



**Universitat**  
de les Illes Balears

## **TREBALL DE FI DE GRAU**

**Percepción de la adherencia al tratamiento en  
pacientes con insuficiencia renal crónica en  
tratamiento con hemodiálisis frente a diálisis  
peritoneal.**

**Marina Ramis Plomer.**

**Grau de: Infermeria.**

**Facultat de: Infermeria i fisioteràpia.**

**Any acadèmic 2020-2021**



# PERCEPCIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS EN COMPARACIÓN CON DIÁLISIS PERITONEAL.

**Marina Ramis Plomer.**

**Treball de Fi de Grau**

**Facultat de: Infermeria i fisioteràpia.**

**Universitat de les Illes Balears**

**Any acadèmic 2020 – 21**

Paraules clau del treball:

Insuficiencia renal crónica, fallo renal crónico, adherencia al tratamiento, percepción, hemodiálisis, diálisis peritoneal.

*Nom del tutor / la tutora del treball: Rosa Miró Bonet.*

*Nom del tutor / la tutora (si escau)*

Autoritz la Universitat a incloure aquest treball en el repositori institucional per consultar-lo en accés obert i difondre'l en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació

Autor/a		Tutor/a	
Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## **Resumen:**

Los pacientes con insuficiencia renal crónica sufren cambios importantes en su estilo de vida debido al nuevo tratamiento que deben seguir tras el diagnóstico. Existen varias opciones de reemplazo de la función renal, siendo estas la diálisis y el trasplante renal.

La diálisis puede ser de dos tipos: hemodiálisis y diálisis peritoneal. Ambas opciones forman parte de un conjunto de tratamientos que debe seguir el paciente para enfrentar las complicaciones que implica la pérdida de la función renal. En este conjunto se encuentra el tratamiento farmacológico, el tratamiento dietético y el tratamiento de disminución/restricción de toma de líquidos. Los cambios que implica este conjunto de tratamientos hacen que sea difícil para el paciente adaptarse y seguirlos correctamente.

La adherencia al tratamiento es el hecho de que el paciente siga un estilo de vida que incluya las recomendaciones pactadas entre el profesional sanitario y el paciente. El incumplimiento de la adherencia puede llevar a morbilidades y mortalidades. También a costes extra, tanto para el paciente como para el sistema sanitario.

Se realiza una búsqueda bibliográfica para contrastar artículos y poder averiguar la percepción de dificultad que tienen los pacientes mencionados para adherirse al tratamiento.

Encontramos tres apartados en la discusión: dificultad de adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica, percepción de la adherencia al tratamiento en los pacientes en hemodiálisis y percepción de la adherencia al tratamiento de los pacientes en diálisis peritoneal.

Según la literatura revisada el tipo de terapia recibida es una variable más dentro de la percepción de la adherencia, pero no se observan diferencias claras en la percepción de la adherencia al tratamiento entre los pacientes de ambas opciones de tratamiento. Se observan similitudes entre factores que mencionan los pacientes de ambas opciones de tratamiento como facilitadores o barreras en la adherencia al tratamiento farmacológico y dietético.

Palabras clave: Insuficiencia Renal Crónica, Adherencia al tratamiento, Percepción, Hemodiálisis, Diálisis peritoneal.



## **Resum:**

Els pacients amb insuficiència renal crònica sofreixen canvis importants en el seu estil de vida a causa del nou tractament que han de seguir després del diagnòstic. Existeixen diverses opcions de reemplaçament de la funció renal, sent aquestes la diàlisi i el trasplantament renal.

La diàlisi pot ser de dos tipus: hemodiàlisi i diàlisi peritoneal. Totes dues opcions formen part d'un conjunt de tractaments que ha de seguir el pacient per a enfrontar les complicacions que implica la pèrdua de la funció renal. En aquest conjunt es troba el tractament farmacològic, el tractament dietètic i el tractament de disminució/restricció de presa de líquids. Els canvis que implica aquest conjunt de tractaments fan que sigui difícil per al pacient adaptar-se i seguir-los correctament.

L'adherència al tractament és el fet que el pacient segueixi un estil de vida que inclogui les recomanacions pactades entre el professional sanitari i el pacient. L'incompliment de l'adherència pot portar a morbiditats i mortalitats. També a costos extra, tant per al pacient com per al sistema sanitari.

Es realitza una cerca bibliogràfica per a contrastar articles i poder esbrinar la percepció de dificultat que tenen els pacients esmentats per a adherir-se al tractament.

Troblem tres apartats en la discussió: dificultat d'adherència dels pacients amb insuficiència renal crònica, percepció de l'adherència al tractament en els pacients en hemodiàlisi i percepció de l'adherència al tractament dels pacients en diàlisi peritoneal.

Segons la literatura revisada el tipus de teràpia rebuda és una variable més dins de la percepció de l'adherència, però no s'observen diferències clares en la percepció de l'adherència al tractament entre els pacients de totes dues opcions de tractament. S'observen similituds entre factors que esmenten els pacients de totes dues opcions de tractament com a facilitadors o barreres en l'adherència al tractament farmacològic i dietètic.

**Paraules clau:** Insuficiència Renal Crònica, Adherència al tractament, Percepció, Hemodiàlisi, Diàlisi peritoneal.



**Abstract:**

Patients with chronic kidney failure undergo important changes in their lifestyle due to the new treatment they must follow after the diagnosis. There are several options to replace kidney function, being dialysis and kidney transplantation.

Dialysis can be performed two ways: haemodialysis and peritoneal dialysis. Both options are part of a set of treatments that the patient must follow to face the complications that the loss of kidney function implies. This group includes pharmacological treatment, dietary treatment and treatment for reducing / restricting fluid intake. The changes involved in this set of treatments make it difficult for the patient to adapt and follow them correctly.

Adherence to treatment is accomplished when patient follows a lifestyle that includes the recommendations agreed between the healthcare professional and the patient. Non-adherence can lead to morbidities and mortalities. Also at extra costs, both for the patient and for the health system.

A bibliographic search was carried out to contrast articles and to be able to find out the perception of difficulty that the mentioned patients have in adhering to the treatment.

There are three sections in the discussion: difficulty of adherence in patients with chronic renal failure, perception of adherence to treatment in patients on hemodialysis, and perception of adherence to treatment in patients on peritoneal dialysis.

According to the reviewed literature, the type of therapy received is one more variable within the perception of adherence, but no clear differences were observed in the perception of adherence to treatment between patients with both treatment options. Similarities are observed between factors mentioned by patients of both treatment options as facilitators or barriers in adherence to pharmacological and dietary treatment.

**Keywords:** Renal Insufficiency, Chronic; Treatment Adherence and Compliance; Perception; Renal dialysis; Peritoneal Dialysis.



## **Índice**

Introducción.....	6
Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	9
Diagrama de flujo.....	10
Artículos seleccionados tras búsqueda bibliográfica.....	11
Discusión.....	11
Conclusiones/implicaciones.....	24
Bibliografía.....	26
Anexo 1.....	29



## **Introducción**

En las prácticas clínicas que he tenido oportunidad de realizar he observado que se conoce la importancia de tener una visión biopsicosocial del paciente. Sin embargo, aún considero necesario actuar en mayor medida para entender mejor a los usuarios de nuestro sistema de salud, facilitar su proceso de enfermedad y conseguir mejores resultados, tanto para el paciente como para el sistema de salud.

Entendí lo difícil que puede llegar a ser para una persona el padecer una enfermedad crónica en mi estancia de prácticas en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Can Misses, en Ibiza. En esta unidad pude notar que existe cierta falta de abordaje en los aspectos subjetivos e individuales de los pacientes, hecho que dificulta la adherencia al tratamiento y que podría mejorar desde una perspectiva autónoma de la enfermería en conjunto con la interdisciplinar.

