los obstáculos logísticos fueron determinantes en pacientes con disposición para la confluencia. Por ende, la adherencia observada estuvo condicionada por la interacción entre prácticas personales, supervisión profesional y condiciones materiales del hogar.

El estudio sobre las restricciones de líquidos y las recomendaciones alimenticias reflejó la existencia de una separación entre el momento de la vigilancia y la aplicación de ello en la vida cotidiana. Un 43% midió siempre la cantidad de líquidos que ingirió, un 49% evitó ocasionalmente superar el volumen indicado, un 79% controló siempre su peso entre sesiones de diálisis, en contra de la regla tendida, un 55% comió algunas veces productos que eran altos en sodio, a pesar de las indicaciones de evitarlos, un 72% evitó ciertos alimentos altos en potasio sólo algunas veces, el

control del peso y las comunicaciones con la unidad expresaban, tal vez, preocupación por las consecuencias de un incremento en la sobrecarga del líquido, y la indicación y la restricción diaria, menos controladas. Fajardo et al. comunicaron un 66,7% nunca en la ingesta de líquidos, el 73,3% siempre evitado rebasar la carga hídrica, y, del mismo modo, también dieron un cumplimiento intermedio en potasio, fósforo y sodio (20). La coincidencia de alimentación habitual confirmó que las restricciones de los micronutrientes resultaron difíciles cuando el conocimiento del régimen era suficiente. Por otro lado, una menor constancia en líquidos a escala local podría ser el resultado de hábitos, de sed, clima, disponibilidad de medidas en casa y de organización familiar. Según los resultados de Belhmer et al., se apreció un 61,9% de adherencia dietética y un 61,6% en la restricción de líquidos, áreas que quedaron por debajo de la adherencia en la asistencia y la medicación (16). Este algoritmo fue coincidente con los resultados de Guayaquil, pues se observa que las conductas repetidas a lo largo de todo el día requerían de decisiones continuas y no supervisadas, y que si el control de peso no era el que se requería en la ingesta de líquidos esto tenía un sentido en cuanto a que percibir el aumento corporal se tenía lugar después del consumo; por el contrario, si se producían restricción de algunos alimentos algunas veces se iniciaban nuevos periodos de exposición a sodio, potasio y fósforo. El problema se situó en transformar la indicación proporcionada en decisiones alimentarias constantes, alcanzables y compatibles con la alimentación del hogar.

CONCLUSIONES

En cuanto a describir las características generales de los pacientes, la mayoría acumuló varios meses de experiencia con hemodiálisis, mientras pocos habían recibido diálisis peritoneal o trasplante renal. La disponibilidad de poder llevar a cabo el transporte y la disponibilidad de compartir el entorno familiar fueron variables, dado que una parte del colectivo del cual se obtenía testimonio existían estas ayudas de forma alternativa o inexistente. De esta manera, el recorrido de la terapia logró darle forma a que existiera una familiaridad con el transcurso, si bien esta familiarización con lo que se podía calificar de procedimiento no eliminaba las necesidades logísticas que rodeaban cada visita concretada. El perfil conseguido se entrelazó con antecedentes del tratamiento efectuado, con la movilidad y con el apoyo cercano, lo que conducía hacia la organización cotidiana de la atención hospitalaria.

Con respecto a identificar la adherencia entre la hemodiálisis y el régimen farmacológico, la asistencia y la permanencia durante el tiempo prescrito mostraban más constancia frente a la organización de los medicamentos. La comunicación de síntomas ayudó a la continuidad de las sesiones; sin embargo, las ausencias se encadenaron entre las vinculadas con el transporte, el trabajo o la familia. En el entorno domiciliario existieron olvidos, uso irregular de recordatorios y alteraciones con respecto al cumplimiento horario, aunque la suspensión no prevista y sin aviso fue menos habitual. Los resultados definieron una adherencia diferenciada entre conductas supervisadas en la unidad y tareas administradas por el paciente durante su rutina.

