



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO DEPARTAMENTO DE
INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**PROYECTO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

TÍTULO DEL PROYECTO

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE MODALIDAD
DE DIÁLISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA. HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON 2018-2019.**

Autora:

LCDA. MARIELA DEL ROCIO ACEBO MURILLO

Tutor:

MSC. FANNY ELSA VERA LORENTI, PHD.

Milagro, 2019

Ecuador

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

En mí calidad de Tutor en el nivel de Post-grado de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro, nombrado por las autoridades de la misma para dirigir la presente tesis.

CERTIFICO QUE:

He tutorado y analizado el Proyecto y los resultados de la investigación, presentado en el Informe Final del trabajo investigativo, sobre: **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE MODALIDAD DE DIÁLISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. 2018 - 2019**, presentado por el Lcda. Mariela del Rocío Acebo Murillo, como requisito previo, para su aprobación, y optar al grado de Máster en Salud Pública.

Milagro, julio de 2021

Msc. Fanny Elsa Vera Lorenti, PhD.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo **LCDA. MARIELA ACEBO MURILLO**, autor de esta investigación declaro ante el Consejo Directivo Departamento de Investigación y Postgrado de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado sobre **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCION DE MODALIDAD DE DIÁLISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. 2018 - 2019**, es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en sutotalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro Título o Grado de una institución nacional o extranjera.

Milagro, agosto del 2019



Lcda. Mariela del Rocío Acebo Murillo

CI: 1307096634

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR, previo a la obtención del título de Máster en Salud Pública, otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTIFICA	[59.33]
DEFENSA ORAL	[37]
TOTAL	[96.33]
EQUIVALENTE	[EXCELENTE]



Firmado electrónicamente por:

**FANNY
ELSAVERA**

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:

**MARIANA DE JESUS
LLIMAICO NORIEGA**

PROFESOR DELEGADO



Firmado electrónicamente por:

**DOLORES GUADALUPE
SALDARRIAGA JIMENEZ**

PROFESOR SECRETARIO

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo, se lo dedico primero a Dios por darme la fortaleza necesaria y ser mi guía en esta etapa estudiantil ayudándome a alcanzar una meta más en mi vida profesional.

A mis hijos y esposo por apoyarme, emocionalmente en todo momento, donde hubo obstáculos, a mis compañeras y colegas que siempre estuvieron colaborando con sus conocimientos para continuar esta trayectoria, igualmente a los docentes que compartieron sus conocimientos, actuando como nuestros guías para alcanzar nuestro objetivo.

Lcda. Mariela Acebo Murillo

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por ser mi roca y fortaleza durante esta trayectoria de preparación profesional como salubrista.

A mi querido hijo Jersson Cruz quien fue mi apoyo incondicional durante estos dos años de estudio.

A las Autoridades del Departamento de Investigación y Postgrado de la Universidad de Milagro, a los Docentes y mi tutora de proyecto quien con su paciencia, conocimiento y experiencia hizo realidad la elaboración de esta tesis.

También agradezco al área de Docencia del Hospital de Especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón” por permitir realizar mi estudio investigativo.

Lcda. Mariela Acebo Murillo

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Señor Doctor:

Jorge Fabricio Guevara Viejó

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derechos de Autor, del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Cuarto Nivel, cuyo tema fue: **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCION DE MODALIDAD DE DIÁLISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. 2018 - 2019** y que corresponde al Departamento de Investigación y Postgrado de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, noviembre del 2019



Lcda. Mariela Del Rocío Acebo Murillo

CI: 1307096634

Índice

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	III
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO	VI
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	VII
RESUMEN	XI
SUMMARY	XII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I	5
EL PROBLEMA.....	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1. Problematización.....	5
1.2. Delimitación del Problema:	5
1.3. Formulación del problema:	11
1.4. Sistematización del problema.....	11
1.5. Determinación del tema	11
2. OBJETIVOS	12
2.1. Objetivos General	12
2.2. Objetivos específicos.	12
3. JUSTIFICACIÓN	13
CAPITULO II	16
MARCO REFERENCIAL.....	16
1. Marco teórico	16
1.1. Antecedentes históricos.....	16
1.2. Antecedentes referenciales.....	20
1.3. Fundamentación	24
2. Marco legal	38