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad caracterizada por la incapacidad de los riñones de realizar sus funciones, resultando en una imposición crónica de los pacientes a una serie de tratamientos estrictos. Estos crean un cambio en su estilo de vida, la calidad de la misma, sus relaciones interpersonales y, por lo tanto, en su bienestar psicosocial (1). El fallo renal crónico es la etapa final de la enfermedad renal crónica, caracterizada por un daño progresivo e irreversible a los riñones (2). Hay tres tratamientos de sustitución renal disponibles para pacientes con insuficiencia renal: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. El trasplante renal es la mejor opción para el manejo del fallo renal crónico, pero no es posible llevarlo a cabo en todos los casos, debido a que es mayor el número de pacientes con necesidad de trasplante que la de donantes. Por esta razón, aquellos pacientes que optan a trasplante seguramente necesiten diálisis previa (2). La diálisis es necesaria para eliminar el exceso de toxinas y fluidos que no pueden ser eliminados a causa del fallo renal y que, de no ser eliminados, causarían la muerte al paciente (3,4).

Es de gran importancia la participación del paciente en la decisión del tratamiento de elección. Para ello es necesario que reciban educación sanitaria por parte de los profesionales de la salud que les permita conocer las peculiaridades de cada uno, pudiendo asegurar una elección basada en la comprensión de las opciones posibles.



La hemodiálisis es el proceso de depuración de las toxinas y eliminación de volumen presentes en sangre a través de un hemodializador, una máquina con filtro que requiere agua purificada por ósmosis inversa. El hemodializador se conecta al torrente sanguíneo del paciente y requiere una media de cuatro horas de tratamiento para su efectividad. Como norma general este tratamiento suele aplicarse en un centro especializado, aunque hay pacientes que han podido adecuar su vivienda para poder llevarlo a cabo allí (5).

Un paciente en hemodiálisis toma de media de 5 a 14 medicaciones diferentes, siendo la media de tomas de 17 a 25 cada día (6).

La diálisis peritoneal es un tratamiento ambulatorio/domiciliario que también elimina las toxinas y excreta volumen de la sangre procedentes de la falta de filtración de éstas por parte de los riñones, aunque el acceso no es el mismo. La filtración de toxinas se realiza mediante el líquido peritoneal, a través de un catéter por el cual el paciente realiza el intercambio de líquidos. La diálisis peritoneal puede llevarse a cabo durante el día, con varios cambios de bolsa al día, o a lo largo de la noche. Este tipo de diálisis requiere formación del paciente para poder auto-cuidarse en casa y acudir al centro cada mes o dos para revisiones (5).

En cuanto al tratamiento farmacológico, los pacientes con fallo renal crónico suelen tomar medicación que sustituye las funciones del riñón, además de tratar otros signos y síntomas relacionados con la enfermedad. Esta medicación es: antihipertensiva/hipotensora, quelantes de fósforo, quelantes de potasio, vitamina D y eritropoyetina como base, aunque puede haber cambios individuales (7).

El tratamiento dietético también supone un gran cambio en las vidas de los pacientes, ya que es necesario controlar la ingesta de sodio, potasio, fósforo y proteínas y restringir la ingesta de líquidos.

Ésta enfermedad implica, además de los tratamientos mencionados, numerosas complicaciones que también necesitan tratamiento (3,4) y dificultan el manejo del mismo.



La adherencia al tratamiento se define como el hecho de que el estilo de vida llevado a cabo por una persona se corresponda con las recomendaciones pactadas entre dicha persona y un profesional de la salud (OMS 2003) (8).

Según el informe “Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for action” publicado en 2003 por la OMS (8) *“el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales”*.

La falta de adherencia puede originarse de forma consciente, o no, e influyen en ella factores relacionados con el paciente, con el tratamiento, con la enfermedad o con el funcionamiento del sistema de salud, entre otros (1).

El incumplimiento terapéutico o falta de adherencia a la medicación tiene una prevalencia del 52,5% en pacientes con insuficiencia renal crónica (9). Es esencial una buena adherencia al tratamiento de diálisis debido a que la falta de adherencia es una causa a tener en cuenta de morbilidad y mortalidad, además de aumentar la carga y costes para el sistema sanitario (2).

El objetivo de este TFG es llevar a cabo una revisión de literatura que permita conocer las diferentes perspectivas sobre la dificultad de adherencia al tratamiento de los pacientes con fallo renal en tratamiento de hemodiálisis en comparación de la percepción de dicha dificultad en los pacientes en diálisis peritoneal.

Entender la perspectiva del paciente en los diferentes tratamientos de sustitución renal podría ayudar al sistema de salud a mejorar en los cuidados para obtener mejores resultados en ellos.

## **Objetivos del trabajo**

### ***Objetivo General***

Analizar la percepción de la dificultad de adherencia al tratamiento en pacientes que sufren insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis frente a aquellos en tratamiento de diálisis peritoneal.

### ***Objetivos Específicos:***

- Explorar la complejidad del tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.
  - Percepciones sobre el tratamiento farmacológico.
  - Percepciones sobre el tratamiento dietético.
- Percepción de los tratamientos dietético y farmacológico por parte de pacientes en hemodiálisis.
- Percepción de los tratamientos dietético y farmacológico por parte de pacientes en diálisis peritoneal.

## **Estrategia de búsqueda bibliográfica**

Las palabras clave usadas han sido: Insuficiencia Renal Crónica, Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal, Adherencia al Tratamiento, Percepción.

Dichas palabras clave se han traducido en Decs para obtener los siguientes descriptores:

<b>PALABRA CLAVE</b>	<b>DESCRIPTOR TRAS TRADUCCIÓN EN DECS</b>	<b>TIPO</b>
Insuficiencia Renal Crónica	Renal Insufficiency, Chronic	Primario
Fallo Renal Crónico	Kidney Failure, Chronic	Primario
Adherencia al Tratamiento	- Treatment Adherence and Compliance - Patient Compliance	Primario
Percepción	Perception	Secundario
Hemodiálisis	Renal dialysis	Secundario
Diálisis Peritoneal	Peritoneal Dialysis	Secundario

Se ha realizado una primera búsqueda en PubMed usando la combinación siguiente de descriptores y booleanos: ((Renal Insufficiency Chronic AND patient compliance)) AND (perception).

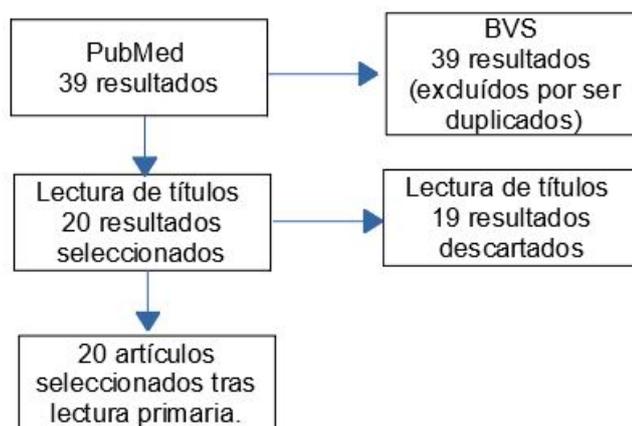
Como límite temporal se han seleccionado artículos publicados entre los años 2010 – 2021. Tras esta búsqueda han surgido 39 resultados de los cuales se han seleccionado 20 para revisión. 8 de los 20 resultantes han podido ser solicitados mediante acceso institucional de la UIB, los 12 restantes se han solicitado en préstamos interbibliotecario de la UIB.

Se realiza búsqueda con la misma combinación booleana en BVS y se descarta el metabuscador al encontrar los mismos resultados que en PubMed.

Criterios de inclusión y exclusión: se han excluido todos aquellos artículos que por primera lectura no han resultado interesantes para la revisión al no abordar la adherencia desde la perspectiva del paciente con insuficiencia renal en hemodiálisis o diálisis peritoneal y también aquellos que incluyen a pacientes menores de edad.

### **Diagrama de flujo**

((Renal Insufficiency Chronic AND patient compliance)) AND (perception).



La búsqueda con los booleanos: (("Dialysis") AND ("Patient Compliance")) AND ("Perception") no ha tenido ningún resultado útil al solaparse con la primera búsqueda.



### **Artículos seleccionados tras búsqueda bibliográfica**

Tras la revisión de los artículos encontrados en la estrategia de búsqueda especificada se han seleccionado 20 en total para este TFG. Cada artículo seleccionado se encuentra resumido en el Anexo 1.

### **Discusión**

En primer lugar hablaré de las dificultades que encara un paciente con insuficiencia renal crónica en cuanto al tratamiento. Después concretaré los factores que perciben los pacientes como posibles facilitadores y/o barreras de adherencia al tratamiento desde el punto de vista de la hemodiálisis y de la diálisis peritoneal según los artículos revisados.