Como respuesta a evaluar las restricciones de líquidos y las recomendaciones dietéticas, el control del peso y la comunicación de signos de sobrecarga mostraron una práctica extendida. La medición del consumo y el respeto del límite hídrico tuvieron menor continuidad durante la vida diaria. Igualmente, en la alimentación continuaron las dificultades en la evitación del sodio, potasio y fósforo de forma sostenida, aunque el plan

alimentario, el asesoramiento al personal y el apoyo por parte de la familia, estuvieron en mejores condiciones. La adherencia en este aspecto, fue concordante con la repetición de decisiones en el hogar, la disponibilidad de alimentos, la sed, y el involucramiento de la familia.

Por último, en cuanto a la descripción del nivel de adherencia terapéutica, se encontró un cumplimiento más pronunciado en la asistencia, la duración de las sesiones, el control del peso y la comunicación de síntomas, mientras que las debilidades estaban presentes en la posibilidad de acceso a transporte y compañía de forma precisa, la organización de la medicación, el control diario de líquidos y la selección de alimentos. En general, la adherencia no era uniforme en los componentes del tratamiento. La supervisión dentro de la unidad favoreció algunas conductas, mientras las actividades desarrolladas en el hogar dependieron de recursos personales, familiares y materiales disponibles para mantener las indicaciones durante la semana.

RECOMENDACIONES

A los enfermeros de la unidad de hemodiálisis se recomienda reforzar la orientación sobre los horarios de las sesiones y los medicamentos, mediante indicaciones claras y verificación de la comprensión del paciente y su familiar antes del alta.

A la jefatura de enfermería se sugiere identificar las dificultades de transporte y apoyo familiar mediante una ficha de control, para coordinar oportunamente la asistencia social requerida por los pacientes.

A la academia se recomienda incorporar actividades prácticas sobre el control de líquidos, sodio, potasio y fósforo en la formación de los estudiantes de enfermería, con participación de pacientes y familiares.

A la investigación en enfermería se recomienda desarrollar líneas de estudio sobre las dificultades de transporte, el apoyo familiar, la adherencia farmacológica y el control alimentario en pacientes sometidos a hemodiálisis, con el propósito de profundizar en los factores pendientes de la presente investigación.

REFERENCIAS

1. Gusev E, Solomatina L, Zhuravleva Y, Sarapultsev A. The Pathogenesis of End-Stage Renal Disease from the Standpoint of the Theory of General Pathological Processes of Inflammation. *International Journal of Molecular Sciences*. 2021 Octubre 23; 22(21): p. 11453. DOI: 10.3390/ijms222111453.
2. Faldu CT, Knicely DH. Advanced Chronic Kidney Disease and Patient Education. *Kidney and Dialysis*. 2025 Julio 3; 5(3): p. 32. DOI: 10.3390/kidneydial5030032.
3. Alatawi AA, Alaamri M, Almutary H. Social Support and Adherence to Treatment Regimens among Patients Undergoing Hemodialysis. *Healthcare*. 2024 Octubre 1; 12(19): p. 1958. DOI: 10.3390/healthcare12191958.
4. Gutiérrez Avilés ÁE, Murillo Paz TM. Adherencia al tratamiento como pilar fundamental en la calidad de vida en hemodializados. *Revista Científica Ciencia Médica*. 2023 Noviembre 5; 26(1): p. 16-23.
5. World Health Organization. Executive Board. Reducing the burden of noncommunicable diseases through promotion of kidney health and strengthening prevention and control of kidney disease. Informe. Geneva: World Health Organization; 2025 Febrero 3. Report No.: EB156/CONF./6.
6. GBD 2023 Chronic Kidney Disease Collaborators. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease in adults, 1990–2023, and its attributable risk factors: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*. 2025 Noviembre; 406(10518): p. 2461-2482. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)01853-7.
7. Usta D, Acampora M, Graffigna G. Patient health engagement as a moderator between perceived stress and treatment adherence among kidney failure patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional

- analysis. *Journal of Behavioral Medicine*. 2025 Octubre; 48(5): p. 848-859. DOI: 10.1007/s10865-025-00591-w.
8. Sultan BO, Fouad AM, Zaki HM. Adherence to hemodialysis and medical regimens among patients with end-stage renal disease during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*. 2022 Diciembre; 23(1): p. 138. DOI: 10.1186/s12882-022-02756-0.
 9. Pan American Health Organization. ENLACE: Data Portal on Noncommunicable Diseases, Mental Health, and External Causes. [Online].; 2021 [cited 2026 Febrero 5. Available from: <https://www.paho.org/en/enlace/burden-kidney-diseases>.
 10. Carrillo-Ucañay MDR, Rodriguez-Cruz LD, Diaz-Manchay RJ, Cervera-Vallejos MF, Constantino-Facundo F. Factores asociados a la adherencia a la hemodiálisis y al tratamiento farmacológico en Perú. *Enfermería Nefrológica*. 2024 Marzo 30; 27(1): p. 47-54. DOI: 10.37551/S2254-28842024006.
 11. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud. Dirección Nacional de Centros Especializados. Situación actual de terapia de reemplazo renal en el Ecuador. Informe. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2022 Junio 3. Report No.: Informe técnico DNCE-0070-2022.
 12. Gahona Villegas JR, Reyes Jurado P, Prado Cabrera AS, Meza Rodríguez KM, Benítez Kellendonk CH. Descripción y análisis de la tasa de incidencia y prevalencia de pacientes en terapia de reemplazo renal en Ecuador. *Metro Ciencia*. 2023 Junio 30; 31(2): p. 35-40. DOI: 10.47464/MetroCiencia/vol31/2/2023/35-40.
 13. Kim Y, Evangelista LS, Phillips LR, Pavlish C, Kopple JD. The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 2010 Julio; 37(4): p. 377-393.

14. Al-Khattabi GH. Adherence of Hemodialysis Patients to Fluid, Diet, Medications, and Hemodialysis Sessions, Makkah, Saudi Arabia. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 2023 Diciembre; 34(Suppl 1): p. S31-S43. DOI: 10.4103/sjkd.sjkd_351_22.
15. Mirzaei-Alavijeh M, Hamzeh B, Omrani H, Esmaili S, Khakzad S, Jalilian F. Determinants of medication adherence in hemodialysis patients: a cross-sectional study based on capability-opportunity-motivation and behavior model. *BMC Nephrology*. 2023 Junio 14; 24(1): p. 174. DOI: 10.1186/s12882-023-03231-0.
16. Belhmer F, Al Amad M, Albitahi M, Babattah F. Adherence to Treatment Regimens Among End-Stage Renal Disease Patients: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*. 2025 Junio; 18: p. 143-150. DOI: 10.2147/IJNRD.S511221.
17. Méndez-Ortega O, Hernández-Vicente IA, Juárez Flores CA, Lumbreras-Delgado I, Banderas Tarabay JA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad renal crónica. *Horizonte Sanitario*. 2023 Septiembre 19; 22(3): p. 497-505. DOI: 10.19136/hs.a22n3.5588.
18. Melo CdF, Feijão GMM, Costa ÍM, Seidl EMF, Ramos-Cerqueira ATdA, Arruda GHBd. Adherence to treatment in chronic kidney disease: associations with therapeutic modalities and coping capacity. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2024; 41: p. e230042. DOI: 10.1590/1982-0275202441e230042.
19. Hidrobo Guzmán JF, Jaramillo Jácome KV, Morejón Jácome GE, Cárdenas Robles ED. Conductas de autocuidado en pacientes hemodializados en Ibarra, Ecuador. *Enfermería Cuidándote*. 2024 Enero 16; 7(1): p. 53-62. DOI: 10.51326/ec.7.9303972.
20. Fajardo Japón CD, Conde Atarinagua KA, Torres Celi DY. Adherencia a los Hábitos Alimenticios en Pacientes con Insuficiencia Renal: Hemodiálisis. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2026 Marzo 18; 10(1.0): p. 138-158. DOI: 10.37811/cl_rcm.v10i1.0.22884.