3. Marco conceptual	42
4. HIPÓTESIS Y VARIABLES	46
4.1. Hipótesis general	46
4.2. Hipótesis Particulares.....	46
4.3. Declaración de variables	46
4.4. Operacionalización de las variables.....	47
CAPITULO III	49
MARCO METODOLÓGICO	49
1. Tipo y diseño de investigación.....	49
2. La población y la muestra.....	51
2.1. Características de la población.....	51
2.2. Delimitación de la población	51
2.3. Tipo de muestra.....	51
2.4. Tamaño de la muestra.....	52
2.5. Proceso de selección.....	53
3. LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS.....	53
3.1. Métodos teóricos.....	53
3.2. Métodos empíricos.....	54
3.3. Técnicas e instrumentos	54
3.4. Consideraciones Éticas.....	55
4. Procesamiento estadístico de la información.....	56
CAPITULO IV	57
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	57
1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	57
2. ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS	76
4.4 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	78
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES	82
CAPITULO V.....	84

PROPUESTA	84
1. TEMA	84
2. FUNDAMENTACIÓN	84
3. JUSTIFICACIÓN	86
4. OBJETIVOS	88
4.1. Objetivo General de la propuesta	88
4.2. Objetivos Específicos de la propuesta	88
5. UBICACIÓN	89
6. FACTIBILIDAD	90
7. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	90
7.1. Actividades	90
7.2. Recursos, Análisis Financiero	91
7.3. Impacto	93
7.4. Cronograma	94
7.5. Lineamiento para evaluar la propuesta	95
REFERENCIAS	96
ANEXOS	106

Índice de gráficos

Grafico 1 Distribucion porcentual segun genero.....	57
Grafico 2 Distribución porcentual según edad.....	59
Grafico 3 Distribución porcentual según lugar de residencia.....	60
Grafico 4 Distribución porcentual según nivel de educación.....	61
Grafico 5 Distribución porcentual según Ocupación.....	62
Grafico 6 Distribución según conocimiento sobre lo que es la Diálisis.....	63
Grafico 7 Distribución sobre conocimiento de las modalidades de Diálisis	64
Grafico 8 Distribución según conocimiento necesario para tomar la decisión de Diálisis	65
Grafico 9 Distribución según conocimiento sobre que es la Hemodiálisis	66
Grafico 10 Distribución según conocimiento sobre que es la Diálisis Peritoneal	67
Grafico 11 Distribución según causas de la Insuficiencia Renal Crónica.....	68
Grafico 12 Distribución según tiempo del especialista en explicar el tratamiento Dialítico.....	69
Grafico 13 Distribución según información necesaria para la toma de decisión del tratamiento.....	70
Grafico 14 Distribución según la decisión del tratamiento Dialítico	71
Grafico 15 Distribución según tipo de acceso vascular que utiliza.....	72
Grafico 16 Distribución según si tiene apoyo de la familia	73
Grafico 17 Distribución según el tiempo que lleva en Diálisis	74
Grafico 18 Distribución según la modalidad que realiza.....	75

Índice de tablas

Tabla 1 Distribucion porcentual segun genero	57
Tabla 2 Distribución porcentual según edad	59
Tabla 3 Distribución porcentual según lugar de residencia	60
Tabla 4 Distribución porcentual según nivel de educación	61
Tabla 5 Distribución porcentual según Ocupación	62
Tabla 6 Distribución según conocimiento sobre lo que es la Diálisis	63
Tabla 7 Distribución sobre conocimiento de las modalidades de Diálisis.....	64
Tabla 8 Distribución según conocimiento necesario para tomar la decisión de Diálisis	64
Tabla 9 Distribución según conocimiento sobre que es la Hemodiálisis	66
Tabla 10 Distribución según conocimiento sobre que es la Diálisis Peritoneal	67
Tabla 11 Distribución según causas de la Insuficiencia Renal Crónica.....	68
Tabla 12 Distribución según tiempo del especialista en explicar el tratamiento Dialítico	69
Tabla 13 Distribución según información necesaria para la toma de decisión del tratamiento.....	70
Tabla 14 Distribución según la decisión del tratamiento Dialítico.....	71
Tabla 15 Distribución según tipo de acceso vascular que utiliza.....	72
Tabla 16 Distribución según si tiene apoyo de la familia	73
Tabla 17 Distribución según el tiempo que lleva en Diálisis	74
Tabla 18 Distribución según la modalidad que realiza	75
Tabla 19 Materiales a utilizar para capacitación.....	91
Tabla 20 Recursos Humanos	92
Tabla 21 Recursos Financieros	92
Tabla 22 Cronograma de actividades para la propuesta	94