### **DIFICULTAD DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:**

Como se ha mencionado anteriormente, la falta de adherencia al tratamiento en diálisis tiene gran impacto en la evolución de los pacientes (20).

En el estudio de Trudi Aspden et al. se destaca que la falta de educación sanitaria es una tónica en pacientes en diálisis (4). La mayoría de los pacientes explican que para ellos es importante recibir educación por parte del personal sanitario al encontrarse con dificultades para entender los cambios que deben hacer en su dieta para mejorar. Sin embargo, notan la falta de personal y de tiempo asistencial ya que es muy difícil que los profesionales sanitarios estén con ellos el tiempo suficiente como para poder preguntarles y aprender más sobre su enfermedad o tratamiento (11). Por otra parte, es posible que el momento en el que se recibe la educación sanitaria no sea el mejor al estar en posible estado de shock dada la cercanía del diagnóstico y no se entiendan del todo correctamente las instrucciones explicadas (18).

Como media, los pacientes estudiados por Kara B. et al. con una mejor adherencia a la diálisis recibieron más educación que aquellos que no siguen bien las pautas de tratamiento (21). Corrobora esa teoría el estudio de Esperanza Vélez-Vélez et al., en el que se demuestra relación elevada entre una buena adherencia y el conocimiento de la enfermedad (23). Es importante mencionar en relación al conocimiento que aquellos pacientes con un nivel educativo nulo y alto demuestran mayor adherencia que aquellos



con el grado escolar como nivel educativo (24). Es posible que esta relación se deba a que pacientes con un nivel educativo muy bajo sigan las indicaciones de los profesionales sanitarios con una actitud más sumisa, confiando en el conocimiento de los sanitarios, mientras que aquellos con un nivel educativo alto son conscientes de las consecuencias y la importancia de la adherencia al tratamiento.

Algunos factores personales que afectan a la adherencia al régimen terapéutico son inintencionados (no forman parte de una decisión activa de incumplimiento de adherencia del paciente, son factores que él mismo no puede evitar o cambiar o simplemente no es consciente de que ocurren) como, por ejemplo, la personalidad de los pacientes o el acceso a la medicación del que disponen.

Otros son intencionados y tienen que ver con la percepción que tiene el paciente de su enfermedad y las decisiones que toma al respecto. En ambos casos es importante un abordaje enfermero que permita estudiarlos y encontrar posibles soluciones al respecto.

La percepción de la carga de enfermedad mencionada está relacionada directamente con los síntomas derivados del tratamiento, viendo las opciones de diálisis mucho más intrusivas que el trasplante. Aquellos pacientes que perciben mayor dificultad o molestia (y, por lo tanto, carga) en el tratamiento de hemodiálisis se adhieren menos al tratamiento que aquellos que no ven como carga añadida la modalidad de tratamiento (1,4).

Otra carga que supone la enfermedad, tanto en pacientes que siguen los tratamientos prescritos como los que no, es el transporte al centro sanitario. Es visto como una barrera para la adherencia al tratamiento al igual que la falta de motivación (21) , siendo ambas no intencionadas, pero sí abordables por el equipo sanitario.

#### Percepciones sobre el tratamiento dietético y de restricción de líquidos en insuficiencia renal crónica:

En cuanto a la personalidad como factor personal inintencionado de falta de adherencia, el estudio de Barbara Zawadzka et al. habla sobre la perspectiva temporal y otros aspectos psicológicos que dificulta la adherencia al tratamiento des restricción de líquidos (17).



Desde la perspectiva de la personalidad, se estudia a los pacientes desde su percepción temporal, temperamental y su tipo de personalidad y se relacionan con la adherencia a la restricción de líquidos. Los pacientes con una percepción negativa del pasado y una idea de presente fatalista y/o aquellos con personalidad complaciente demuestran fallar más en la adherencia a la restricción de líquidos. Las personalidades con mayor dificultad para controlar las propias emociones, destacando la mala gestión del miedo, son aquellas con más riesgo a fallar en su tratamiento. Por el contrario, son rasgos indicadores de una buena adherencia un temperamento estable y una personalidad concienzuda (17).

También encontramos en este artículo una relación entre la depresión y la falta de adherencia (17), al igual que se menciona en los estudios de Manar M (24) et al. y Sarah Clark et al. (20), en los que se observa una relación negativa entre la depresión y la adherencia al tratamiento.

La mayoría de los pacientes estudiados (78'4%) por Amani A. Khalil et al. muestra síntomas de depresión leve o severa. Sin embargo, este estudio concluye con que no se observa correlación significativa entre la falta de adherencia al tratamiento dietético y de restricción de fluidos y las variables mencionadas ya que éstas explican solamente un 1% de la variabilidad en la falta de adherencia (13).

Los pacientes son conscientes de la cronicidad de su enfermedad, sus consecuencias y el control personal que tienen sobre ella. Mayoritariamente tienen una visión más débil del control que tienen sobre el tratamiento (23).

Algunos de los factores que los pacientes ven como **facilitadores de adherencia** son:

- *Soporte familiar*: es un factor positivo para la adherencia del paciente, quienes indican que el bienestar familiar es una de las razones por las que se adhieren correctamente al tratamiento prescrito (11).

En el estudio de Gus McKillop et al. se realizan varias entrevistas en las que corrobora la importancia del soporte familiar para una correcta adherencia (15).



- *Percepción de riesgo*: tener en cuenta las consecuencias de la falta de adherencia es un facilitador para adherirse al tratamiento según indican los pacientes entrevistados, quienes recuerdan las posibles consecuencias para reforzar conductas de salud (11).

Algunos pacientes anteriormente no se adherían al tratamiento, pero tras empeorar y sentir la amenaza hacia su salud cambiaron para adherirse a él. También se observan otros pacientes que demuestran ser conscientes de la amenaza a su salud y aun así no se adhieren al tratamiento (15).

- *Rutina*: una buena organización y planificación de la rutina diaria de tratamiento facilita la adherencia (11). En varias entrevistas del estudio de Gus McKillop et al. se menciona la importancia de mantener una rutina diaria como aspecto positivo para la adherencia (15).

- *Compañerismo entre pacientes*: es un tema recurrente en las diferentes entrevistas mencionadas, tener una buena relación con los demás pacientes es positivo para la adherencia al tratamiento al compartir conocimientos y aprendizaje entre ellos (11).

La falta de soporte social ha demostrado ser un factor percibido como negativo hacia la adherencia al tratamiento (20).

Los factores percibidos como **barreras/dificultades** de adherencia son:

- *Tiempo de tratamiento largo*: los pacientes necesitan organizar su vida entorno al tratamiento recibido, ya que suele ser largo. Este hecho se percibe por los pacientes como un factor negativo para adherirse

- *Olvidos*: la mayoría de los pacientes manifiesta que es fácil olvidar alguna vez las recomendaciones y el tratamiento pactado si están realizando alguna actividad ajena a su rutina diaria (11,15).

- La *falta de autocontrol* también afecta negativamente el buen manejo de la enfermedad. Además, la restricción dietética a la que les somete la enfermedad es difícil de seguir en situaciones sociales (11).



Percepciones sobre la **medicación prescrita** en la insuficiencia renal crónica:

Se observan diferentes actitudes frente a la medicación prescrita, mayoritariamente se observa ambivalencia en los pacientes al ser conscientes de la necesidad de tomarla pero a la vez querer reducir sus tomas al máximo. También se observa preocupación por posibles interacciones entre los fármacos tomados, hostilidad frente a la medicación y vergüenza por el gran número de comprimidos a tomar (15).

En el estudio de Luca Neri et al. se observa relación indirectamente proporcional entre el nº de comprimidos orales diario y los resultados de adherencia. La carga percibida por el paciente en cuanto al tratamiento es un factor que acentúa la asociación mencionada (10).

En concreto, en el estudio de Mckillop et al. se observa relación entre falta de adherencia y una repetición >2 dosis al día. Pasa lo mismo si la dosis no es diaria. Algunos pacientes no se ven capaces de tomar un número alto de comprimidos al día y el hecho de que las dosis puedan incrementar con el tiempo en una enfermedad crónica no ayuda a mejorar la adherencia (15).