21. Combe C, Alencar de Pinho N, Guedes M, Frimat L, Fouque D, Liabeuf S, et al. Optimal patient care in advanced chronic kidney disease progressing to kidney failure. *Nature Reviews Nephrology*. 2026 Junio; 22(6): p. 406-421. DOI: 10.1038/s41581-026-01056-2.
22. Herrington WG, Judge PK, Grams ME, Wanner C. Chronic kidney disease. *The Lancet*. 2026 Enero; 407(10523): p. 90-104. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)01942-7.
23. Buening R, Deziel S. Back-to-Basics Series: End Stage Kidney Disease Treatment Options. *Nephrology Nursing Journal*. 2025; 52(1): p. 69-72. DOI: 10.37526/1526-744X.2025.52.1.69.
24. Lalo R, Kamberi F, Stasa E, Lalo K. Burden of hemodialysis on health-related quality of life: insights from a multi-center cross-sectional analysis in Southern Albania. *Frontiers in Medicine*. 2025 Junio 10; 12: p. 1557063. DOI: 10.3389/fmed.2025.1557063.
25. Patel S, Huang M, Miliara S. Understanding Treatment Adherence in Chronic Diseases: Challenges, Consequences, and Strategies for Improvement. *Journal of Clinical Medicine*. 2025 Agosto 26; 14(17): p. 6034. DOI: 10.3390/jcm14176034.
26. Win KCM, Zhou H, Patton V, Steen M, Della P. Factors Contributing to Non-Adherence to Treatment Among Adult Patients with Long-Term Haemodialysis: An Integrative Review. *Nursing Reports*. 2025 Agosto 26; 15(9): p. 314. DOI: 10.3390/nursrep15090314.
27. Zhang Z, Liang XT, He XW, Zhang X, Tang R, Fang RD, et al. Enhancing treatment adherence in dialysis patients through digital health interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Renal Failure*. 2025 Diciembre 31; 47(1): p. 2482885. DOI: 10.1080/0886022X.2025.2482885.
28. Gerosideris N, Daskalou SD, Stratou E, Ouzouni C, Vlotinou P, Katsouri IG. Hemodialysis, Transportation, and Mobility: A Systematic Review From an Occupational Therapy Perspective. *OTJR*:

- Occupational Therapy Journal of Research. 2026 Enero 16;; p. 15394492251409640. DOI: 10.1177/15394492251409640.
29. Aydin Z, Özcan Ş. Education and decision support improve outcomes in urgent dialysis: A randomised trial. Patient Education and Counseling. 2026 Enero; 142: p. 109405. DOI: 10.1016/j.pec.2025.109405.
 30. Brown EA, Selwood J. Patient Perception of Dialysis Experience: Same for All? Kidney360. 2025 Junio; 6(6): p. 881-883. DOI: 10.34067/KID.0000000757.
 31. Tesfaye W, Parrish N, Sud K, Grandinetti A, Castelino R. Medication Adherence Among Patients With Kidney Disease: An Umbrella Review. Advances in Kidney Disease and Health. 2024 Enero; 31(1): p. 68-83. DOI: 10.1053/j.akdh.2023.08.003.
 32. van den Oever FJ, Vasbinder EC, Schrama YC, Koster ES, Visscher BB, van den Bemt PMLA, et al. Medication-related health literacy in patients on hemodialysis assessed with the RALPH interview guide. Patient Education and Counseling. 2025 Septiembre; 138: p. 109203. DOI: 10.1016/j.pec.2025.109203.
 33. Hamza MA, Ullah S, Ahsan H, Ali W, Masud M, Ahmed A. Health literacy, illness perception, and their association with medication adherence in end-stage renal disease. International Urology and Nephrology. 2025 Abril 4; 57(9): p. 2979-2994. DOI: 10.1007/s11255-025-04472-8.
 34. Goh JX, Sud K, Tesfaye W, Van C, Seth S, Tarafdar S, et al. Medication Regimen Complexity and Patient-Centred Outcomes in Patients Undergoing Peritoneal Dialysis. Healthcare. 2024 Octubre 24; 12(21): p. 2121. DOI: 10.3390/healthcare12212121.
 35. Akhtar T, Froelicher ES, Victor G. Effectiveness of Nutritional Education for Hemodialysis Patients with Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis: Nutritional Education in Haemodialysis: A Review and Meta-Analysis. Journal of Health and