RESUMEN

A nivel mundial la Enfermedad Renal Crónica, actualmente es una problemática de Salud Pública provocada por la creciente prevalencia y morbimortalidad asociada; pues existen miles de pacientes que al año se incorporan a un tratamiento de terapia de sustitución renal y la elección a una de las modalidades de diálisis no siempre los paciente la seleccionan con criterio adecuado por lo que el **Objetivo** del estudio investigativo es, determinar los factores que influyen para la elección de modalidad de Diálisis en pacientes con problemas renales crónicos atendidos en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón; para ello se aplicó una **Metodología** que responde a un enfoque cuantitativo, descriptivo-deductivo, de diseño no experimental de corte transversal, seleccionando una población de 500 pacientes que ingresaron al área de nefrología; eligiendo una muestra de 95 pacientes; considerándosela amplia y adecuada para analizar los objetivos planteados; los **resultados** obtenidos son relevantes por que se aplicó un cuestionario validado por expertos con preguntas abiertas, proporcionando los siguientes datos: en relación al sexo se afectan en porcentajes similares con esta patología con un 50%; en cuanto a la Edad los más afectados corresponde al rango entre 50 y 80 años con el 64%; según su procedencia el 79% provienen de áreas urbanas; luego el 82% de los pacientes desconocen lo que es el tratamiento Dialítico; un 85% no conocen las modalidades de diálisis que existen y por último más del 90% de los pacientes admiten tener poco o ningún conocimiento para tomar una decisión del tratamiento a seleccionar. **Concluyéndose** que la causa más relevante en torno a la capacidad de los pacientes para decidir sobre su terapia dialítica es inherente a la información que poseen sobre esta, para esto se propone un programa de información integral como salida a la causa fundamental detectada.

Palabras Clave: Insuficiencia renal, Hemodiálisis, Terapia Renal.

SUMMARY

Globally, Chronic Kidney Disease has become a Public Health problem due to the increasing prevalence and associated morbidity and mortality; As there are miles of patients who annually incorporate a renal replacement therapy treatment and the choice to one of the modalities of analysis, patients do not always select the appropriate criteria, so the objective of the research study is to determine the factors that influences the criteria for initiating the treatment of the Dialysis methodology in patients with chronic kidney problems treated at the Dr. Abel Gilbert Pontón Hospital; For this, a methodology was applied that responds to a quantitative, descriptive-deductive approach, a non-experimental cross-sectional design, selecting a population of 500 patients who entered the nephrology area; choosing a sample of 95 patients; considering it broad and adequate to analyze the objectives set; the results obtained are relevant, so a questionnaire validated by experts with open questions is applied, the following data: in relation to sex, 50% are affected in similar percentages with this pathology; in terms of age, the most affected correspond to the range between 50 and 80 years with 64%; according to their origin 79% come from urban areas; then 82% of patients do not know what the Dialytic treatment is; Up to 85% of patients are not aware of making a decision about the treatment to be selected. Concluding that the most relevant cause around the patients' ability to decide on their dialysis therapy is inherent in the information they have about it, it proposes an information guide for patients who are going to start dialysis treatments as the way out. Fundamentally detected.

Keywords: Renal impairment, Hemodialysis, Renal Therapy.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC), es la cuarta causa de mortalidad en nuestro país, convirtiéndose así en un problema perteneciente a la Salud Pública, debido a la alta incidencia, predominancia y costos elevados en la atención de salud, y también por su morbimortalidad, que va en aumento, cabe indicar que el tratamiento de hemodiálisis se realiza tres veces por semana de 12 a 14 sesiones mensuales por paciente en un centro especializado y el de diálisis peritoneal es un procedimiento que se lo realiza diariamente los siete días de la semana en su domicilio, es así que esta enfermedad crece en un 10% cada año a nivel mundial.

Para los pacientes con insuficiencia renal crónica debe estar presente un proceso de interacción continua entre el equipo asistencial, el paciente y la familia, esto con el propósito de ofrecer toda la información necesaria sobre cuidados para desarrollar una evaluación global del caso y así realizar de forma compartida la elección del tipo de tratamiento sustitutivo, donde las principales elecciones son: hemodiálisis, diálisis peritoneal y también trasplante renal.