Pacientes entrevistados en el estudio de K. Griva et al. (11) manifiestan estar preocupados por los efectos secundarios del tratamiento farmacológico prescrito. En otro estudio, algunos pacientes están dispuestos a asumir los efectos secundarios de alguna medicación al percibir los beneficios que ésta causa (15).

Muchos de los pacientes entrevistados en el estudio de McKillop et al. expresaron que es más fácil perder la adherencia al tratamiento si su régimen farmacológico es complejo al ser difícil entenderlo. Cabe añadir que es menos probable un buen conocimiento del propio régimen farmacológico prescrito si éste cambia con frecuencia (15).

La mayoría de los pacientes prioriza unos fármacos frente a otros al considerarlos más importantes. Los fármacos percibidos con acción directa a la función de los riñones son percibidos como más importantes al considerar que pueden frenar la progresión de la enfermedad. Algunos pacientes también manifiestan que cambian su tratamiento los días en los que tienen alguna tarea o evento y/o quieren evitar los efectos secundarios (15).



Otros factores a tener en cuenta son la presentación de los fármacos y su sabor, la accesibilidad a la medicación económica y geográfica del paciente (11) y el horario de toma (para ellos, las tomas de antes de ir a dormir son más difíciles de seguir debido al cansancio). No sentirse bien también es un obstáculo para seguir el tratamiento correctamente (15).

### PERCEPCIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS:

Los pacientes describen un gran impacto de la enfermedad en la vida diaria (1). Es importante involucrar a los pacientes en su propio cuidado para poder mejorar la eficacia del tratamiento y aumentar la percepción de control sobre la enfermedad, ya que la percepción de éste sobre el tratamiento y el estado de salud futuro da sensación de seguridad a los pacientes (1).

El control de la enfermedad y del tratamiento no obtiene relación con la falta de adherencia en el estudio de Joseph Chilcot et al., aunque ser consciente de las consecuencias de la falta de adherencia es un factor positivo para mantener la adherencia (3). Según Karam Sh Naalweh et al., la percepción de la importancia de la adherencia tiene relación directamente proporcional a los resultados de adherencia a los tratamientos en hemodiálisis (2).

En el estudio realizado por Kara B. et al. se observa que tanto los pacientes que no se adhieren a la hemodiálisis como los que sí entienden el tratamiento como necesario e importante (21).

Difieren dos estudios analizados mencionando que aquellos pacientes cumplidores son más conscientes de las consecuencias de no seguir el tratamiento (1) y también tienen una percepción más realista de la progresión y cronicidad de la enfermedad que los que no siguen el tratamiento en hemodiálisis correctamente (3). Corroboran los resultados de Kara B. et al. los estudios de Christina Karamanidou et al., y Manar M et al. en los que se afirma que la relación entre la adherencia al tratamiento y la percepción de seriedad de la enfermedad también es positiva (1, 24). Por otro lado, Youngmee Kim et al. observan que la consciencia de enfermedad no ha demostrado una relación clara con los

resultados analíticos. Cabe destacar que los pacientes de mayor edad tienen mayor percepción de cronicidad de la enfermedad que los jóvenes (12).

Tanto pacientes adherentes como no adherentes a hemodiálisis muestran satisfacción con el cuidado recibido por el personal sanitario (21), aunque se ha observado que la percepción/visión de la causa de la enfermedad suele diferir entre paciente y profesional sanitario, lo que podría empeorar la relación interpersonal y, por ende, la adherencia al tratamiento del paciente (1).

Para los pacientes entrevistados, en la jerarquía de control de la adherencia al tratamiento tiene el primer lugar el control personal y en segundo lugar están el tratamiento y las recomendaciones médicas (1). A medida que el tiempo pasa, los pacientes se acostumbran más a su enfermedad y a la diálisis y mejora la adherencia, aunque la cronicidad de la enfermedad hace que algunos vean el futuro con una visión pesimista y/o de resignación. Todos los pacientes entrevistados admiten haberse saltado alguna recomendación a lo largo de su proceso de enfermedad, aquellas que consideraban menos importantes (1).

#### Percepciones sobre el tratamiento dietético y de restricción de líquidos en hemodiálisis:

El 95% de los pacientes entrevistados es consciente de la importancia de adherirse al tratamiento dietético y de la restricción de los líquidos que deben llevar a cabo. El 62% indica dificultad para adherirse a esta restricción, la mitad manifestando gran dificultad (12). Dos tercios de los pacientes entrevistados en el estudio de Youngmee Kim et al. manifiestan adherirse al tratamiento dietético al ser conscientes de su importancia porque conocen su enfermedad, pero a la mitad de los pacientes les resulta difícil, mayoritariamente por no poder resistir comer su comida favorita (12).

En el estudio de Kimberly Smith et al. se registran una serie de factores mencionados por los pacientes en entrevistas semi-estructuradas (14). Los mencionaré añadiendo la comparativa con otros estudios analizados que mencionan los mismos factores:

- *Factores psicológicos*: fueron los más mencionados en las entrevistas.
  - Barreras expresadas: falta de motivación, percepción de ineffectividad de las

técnicas de restricción usadas, creencia de que la diálisis soluciona la falta de adherencia a la restricción de fluidos, percepción de que la ingesta permitida es demasiado baja y también el hecho de que anteriores faltas de adherencia no han tenido consecuencias visibles para el paciente (14). En el estudio de Youngmee Kim et al. la adherencia al tratamiento dietético no ha demostrado correlación con los resultados de analíticas (12), hecho que enlazado con el estudio de Kimberly Smith et al. corrobora que la falta de consecuencias puede provocar un fallo en la adherencia del paciente al no percibir peligro para su salud.

La aceptación de enfermedad, percepción de la cronicidad y percepción cíclica de los tratamientos tiene relación con el aumento de peso intradiálisis en el estudio de Joseph Chilcot et al., indicativo de fallo en la adherencia a la restricción de líquidos recomendada (3), corroborando que los pacientes con una percepción más negativa de su enfermedad tienen mayor riesgo de no seguir el tratamiento dietético (12).

- Facilitadores expresados: consciencia de la importancia de la adherencia, creencias de responsabilidad personal hacia la propia restricción de fluidos, percepción de capacidad de auto-restricción. También tiene peso una mirada positiva ante la situación de enfermedad, un estilo de vida que facilite la restricción de fluidos, sentirse cómodo a la hora de preguntar a los profesionales sanitarios y disfrutar de haber conseguido los objetivos propuestos (14).

En el estudio realizado por Amani A Khalil et al., aproximadamente la mitad de los pacientes estudiados se sienten moderada o altamente satisfechos con su calidad de vida y tienen una percepción de importancia de su vida alta, siendo positivo para mejorar su adherencia dietética y a la restricción de la ingesta de líquidos (13).

*-Factores sociales:*

- Barreras expresadas: falta de soporte familiar, de amigos, del personal sanitario y de los compañeros de tratamiento. Ocasiones especiales como ir a comer con amigos, las vacaciones y seguir trabajando.

- Facilitadores: tener apoyo de la red social y familiar y de los profesionales de la salud, también el apoyo de los compañeros de diálisis y la religión en algunos



casos.

- *Conocimiento:*

- Barreras: falta de conocimiento por: falta de comprensión de los temas hablados hasta que ocurren y los pacientes experimentan las consecuencias, incapacidad de auto-educarse, uso de terminología técnica por parte del profesional sanitario.

- Facilitadores: el conocimiento es el más mencionado en las entrevistas como facilitador. Los pacientes ven de gran importancia conocer fisiología básica, en qué consiste la diálisis, saber de nutrición, de técnicas facilitadoras de adherencia, cómo medir el volumen de líquido que toman, cómo leer etiquetas y sobre los objetivos de restricción diarios, entre otros (14). Otro estudio menciona que no se considera relevante el nivel educativo con la adherencia al tratamiento dietético (12).

- *Auto-evaluación:*

- Barreras: falta de realización de autoevaluación como no poder/querer calcular el volumen de líquidos o sodio ingeridos o no tener en cuenta los objetivos a alcanzar.

- Facilitadores: los pacientes comentan la importancia de auto-evaluar su estado de retención de líquidos y del líquido y sodio ingeridos, así como conocer qué técnicas funcionan más en uno mismo para mejorar la adherencia.