- Rehabilitation Research. 2024 Agosto 8; 4(3): p. 1-8. DOI: 10.61919/jhrr.v4i3.1324.
36. Liu X, Wang X, Jiang G, Jiang L, Zhu Y, Yang H, et al. Experiences of hemodialysis in patients with end-stage renal disease: a patient journey map based on a qualitative study. BMC Nephrology. 2026 Marzo 21; 27(1): p. 243. DOI: 10.1186/s12882-026-04898-x.
37. Araújo H, Marques E, Lourenço I, Bonifácio C, Gomes F. Nursing Interventions to Support Family Caregivers of Patients on Haemodialysis: A Mixed-Methods Systematic Review. Journal of Advanced Nursing. 2026 Junio; 82(6): p. 5813-5834. DOI: 10.1111/jan.70297.
38. Yan S, Wang Y, Li Z, Wang D, Yao D. Dialysis Vintage and Symptom Burden in Hemodialysis: A Comprehensive Analysis. Nursing & Health Sciences. 2025 Septiembre; 27(3): p. e70226. DOI: 10.1111/nhs.70226.
39. Desbiens LC, Nadeau-Fredette AC. Transitions to and from peritoneal dialysis: Your questions answered. Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis. 2026 Marzo; 46(2): p. 85-94. DOI: 10.1177/08968608251343768.
40. Schoot TS, van Lieshout TS, Abrahams AC, Driehuis E, Kerckhoffs APM, Hilbrands LB, et al. Impact of Prior Kidney Transplantation on Symptom Burden and Health-Related Quality of Life in Incident Dialysis Patients. Kidney Medicine. 2026 Junio; 8(6): p. 101357. DOI: 10.1016/j.xkme.2026.101357.
41. Ecuador. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Ley. Quito.; 2008 Octubre 20.
42. Ecuador. Congreso Nacional. Ley Orgánica de Salud. Ley. Quito: Registro Oficial del Ecuador; 2006 Diciembre 22. Report No.: Ley No. 67.
43. Ecuador. Asamblea Nacional. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. Ley. Quito: Registro Oficial del Ecuador; 2021 Mayo 26.

44. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Reglamento para la aprobación, desarrollo, vigilancia y control de investigaciones observacionales y estudios de intervención en seres humanos. Acuerdo ministerial. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2021 Octubre 29. Report No.: Acuerdo Ministerial No. 00015-2021.
45. Medina Romero MÁ, Rojas León CR, Bustamante Hoces W, Loaiza Carrasco RM, Martel Carranza CP, Castillo Acobo RY. Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación. 1st ed.: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2023.
46. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2nd ed.: McGraw Hill; 2023.
47. Barbosa Moreno A, Mar Orozco CE, Molar Orozco JF. Metodología de la investigación: métodos y técnicas: Grupo Editorial Patria; 2020.
48. Iglesias ME. Metodología de la investigación científica: diseño y elaboración de protocolos y proyectos: Noveduc; 2016.
49. Hadi Mohamed MM, Martel Carranza CP, Huayta Meza FT, Rojas León CR, Arias Gonzáles JL. Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis. 1st ed.: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2023.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de solicitud de la UCSG



CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física

Telf.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 06 de Julio del 2026

Srta. Colcha Amaguaya, Alba Eloiza
Srta. Falcones Jara, Nathaly Yomaira
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación: "Adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil, 2026" ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Angela Mendoza Vincés.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

LCDA. ÁNGELA MENDOZA VINCÉS
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Cc: Archivo

Anexo 2. Permiso del hospital



Guayaquil, 29 de julio de 2026

Señoritas

Alba Eloiza Colcha Amaguaya
Estudiante de Enfermería

Nathaly Yomaira Falcones Jara
Estudiante de Enfermería

Asunto: Autorización para el inicio de investigación

De nuestra consideración:

En atención a la solicitud presentada de fecha **08 de julio de 2026**, referente al desarrollo del trabajo de titulación titulado **"Adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en una clínica de Guayaquil"**, nos permitimos informar que, una vez revisada su petición, **se autoriza la realización de la investigación en las instalaciones de Reynadial S.A.**

En tal virtud, **se autoriza el inicio de las actividades de investigación a partir del día jueves 30 de julio de 2026**, de conformidad con la planificación que mantengan y bajo la coordinación con la Administración y el personal responsable de la institución.

La presente autorización se concede con las siguientes consideraciones:

- Mantener en todo momento la confidencialidad y el anonimato de la información de los pacientes.
- Respetar las normas internas, protocolos de bioseguridad y disposiciones institucionales vigentes.
- No interferir con la atención médica ni con el normal desarrollo de las actividades asistenciales.
- Contar con el consentimiento informado de los pacientes participantes, cuando corresponda.
- Entregar a la institución un ejemplar digital del trabajo de investigación una vez concluido.

Deseamos éxitos en el desarrollo de este importante trabajo académico, convencidos de que sus resultados contribuirán al fortalecimiento del conocimiento científico y al mejoramiento de la atención de los pacientes con enfermedad renal crónica.

Sin otro particular, reiteramos nuestros sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dr. Emilio Fors
Director Médico - Gerente General
Reynadial S.A.



Barrio Seguro O Connor #800 y Bogotá
Telf.: 593-4-2337864 • Email: reynadialsa@yahoo.es
Guayaquil, Ecuador

Anexo 3. Formulario de encuesta

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Este cuestionario recoge información sobre la asistencia a hemodiálisis, el uso de medicamentos, el control de líquidos y la alimentación. Marque una sola opción en cada reactivo. Las respuestas son confidenciales y se utilizarán con fines académicos.

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. ¿Recibe hemodiálisis desde hace tres meses o más?

Opciones: ☐ Sí ☐ No

2. ¿Ha recibido diálisis peritoneal antes de iniciar o reiniciar la hemodiálisis?

Opciones: ☐ Sí ☐ No

3. ¿Ha recibido trasplante renal antes de su tratamiento actual de hemodiálisis?

Opciones: ☐ Sí ☐ No

4. ¿Cuenta con transporte disponible para asistir a la hemodiálisis en el horario asignado?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

5. ¿Cuenta con acompañamiento familiar o de otra persona cuando necesita apoyo para acudir al tratamiento?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

II. TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y RÉGIMEN FARMACOLÓGICO

6. ¿Asiste a todas las sesiones de hemodiálisis programadas por la unidad?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

7. ¿Llega a la unidad de hemodiálisis antes de la hora indicada para iniciar el procedimiento?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

8. ¿Permanece conectado/a a la máquina hasta completar el tiempo prescrito para cada sesión?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

9. En el último mes, ¿ha faltado a alguna sesión de hemodiálisis por problemas de transporte, trabajo o asuntos familiares?

Opciones: ☐ Sí ☐ No

10. En el último mes, ¿ha solicitado terminar la sesión antes del tiempo indicado por calambres, cansancio, presión baja u otro malestar?

Opciones: ☐ Sí ☐ No

11. ¿Informa al personal de enfermería cuando presenta síntomas que podrían impedir completar la sesión de hemodiálisis?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

12. ¿Toma los medicamentos prescritos para la enfermedad renal en los horarios indicados?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

13. ¿Utiliza pastillero, alarma, registro o apoyo familiar para evitar omitir los medicamentos prescritos?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

14. ¿Olvida tomar los medicamentos indicados después de las comidas o fuera del horario de diálisis?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

15. ¿Suspende algún medicamento por costo, falta de disponibilidad o efectos adversos sin informar al personal de salud?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

III. RESTRICCIONES DE LÍQUIDOS Y RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

16. ¿Mide la cantidad de líquidos que consume durante el día según la indicación recibida?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