La insuficiencia renal aguda, “está definida como la pérdida de función del riñón”, la cual puede ser provocada por causas variables que, “van desde la automedicación, hasta la infección”. Esta patología mantiene una alta tasa de morbilidad, y por consiguiente, mortalidad entre aquellos candidatos que se encuentran en cuidados intensivos; para el tratamiento de esta patología se opta por la protección renal en los pacientes, hasta la sustitución de manera artificial de las funciones del riñón lesionado.

Por lo anteriormente expresado, actualmente la terapia de sustitución renal sigue siendo utilizada como soporte, ofreciendo mayor estabilidad a aquellos pacientes que se encuentran críticos; para cumplir ello se comentarán conceptos e indicaciones relacionadas a la enfermedad renal, así como el método de programación.

Los pacientes, con IRC. Que por su condición de salud llegan a requerir tratamiento de la diálisis, se enfrentan a un drama que comienza con la propia aceptación del término, que desde el inicio resulta, adverso, ajeno y hasta agresivo. Una cosa es escucharlo o leerlo como noticia, referido a terceros, y otro asunto, asumir que el protagonista de esto es uno mismo.

Y es a partir de este momento que comienza el paciente a abstraer toda su corta o densa literatura e imaginar o prever cómo será su historia particular al verse inmerso en dicho tratamiento. Sin embargo, no solo la parte médica es responsable de esta decisión, la postura del paciente, su disposición y su aceptación de enfrentar un proceso que cambiara completamente su vida, tal cual es antes de asumir este nuevo proceso.

En este contexto es también importante considerar, que además de la contraposición que pudiera advertirse entre el nefrólogo y el paciente en cuanto al momento de iniciar el proceso de diálisis, es necesario advertir que, en esta cruzada, conviven y protagonizan esta decisión varios grupos de personas. Por ello, el profesional de enfermería del área nefrológica, debe asegurarse de que el paciente en la etapa pre-diálisis disponga del adecuado cuidado enfermero y reciba la información adecuada sobre el tratamiento y el proceso de toma de decisiones, ya que preparar al paciente oportunamente para afrontar adecuadamente su enfermedad, puede evitar complicaciones y aminorar la ansiedad para la adaptación de la futura vida del paciente en la diálisis.

Este estudio científico, pretende determinar y cuantificar los diversos factores que influyen en la elección de la hemodiálisis como una alternativa para prolongar la vida, tratando con ella el padecimiento renal que se sufre y así gestar y desarrollar en los pacientes y sus familias, los conocimientos necesarios para una toma de decisión y seleccionar la terapia dialítica más conveniente y efectiva; en tanto que esto, afectara radicalmente su estilo de vida que es fundamental y apremiante, que su futuro este signado por un nivel de vida de calidad, por lo que este estudio se desarrolla siguiendo la siguiente estructura

El capítulo I, descripción del problema, se incluye el enunciado, formulación, justificación y objetivos pertenecientes al problema.

Capítulo II, pertenece al marco teórico, en este capítulo se incluyen los antecedentes del estudio a nivel mundial, donde se toman en cuenta hipótesis, variables y Operacionalización que se realizaron en los estudios anteriores.

El capítulo III, correspondiente a los aspectos metodológicos, diseño de investigación, estudio de la población y el muestreo, además se señalan las técnicas e instrumentos usados en este estudio.

En el capítulo IV, se presentan, analizan e interpretan de resultados de la investigación, lo que dará como resultado las conclusiones y recomendaciones que se deben seguir para completar el estudio.

Capítulo V, se presentara la propuesta de la investigación, lo que complementara el enunciado anterior donde se evaluarán los resultados.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Problematicación

Según datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la enfermedad renal crónica (ERC), constituye un problema creciente de salud en Latinoamérica y en nuestro país; existen factores desencadenantes que permiten la progresión de esta enfermedad como la Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión arterial (HTA), enfermedades autoinmunes, que se han vuelto patologías con una tendencia creciente en los últimos años, por lo que cada vez son más personas que padecen ERC, que lamentablemente progresa a un estadio avanzado, requiriendo tratamiento sustitutivo renal (TSR), el mismo que por su complejidad tiene un impacto a nivel social, económico y sanitario; moviliza gran cantidad de recursos económicos, humanos, requiere apoyo familiar y social; motivo por el que este tema debe ser investigado

La enfermedad renal crónica (ERC), es una patología muy prevalente y supone un impacto económico, social y personal elevado. En Estados Unidos, casi un 25% de la población mayor de 60 años padecía ERC en 2016, según el estudio del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). Esto supone un incremento de más de un 5% en menos de 10 años. En este mismo país a finales del año 2019, alrededor de 871,000 personas estaban en tratamiento por ERC.