- *Factores físicos y del medio ambiente:*

- Barreras expresadas: la más mencionada es la sed, aunque también se menciona la hipotensión entre diálisis y la necesidad de ingerir fluidos para solucionarla. Como factores relacionados con el medio ambiente se comentan el estar fuera de casa, el tiempo y su implicación en la asistencia a diálisis y la falta de medios económicos para acceder a la comida apropiada (14).

Este factor también es mencionado en el estudio de Youngmee Kim et al.: *“Mayores ingresos económicos mensuales están asociados a una mejor adherencia al tratamiento dietético.”* (12).

- Facilitadores: los mencionados son la saciedad temprana, algunas intolerancias alimentarias y el alivio de síntomas después de la hemodiálisis (14). Existe una



relación positiva entre la calidad alta de vida y adherencia al tratamiento, siendo esta directamente proporcional. Percibir la seriedad de la enfermedad también está relacionado directamente con la calidad de vida del paciente (24).

También se considera como facilitador un nivel económico alto, mencionado en el apartado anterior (12).

#### Percepciones sobre el **tratamiento farmacológico** en hemodiálisis:

Más de la mitad de los pacientes estudiados no son adherentes a la medicación según un cuestionario auto-evaluativo en el estudio realizado por Saurav Ghimirel et al. (9). Mayoritariamente los pacientes no perciben gran dificultad en asistir a las sesiones de diálisis y perciben la importancia de tomar el tratamiento farmacológico, aunque algunos (19,9%) sí manifestaron dificultades para seguirlo (sobre todo a causa de olvidos) (12).

La mayoría de dificultades identificadas están relacionadas con el paciente y son potencialmente modificables con métodos psicoeducacionales o cognitivos/comportamentales (9).

- **Facilitadores percibidos para una buena adherencia al tratamiento farmacológico:** los pacientes manifiestan como ayuda a seguir correctamente las prescripciones farmacológicas el conocimiento sobre los medicamentos prescritos, conocimiento de las consecuencias de la falta de adherencia, ser capaz de manejar correctamente la propia medicación, apoyo de una red social y familiar, una buena percepción de la relación con los profesionales de salud y del sistema sanitario y la ayuda recibida por el sistema de seguridad social (9). Tener pareja también resulta asociado a mayor adherencia al tratamiento farmacológico (12).

- **Barreras detectadas a la adherencia al tratamiento farmacológico:** son factores socio económicos tales como dificultad de acceso a los medicamentos, nivel de ingresos del paciente bajo, la baja severidad de los síntomas que padece el paciente, la presentación de los fármacos demasiado grande o con mal sabor, el desconocimiento sobre las acciones de éstos o los efectos secundarios que pueden causar (9).



## PERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES E DIÁLISIS PERITONEAL:

Se identifican tres estadios en el proceso de adherencia al régimen de diálisis terapéutico estudiado por Lai Wah Lam et al. (18):

- *Adherencia inicial*: los pacientes entrevistados mayoritariamente deciden seguir las instrucciones pactadas con los profesionales sanitarios tras recibir el diagnóstico, de un modo que podría encajar con el modelo paternalista (18). En el estudio de Sheila F. Twinn et al., aquellos pacientes entrevistados que llevan menos de tres años en tratamiento tienen mayor adherencia que aquellos que llevan más de tres años en él (22). Por otra parte, es posible que al recibir educación sanitaria estuvieran en estado de shock, como se ha mencionado en apartados anteriores, dada la cercanía del diagnóstico y no entendieran del todo correctamente las instrucciones del personal sanitario, por lo que es posible que fallen en algún aspecto del tratamiento (18).

- *Adherencia posterior*: en esta segunda fase los pacientes manifiestan que experimentan con los diferentes aspectos del tratamiento a través del ensayo-error para comprobar cómo afecta la falta de adherencia en cada uno de ellos. Si algún parámetro empeora, mejoran su adherencia al tratamiento para mejorarlo y volver a probar un periodo de tiempo después (18).

- *Adherencia a largo plazo*: esta última fase se caracteriza por la adquisición de una rutina por parte de los pacientes que normaliza el tratamiento. Por otra parte, ya conocen en qué aspectos prefieren seguir el tratamiento y en cuáles prefieren no adherirse (18). Los pacientes jóvenes muestran menor adherencia al tratamiento (22).

Tras entender las diferentes fases por las que pasa un paciente en diálisis peritoneal en cuanto a la adherencia a su tratamiento, vemos que perciben ciertas ventajas y desventajas:

La mayor **ventaja o facilitador de adherencia** percibida es realizar el tratamiento en casa, seguido del hecho de no necesitar acceso venoso para ello y poder evitar el dolor causado por su canalización (16). Sin embargo, sí necesitan cuidar del catéter peritoneal



y tienen riesgo a sufrir infecciones.

Las percepciones de propia actitud de promoción de salud, de autoestima personal y de soporte social y familiar son positivas para mantener una actitud buena en conductas de salud en pacientes en diálisis peritoneal (19).

En cuanto a **desventajas o barreras percibidas**, destacan el hecho de sentir el abdomen lleno de líquido de diálisis y el espacio que ocupan en casa los líquidos de diálisis necesarios, siendo mencionadas respectivamente por un 39% y 32% de los pacientes estudiados por Nidhi Sukull et al. (16). Se observa una asociación baja entre el ratio ventaja/desventaja bajo y mayor mortalidad.

Se asocian en este estudio las desventajas más votadas por más del 10% de los pacientes estudiados, y los resultados de mortalidad y el paso a hemodiálisis: en cuanto al resultado de fallo en la adherencia y paso a hemodiálisis, las desventajas más asociadas son el espacio que requieren los líquidos de diálisis peritoneal, el impacto y peso que tiene sobre la familia y la dificultad de mantener o buscar un trabajo.

La falta de espacio también la mencionan aquellos pacientes en hemodiálisis a los que se les propone el tratamiento en casa. Es posible que ver el líquido en casa y el espacio que ocupa sea un recuerdo diario de que padecen una enfermedad crónica. Este aspecto no debe ser positivo emocionalmente para el paciente y es normal que este problema sea tópico en pacientes que viven en lugares pequeños y también aquellos que comparten hogar con otras personas. También lo es en aquellos pacientes con prescripciones de volumen de líquido dializante mayores

En cuanto a la carga del tratamiento para los familiares del paciente, aquellos ratios bajos de ventajas/desventajas están relacionados con los pacientes que necesitan ayuda para preparar y realizar el tratamiento de diálisis peritoneal. Estos pacientes suelen marcar como mayor desventaja el hecho de que la carga de su enfermedad afecte a sus cercanos (16).

Mientras que poder optar a trabajar es una ventaja percibida por los pacientes en diálisis peritoneal, es posible que vean difícil mantener el trabajo comparando con la situación anterior a la necesidad de diálisis o incluso con la modalidad de tratamiento de hemodiálisis. Puede que esto se deba a que no esperan tener esta libertad al proponerles estas opciones de tratamiento. Algunos estudios demuestran que hay una mayor pérdida de trabajo en pacientes tratados con hemodiálisis si éstos se comparan con aquellos en diálisis peritoneal. Igualmente, cualquier paciente con necesidad de diálisis está sometido a restricciones que apuntan a que la ventaja de poder mantener el trabajo es más teórica que práctica (16).

Pedir realizar un cambio de tratamiento de diálisis peritoneal a hemodiálisis tiene mayor asociación con una visión negativa de la diálisis peritoneal que con una visión positiva de este tratamiento. Pasa lo mismo relacionado con padecer síntomas depresivos. Aquellos resultados de ratios ventajas/desventajas bajos están relacionados con el padecimiento de síntomas depresivos y concluyen en una visión más negativa de la diálisis peritoneal. Como se ha mencionado en los anteriores apartados, se demuestra relación entre síntomas depresivos y mortalidad elevada y mayor riesgo de peritonitis, ambos factores facilitadores del cambio a hemodiálisis y de falta de adherencia al tratamiento.

Aquellos pacientes en diálisis peritoneal realizada durante la noche mencionan más ventajas que desventajas en el tipo de tratamiento, siendo su ratio ventaja/desventaja muy cercano a 1 (0,76) (16).