17. ¿Evita consumir líquidos por encima del volumen indicado entre una sesión y otra de hemodiálisis?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

18. ¿Controla su peso entre sesiones para vigilar el aumento relacionado con líquidos?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

19. ¿Comunica al personal de salud signos como hinchazón, falta de aire o aumento rápido de peso?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

20. ¿Consume alimentos con alto contenido de sal o sodio a pesar de las indicaciones recibidas?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

21. ¿Evita alimentos altos en potasio, como banano, aguacate, tomate u otros alimentos indicados como restringidos?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

22. ¿Evita alimentos altos en fósforo, como embutidos, gaseosas oscuras, lácteos en exceso u otros alimentos indicados como restringidos?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

23. ¿Cumple el plan de alimentación recomendado los días con hemodiálisis y los días sin sesión?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

24. ¿Consulta al personal de salud cuando tiene dudas sobre alimentos o bebidas permitidas?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

25. ¿Recibe apoyo familiar para preparar alimentos acordes con la dieta renal indicada?

Opciones: ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

Fuente: cuestionario adaptado de Kim et al. (13).

Anexo 4. Evidencias fotográficas





Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Colcha Amaguaya, Alba Eloiza**, con C.C: # **0954047791** autor/a del trabajo de titulación: **Adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil, 2026** previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de septiembre de 2026**

LA AUTORA



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**ALBA ELOIZA COLCHA
AMAGUAYA**

f. _____

Colcha Amaguaya, Alba Eloiza

C.C: 0954047791



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

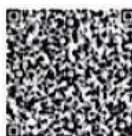
Yo, **Falcones Jara, Nathaly Yomaira**, con C.C: # **0952466407** autor/a del trabajo de titulación: **Adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil, 2026** previo a la obtención del título de **Licenciado en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de septiembre de 2026**

EL AUTOR



**Nathaly Yomaira
Falcones Jara**



f. _____
Falcones Jara, Nathaly Yomaira

C.C: **0952466407**



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil, 2026		
AUTOR(ES)	Colcha Amaguaya, Alba Eloiza Falcones Jara, Nathaly Yomaira		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Mendoza Vines, Ángela Ovilda, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de septiembre de 2026	No. DE PÁGINAS:	62 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud pública, Nefrología, Hemodiálisis, Nutrición.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Autocuidado; Cumplimiento de la Medicación; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Diálisis Renal; Enfermedad Renal Crónica		
RESUMEN: Introducción: La enfermedad renal terminal exige hemodiálisis periódica, medicación, control de líquidos y alimentación renal, conductas que dependen de recursos personales, familiares y asistenciales. Objetivo: Describir el nivel de adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben hemodiálisis en un hospital de Guayaquil, 2026. Metodología: Se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental, prospectivo y transversal con 97 pacientes. Se aplicó un cuestionario de 25 reactivos y se calcularon frecuencias y porcentajes; las respuestas vacías se conservaron como una categoría separada. Resultados: En las características generales, el 88% recibía hemodiálisis desde hacía tres meses o más; el 25% nunca contó con transporte disponible y el 31% nunca tuvo acompañamiento cuando necesitó apoyo. En la adherencia a hemodiálisis y medicación, el 76% asistió siempre a las sesiones, el 86% completó el tiempo prescrito, el 65% respetó siempre los horarios farmacológicos y el 45% presentó olvidos algunas veces. Respecto a líquidos y dieta, el 49% evitó algunas veces superar el volumen indicado, el 79% controló siempre el peso, el 55% consumió algunas veces alimentos altos en sodio y el 72% evitó algunas veces los productos ricos en potasio. Conclusión: La adherencia fue más constante en las conductas supervisadas dentro de la unidad y mostró dificultades en los apoyos para asistir, la medicación diaria, el límite hídrico y la selección alimentaria.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	CON	Teléfono:	E-mail: alba.colcha@cu.ucsg.edu.ec nathaly.falcones@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lic. Geny Margoth Rivera Salazar PhD		
	Teléfono: 0993095069		
	E-mail: geny.rivera@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			