En cuanto a los diferentes aspectos del tratamiento, aquellos pacientes tratados con diálisis peritoneal perciben mayoritariamente mejor adherencia al tratamiento farmacológico y la diálisis que a las restricciones de líquidos y recomendaciones dietéticas. El estudio de Sheila F. Twinn et al. indica que el sexo femenino suele adherirse más que el masculino a los tratamientos mencionados (22).

Constituye una gran limitación para esta revisión bibliográfica la escasez de estudios que consideran la percepción del tratamiento farmacológico y dietético en pacientes en diálisis peritoneal, comentada en conclusiones.

### **Conclusiones/implicaciones**

Según la literatura revisada el tipo de terapia recibida es una variable más dentro de la percepción de la adherencia, pero no se observan diferencias claras en la percepción de la adherencia al tratamiento entre los pacientes de ambas opciones de tratamiento. Sin embargo, sí que se observan similitudes entre los factores que mencionan los pacientes de ambas opciones de tratamiento como facilitadores o barreras en la adherencia al tratamiento farmacológico y dietético.

Los tratamientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal tienen aspectos negativos y positivos para diferentes tipos de pacientes: la hemodiálisis puede percibirse como liberadora para los pacientes por ayudar con algunos síntomas pre-diálisis y poder tomar alguna de las comidas prohibidas durante el tratamiento. Por otro lado, el mismo tratamiento puede verse como barrera a la adherencia al sufrir ciertos efectos secundarios negativos tras las sesiones, tener que evitar esfuerzos como cuidado de la fístula arterio-venosa o por preocupación de los pacientes sobre el funcionamiento del hemofiltro (1).

La diálisis peritoneal puede verse como restrictiva al tener que realizarse varias veces al día si el paciente recibe tratamiento diurno, en lugar de diálisis ambulatoria nocturna. También por tener que transportar el líquido si se viaja al ser gran cantidad (1). Puede ser una ventaja trabajar en estrategias de cuidado que minimicen los volúmenes necesarios dentro de lo posible, ya que es esencial que la falta de espacio no afecte a la adherencia al tratamiento pautado si el paciente intenta reducir el líquido necesario por falta de espacio.

Según la Asociación Española de Nefrología la dialisis peritoneal puede ser menos restrictiva que la hemodiálisis en el aspecto del tratamiento que concierne a disminuir la toma de líquidos. Esto se debe a que algunos pacientes conservan función renal residual, que, evaluándola junto a otros factores, puede permitir ingerir líquidos (25). Sin embargo, la limitación de estudios sobre este aspecto en diálisis peritoneal no me ha permitido compararlo en la revisión bibliográfica.



Se han identificado los factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente con insuficiencia renal crónica según su percepción. Sería interesante tenerlos en cuenta y, como enfermeras, saber detectar las barreras percibidas por los pacientes y actuar para mejorarlas. Es interesante combinar trabajo autónomo y multidisciplinar, dentro de lo posible, para conseguir mayor tasa de éxito en la adherencia.

No es tarea fácil abordar todas las esferas que engloban al paciente, pero esta revisión bibliográfica puede ser útil al unificar estudios de diferentes lugares del mundo que hablan de los factores percibidos por los pacientes en cuanto a su adherencia. Aún así, es necesario seguir investigando debido a encontrar limitación en el número de artículos mencionados, sobre todo que traten al diálisis peritoneal.

Es importante motivar al paciente a seguir su tratamiento para que note mejoría y satisfacción personal. Algunas maneras son aumentando su conocimiento de la enfermedad mediante educación sanitaria, aunque hace falta una mayor investigación para conseguir evidencia para estudiar la relación entre la adherencia y los conocimientos sobre el tratamiento y la enfermedad (20). Como enfermeras en una unidad de diálisis tenemos oportunidad de indagar con el paciente en los aspectos mencionados en este estudio al tener contacto periódico con los pacientes.

Muchas veces podemos encontrar factores que no son modificables o que no alcanzamos a abordar sólo con nuestra disciplina. En estas situaciones es esencial conocer las opciones interdisciplinarias de las que dispone nuestro paciente, otro ámbito interesante a unificar para futuros estudios.



## **Bibliografia**

1. Karamanidou C, Weinman J, Horne R. A qualitative study of treatment burden among haemodialysis recipients. *J Health Psychol.* 2014;19(4):556–69.
2. Naalweh KS, Barakat MA, Sweileh MW, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Zyoud SH. Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: A cross - Sectional study from Palestine. *BMC Nephrol.* 2017;18(1):1–9.
3. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *J Psychosom Res [Internet].* 2010;68(2):203–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.010>
4. Aspden T, Wolley MJ, Ma TM, Rajah E, Curd S, Kumar D, et al. Understanding barriers to optimal medication management for those requiring long-term dialysis: Rationale and design for an observational study, and a quantitative description of study variables and data. *BMC Nephrol [Internet].* 2015;16(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12882-015-0097-2>
5. Estrategia ERC Balears [Internet]. [cited 2021 May 16]. Available from: [https://www.senefro.org/contents/webstructure/Planes de Salud/Estrategia\\_ERC\\_Baleares.pdf](https://www.senefro.org/contents/webstructure/Planes_de_Salud/Estrategia_ERC_Baleares.pdf)
6. Kramer H. Diet and Chronic Kidney Disease. [cited 2021 May 16]; Available from: <https://doi.org/10.1093/advances/nmz011>.
7. Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica | Hospital Clínic Barcelona [Internet]. [cited 2021 May 16]. Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/insuficiencia-renal-cronica/tratamiento>
8. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [cited 2021 May 17]. Available from: <https://www.who.int/es>
9. Ghimire S, Castelino RL, Jose MD, Zaidi STR. Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: a qualitative study. *BMC Nephrol.* 2017;18(1):1–9.
10. Neri L, Martini A, Andreucci VE, Gallieni M, Rocca Rey LA, Brancaccio D. Regimen complexity and prescription adherence in dialysis patients. *Am J Nephrol.* 2011;34(1):71–6.
11. Griva K, Ng HJ, Loei J, Mooppil N, McBain H, Newman SP. Managing treatment for end-stage renal disease - A qualitative study exploring cultural



- perspectives on facilitators and barriers to treatment adherence. *Psychol Heal*. 2013;28(1):13–29.
12. Loscalzo DEHRCJ. Relationship between Illness Perceptions, Treatment Adherence, And Clinical Outcomes in Patients On Maintenance Hemodialysis. *Bone*. 2011;23(1):1–7.
  13. Khalil AA, Darawad M, Al Gamal E, Hamdan-Mansour AM, Abed MA. Predictors of dietary and fluid non-adherence in Jordanian patients with end-stage renal disease receiving haemodialysis: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2013;22(1–2):127–36.
  14. Smith K, Coston M, Glock K, A. Elasy T, A. Wallston K, T. Alp I, et al. Patient Perspectives on Fluid Management in Chronic Hemodialysis. *Bone*. 2008;23(1):1–7.
  15. Mckillop G, Joy J. Patients' experience and perceptions of polypharmacy in chronic kidney disease and its impact on adherent behaviour. *J Ren Care*. 2013;39(4):200–7.
  16. Sukul N, Zhao J, Fuller DS, Karaboyas A, Bieber B, Sloand JA, et al. Patient-reported advantages and disadvantages of peritoneal dialysis: Results from the PDOPPS. *BMC Nephrol*. 2019;20(1):1–10.
  17. Zawadzka B, Byrczek M, Zawadzka S. Temporal perspective and other psychological factors making it difficult to adapt to requirements of treatment in chronic dialysis patients. *Psychiatr Pol*. 2014;48(5):961–74.
  18. Lam LW, Lee DTF, Shiu ATY. The dynamic process of adherence to a renal therapeutic regimen: Perspectives of patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014;51(6):908–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.012>
  19. Wechpradit A, Thaiyuenwong J, Kanjanabuch T. Health promotion behaviors and related factors in end stage renal disease patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Med Assoc Thai*. 2011;94 Suppl 4:113–8.
  20. Clark S, Farrington K, Chilcot J. Nonadherence in dialysis patients: Prevalence, measurement, outcome, and psychological determinants. *Semin Dial*. 2014;27(1):42–9.
  21. B K, Chenitz, Michael F, A. J, SHEA. In-center haemodialysis attendance: Patient perceptions of risk, barriers, and recommendations. *Int Soc Hemodial* [Internet]. 2014; Available from: <https://www.ubu.es/biblioteca>

22. Lam LW, Twinn SF, Chan SWC. Self-reported adherence to a therapeutic regimen among patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Adv Nurs*. 2010;66(4):763–73.
23. Vélez-Vélez E, Bosch RJ. Illness perception, coping and adherence to treatment among patients with chronic kidney disease. *J Adv Nurs*. 2016;72(4):849–63.
24. Nabolsi MM, Wardam L, Al-Halabi JO. Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(1):1–10.
25. Sociedad Española de nefrología, Areta J et al. Guías de práctica clínica en diálisis Peritoneal S.E.N. Available from: [https://www.senefro.org/modules/webstructure/files/guas\\_de\\_dilisis\\_peritoneal.pdf?check\\_idfile=1173](https://www.senefro.org/modules/webstructure/files/guas_de_dilisis_peritoneal.pdf?check_idfile=1173).

**Anexo 1:**

<b>Cod. Interno: 1 → Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross – sectional study from Palestine.</b>	
Año publicación	2017
Autor principal	Karam Sh. Naalweh, Mohammad A. Barakat, Moutaz W. Sweileh, Samah W. Al-Jabi, Waleed M. Sweileh and Sa'ed H. Zyoud.
Lugar	Palestina
Fecha recolección de datos	Verano 2016
Inclusión de casos	An-Najah National University Hospital
Sujetos de estudio	Pacientes que requieren hemodiálisis
Fuente de datos	End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ), niveles de potasio y fosfato pre-diálisis, peso intradiálisis.
Tamaño muestral	220 pacientes
Rango de edades	>18 años.
Nivel de evidencia*	2+.

\*Escala SIGN para diseños cuantitativos o clasificación de Gálvez Toro para diseños cualitativos.

<b>Cod. Interno: 2 → Regimen Complexity and Prescription Adherence in Dialysis Patients</b>	
Año publicación	2011
Autor principal	Luca Neri, Alma Martini, Vittorio E. Andreucci, Maurizio Gallieni, Lisa Allegra Rocca Rey, Diego Brancaccio, MigliorDialisi Study Group .
Lugar	Italia
Fecha recolección de datos	2010
Inclusión de casos	54 centros de hemodiálisis en Italia.
Sujetos de estudio	Pacientes en hemodiálisis >6 meses
Fuente de datos	Cuestionario auto-evaluativo. Datos clínicos de los pacientes facilitados por el personal sanitario con el consentimiento de los pacientes.
Tamaño muestral	1238 pacientes
Rango de edades	> 18 años
Nivel de evidencia	2+.

<b>Cod. Interno: 3 → Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients.</b>	
Año publicación	2010
Autor principal	Joseph Chilcot, David Wellsted, Ken Farrington.
Lugar	Reino Unido
Fecha recolección de datos	2009
Inclusión de casos	Service of the East an North Hertforshire Trust.
Sujetos de estudio	Pacientes en hemodiálisis adultos
Fuente de datos	Cuestionario demográfico, IPQ-R, Karofsky Performance Score, parámetros clínicos, Beck Depression Inventory.
Tamaño muestral	99 pacientes
Rango de edades	>18 años
Nivel de evidencia	2+.

<b>Cod. Iterno: 4 → Temporal perspective and other psychological factors making it difficult to adapt to requirements of treatment in chronic dialysis patients.</b>	
Año publicación	2014
Autor principal	Barbara Zawadzka, Magdalena Byrczek, Sara Zawadzka.
Lugar	Cracovia
Fecha recolección de datos	2014
Inclusión de casos	Department of Nephrology of the Jagiellonian University Medical College
Sujetos de estudio	Pacientes en tratamiento crónico de hemodiálisis.
Fuente de datos	P. Zimbardo and J. Boyd ZTPI test; P.T. Costa and R.R. McCrae NEO-FFI Inventory; J. Strelau Temperament Inventory, R. Schwarzer GSES; M. F. Scheier; C. S. Carver and M. W. Bridges LOT-R; M. Watson and S. Greer CECS; BJ. Felton, TA. Revenson, GA. Hinrichsen AIS.
Tamaño muestral	61 pacientes
Rango de edades	23-81 años
Nivel de evidencia	2+.

<b>Cod. Interno: 5 → A qualitative study of treatment burden among haemodialysis recipients .</b>	
Año publicación	2014
Autor principal	Christina Karamanidou, John Weinman, Rob Horne.
Lugar	Londres
Fecha recolección de datos	2013
Inclusión de casos	Unidad Renal Satélite en un hospital de Londres.
Sujetos de estudio	Pacientes en tratamiento farmacológico, hemodiálisis y restricciones dietéticas y de ingesta de líquidos.
Fuente de datos	Escala IPA de Osborn y Smith.
Tamaño muestral	7
Rango de edades	32 - 68 años
Nivel de evidencia	Nivel II-2.

<b>Cod . Interno: 6 → The dynamic process of adherence to a renal therapeutic regimen: Perspectives of patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis.</b>	
Año publicación	2013
Autor principal	Lai Wah Lam, Diana T.F. Lee, Ann T.Y. Shiu
Lugar	Hong Kong
Fecha recolección de datos	2012
Inclusión de casos	Pacientes recibiendo tratamiento de diálisis peritoneal en hospital regional de Hong Kong
Sujetos de estudio	Pacientes en diálisis peritoneal.
Fuente de datos	Entrevistas semi-estructuradas.
Tamaño muestral	111
Rango de edades	35 – 76 años
Nivel de evidencia	II-1

**Cod . Interno: 7 → Understanding barriers to optimal medication management for those requiring long-term dialysis: rationale and design for an observational study, and a quantitative description of study variables and data .**

Año publicación	2015
Autor principal	Trudi Aspden, Martin J Wolley, Tian M Ma et al.
Lugar	Nueva Zelanda
Fecha recolección de datos	2013-2014
Inclusión de casos	Counties Manukau District Health Board (CMDHB) en Auckland, Nueva Zelanda
Sujetos de estudio	Pacientes con fallo renal crónico en tratamiento de diálisis.
Fuente de datos	Morisky 8-Item Medication Adherence Scale (MMAS-8). Datos demográficos, clínicos, sociales y psicométricos, mediante: health literacy screening questions, Medication Knowledge Evaluation Tool (Okuyan et al.), Beliefs about Medication Questionnaire (Horne et al.), Brief Illness Perception Questionnaire (Broadbent et al.).
Tamaño muestral	100
Rango de edades	> 18 años
Nivel de evidencia	2+.

**Cod . Interno: 8 → Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: a qualitative study.**

Año publicación	2017
Autor principal	Saurav Ghimire, Ronald L. Castelino, Matthew D. Jose and Syed Tabish R. Zaidi
Lugar	Hobart, Australia
Fecha recolección de datos	2015
Inclusión de casos	Pacientes de la unidad de diálisis del hospital de Hobart, Australia.
Sujetos de estudio	Pacientes mayores de edad (>18) angloparlantes en tratamiento de hemodiálisis
Fuente de datos	4-item Morisky Green Levine scale,
Tamaño muestral	30
Rango de edades	44 – 84 años
Nivel de evidencia	II.2

<b>Cod . Interno: 9 → Health Promotion Behaviors and Related Factors in End Stage Renal Disease Patients Treated with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis .</b>	
Año publicación	2011
Autor principal	Apinya Wechpradit RN, Jutiporn Thaiyuenwong RN, MBA, Talerngsak Kanjanabuch MD
Lugar	Tailandia
Fecha recolección de datos	Julio y agosto de 2010
Inclusión de casos	Pacientes de la unidad de diálisis del hospital de Udonthani
Sujetos de estudio	Pacientes mayores de edad , cooperadores, independientes y en tratamiento de diálisis peritoneal >6 meses.
Fuente de datos	Questionnaires of Pender, Escala Bloom, Chi-square and Fisher exact tests y Pearson correlation test.
Tamaño muestral	90
Rango de edades	>18 años
Nivel de evidencia	2+.

<b>Cod . Interno: 10 → Nonadherence in Dialysis Patients: Prevalence, Measurement, Outcome, and Psychological Determinants.</b>	
Año publicación	2013
Autor principal	Sarah Clark, Ken Farrington, Joseph Chilcot
Lugar	Reino Unido
Fecha recolección de datos	2013
Inclusión de casos	Pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis
Sujetos de estudio	
Fuente de datos	Dialysis Diet and Fluid Non-adherence Questionnaire (DDFQ), Renal Adherence Behaviour Questionnaire (RABQ), Renal Adherence Attitudes Questionnaire (RAAQ) y Fluid Intake Appraisal Inventory (FAI). Parámetros biomédicos y fisiológicos (niveles de fosfato sérico, urea en sangre, ganancia de peso intradiálisis, niveles séricos de potasio.
Tamaño muestral	
Rango de edades	>18 años
Nivel de evidencia	3

<b>Cod . Interno: 11 → In-center hemodialysis attendance: Patient perceptions of risks, barriers, and recommendations.</b>	
Año publicación	2014
Autor principal	Kara B., CHENITZ, Michael Fernando, Judy A., SHEA
Lugar	Estados Unidos, Pennsylvania, Philadelphia
Fecha recolección de datos	Julio 2012 – Enero 2013
Inclusión de casos	Cuatro centros de hemodiálisis de Philadelphia
Sujetos de estudio	Pacientes con >18 años, angloparlantes en tratamiento de hemodiálisis >6 meses
Fuente de datos	Entrevistas semi-estructuradas
Tamaño muestral	414
Rango de edades	>18 años
Nivel de evidencia	II.2

<b>Cod . Interno: 12 → Self-reported adherence to a therapeutic regimen among patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis.</b>	
Año publicación	2010
Autor principal	Lai Wah Lam, Sheila F. Twinn y Sally W.C. Chan
Lugar	Hong Kong
Fecha recolección de datos	2005
Inclusión de casos	Unidad renal en el hospital general regional de agudos en Hong Kong
Sujetos de estudio	Pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal capaces de comunicarse en Cantonés
Fuente de datos	Dialysis diet and fluid non-adherence questionnaire (DDFQ) de Vlamincx et al. (2001) adaptada, entrevistas semiestructuradas
Tamaño muestral	175
Rango de edades	> 18 años
Nivel de evidencia	II.2

<b>Cod . Interno: 13 → Illness perception, coping and adherence to treatment among patients with chronic kidney disease.</b>	
Año publicación	2016
Autor principal	Esperanza Vélez-Vélez y Ricardo J. Bosch
Lugar	Madrid, España.
Fecha recolección de datos	Setiembre 2010 – enero 2012
Inclusión de casos	Pacientes en unidad de hemodiálisis en Madrid
Sujetos de estudio	Pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis >1 año que comprendan el Español y capaces de completar los cuestionarios.
Fuente de datos	Datos socio-demográficos, Illness Perception Questionnaire revisado, Cuestionario de Afrontamiento del Estrés y escala Morisky–Green para estudiar la adherencia.
Tamaño muestral	135
Rango de edades	> 18 años
Nivel de evidencia	2+.

<b>Cod . Interno: 14 → Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis.</b>	
Año publicación	2015
Autor principal	Manar M Nabolsi, Lina Wardam, Jehad O Al-Halabi.
Lugar	Jordania
Fecha recolección de datos	2013
Inclusión de casos	Cuatro hospitales , 2 públicos y 2 privados de Jordania, Amman que realizan tratamientos de hemodiálisis.
Sujetos de estudio	Pacientes diagnosticados de fallo renal mayores de 18 años en tratamiento de diálisis > 6 meses. Deben ser capaces de comunicarse verbalmente.
Fuente de datos	Cuestionarios auto-administrados con información demográfica, información clínica , adherencia al tratamiento las 2 últimas semanas. Ferrans and Powers Quality of Life Index—Dialysis Version III (QLI-DVIII) y Beck Depression Inventory (BDI-II).
Tamaño muestral	244
Rango de edades	> 18 años
Nivel de evidencia	2+.

**Cod . Interno: 15 → Managing treatment for end-stage renal disease – A qualitative study exploring cultural perspectives on facilitators and barriers to treatment adherence.**

Año publicación	2012
Autor principal	K. Griva, H.J. Ng, J. Loei, N. Mooppil, H. McBain, S.P. Newman
Lugar	Singapore
Fecha recolección de datos	2009
Inclusión de casos	Cinco centros de diálisis en Singapore
Sujetos de estudio	Pacientes Chinos, Indios y Malayos en tratamiento de hemodiálisis > 6 meses
Fuente de datos	Entrevistas semi-estructuradas
Tamaño muestral	67
Rango de edades	>21 años
Nivel de evidencia	2+.

**Cod . Interno: 16 → Relationship between Illness Perceptions, Treatment Adherence, And Clinical Outcomes in Patients On Maintenance Hemodialysis.**

Año publicación	2010
Autor principal	Youngmee Kim, PhD, RN, FNP-C, Lorraine S. Evangelista, PhD, RN
Lugar	Los Ángeles, California
Fecha recolección de datos	Agosto 2008 – Enero 2009
Inclusión de casos	Ocho centros de diálisis en Los Ángeles, California
Sujetos de estudio	Pacientes diagnosticados de fallo renal en tratamiento de hemodiálisis > 3 meses 3 veces por semana, independientes, con casa. Debe ser capaz de dar consentimiento informado y hablar y comprender Español, Inglés o Coreano
Fuente de datos	Revised Illness Perception Questionnaire (IPQR), dimensión de Identidad. Y End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ)
Tamaño muestral	151
Rango de edades	> 18 años
Nivel de evidencia	2+.

<b>Cod . Interno: 17 → Predictors of dietary and fluid non-adherence in Jordanian patients with end-stage renal disease receiving haemodialysis: a cross-sectional study.</b>	
Año publicación	2012
Autor principal	Amani A Khalil, Muhammad Darawad, Eklas Al Gamal, AymanMHamdan-Mansour y Mona A Abed
Lugar	Jordania
Fecha recolección de datos	-
Inclusión de casos	Tres centros de diálisis de Jordania en las ciudades de Amman, Zarqa y Irbid
Sujetos de estudio	Pacientes co fallo renal en hemodiálisis
Fuente de datos	Dialysis diet and fluid nonadherence questionnaire, Beck Depression Inventory-II, Quality Of Life Index, Dialysis Patient-Perceived Exercise Benefits and Barriers Scale y Multidimensional Perceived Social Support
Tamaño muestral	190
Rango de edades	> 18 años
Nivel de evidencia	2+.

<b>Cod . Interno: 18 → Patient Perspectives on Fluid Management in Chronic Hemodialysis.</b>	
Año publicación	2010
Autor principal	Kimberly Smith, MD, Melinda Coston, BA, Kimberly Glock, BS, Tom A. Elasy, MD MPH, Kenneth A. Wallston, PhD, T. Alp Ikizler, MD, and Kerri L. Cavanaugh, MD MHS.
Lugar	Nashville
Fecha recolección de datos	Febrero – Abril 2008
Inclusión de casos	Dos centros de hemodiálisis en Nashville
Sujetos de estudio	Pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis
Fuente de datos	Entrevistas de respuesta abierta
Tamaño muestral	19
Rango de edades	> 18 años
Nivel de evidencia	II.2.

<b>Cod . Interno: 19 → Patients' Experience and Perceptions of Polypharmacy in Chronic Kidney Disease and Its Impact on Adherence Behaviour.</b>	
Año publicación	2013
Autor principal	Gus McKillop, Jane Joy
Lugar	Reino Unido
Fecha recolección de datos	Marzo y mayo de 2012
Inclusión de casos	Clínicas de nefrología en el Reio Unido
Sujetos de estudio	Pacientes con insuficiencia renal
Fuente de datos	Entrevistas semi-estructuradas
Tamaño muestral	10
Rango de edades	28 – 82 años
Nivel de evidencia	II-3.

<b>Cod . Interno: 20 → Patient-reported advantages and disadvantages of peritoneal dialysis: results from the PDOPPS.</b>	
Año publicación	2019
Autor principal	Nidhi Sukul, Junhui Zhao, Douglas S. Fuller, Angelo Karaboyas et al.
Lugar	Internacional
Fecha recolección de datos	2014 - 2017
Inclusión de casos	Centros en los que se
Sujetos de estudio	Pacientes mayores de edad recibiendo tratamiento de diálisis peritoneal
Fuente de datos	Especificadas en el “Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study Program”.
Tamaño muestral	2760
Rango de edades	> 18 años
Nivel de evidencia	2++.