Un estudio Epidemiológico de la Insuficiencia Renal en España (EPIRCE), realizado en el 2016, un 10% de la población padecía algún grado de ERC, lo que supone que hay casi 5 millones de personas con esta patología. Según este mismo estudio, un 6,8% de la población había alcanzado ya los estadios 3 a 5 de IRC.

Las cifras de pacientes que reciben Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) varían mucho

de un país a otro. Las más altas se encuentran en Portugal y Grecia con 230 y 216 personas por millón de habitante respectivamente y las más bajas en Montenegro y Ucrania con apenas 30 personas por millón de habitante. Otros países como Francia (con 159 personas por millón de habitante) o Inglaterra, (110 personas por millón de habitante), tienen también un gran número de pacientes que precisan TRS debido a su enfermedad renal.

El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es un buen ejemplo para análisis. En la actualidad, la institución tiene registrados poco más de 60 mil enfermos en terapia sustitutiva, 25 mil de los cuales (41.7%) están en un programa de hemodiálisis y alrededor de 35 mil reciben servicios de diálisis peritoneal (58.3%)", con lo consabido altos costos sanitarios.

En cuanto a la repercusión de la enfermedad renal crónica; hay que indicar que, los tratamientos sustitutivos requeridos disponibles tienen un elevado coste económico. No se conoce el gasto exacto de los TRS; pero en España, se calcula que entre el 1,6% y el 2,5% del total del gasto sanitario va destinado a los mismos. En países europeos, estudios realizados indican que, "en el caso de la hemodiálisis, se estima que el coste se encuentra entre 33.130 y 46.254€ por paciente y año, incluyendo todos los elementos necesarios para la realización de la técnica (personal, material fungible, aparatos, fármacos, transporte, ingresos hospitalarios etc.) y en Diálisis peritoneal alrededor de 32.432 €".

En Estados Unidos, en la actualidad el tratamiento de la ERCT, consume cerca de 5.6% de los \$507 billones de dólares del gasto total de Medicare, acercándose a \$30 billones anuales, y el 85% del costo se invierte en el tratamiento con hemodiálisis (91% de la población estadounidense en TRR, recibe este tipo de tratamiento), 10% en TR y solo 5% en diálisis peritoneal (DP), respectivamente. De igual manera se conoce que en el Reino Unido, el costo total anual fue de 1.45 billones de libras esterlinas igual al 1,3% del gasto total en salud de ese País.

Dentro de los principios Bioéticos, tenemos el principio de la Autonomía, en la que los pacientes tienen la capacidad de tomar sus propias decisiones, el mismo que se debe respetar mas no violentar; por lo que se debe llevar a cabo un proceso de información

para la elección de la modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal, pues constituye un derecho del paciente y es una etapa clave para la elección y el tratamiento de la persona que padece dicha enfermedad. Esta elección influirá posteriormente en el estilo y calidad de vida del paciente, así como en el de sus cuidadores.

El proceso de información y de elección, para establecer el tratamiento de Terapia Renal Sustitutiva, siempre debe alcanzarse después de un diálogo entre el paciente, familia, equipo de salud y el médico especialista; además en este proceso de elección de la modalidad obligatoriamente, por ley, hay que incluir un consentimiento informado o similar que garantice la información y asimilación del conocimiento necesario por parte del paciente, para que tome una decisión consciente de la modalidad de diálisis que mejor se adecue a su modo de vida familiar y comunitario; y siendo un derecho del paciente, en cualquier de los casos tiene que hacerla él, por lo que es una etapa clave para la ejecución del tratamiento.

Por lo anteriormente indicado, es necesario ayudar al paciente y su familia a tomar una decisión informada respecto al procedimiento de diálisis a elegir; pues dentro de la atención sanitaria, el proceso de información y de elección de la modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica constituye un derecho del paciente y una etapa clave para el tratamiento de la persona que padece dicha enfermedad; y en países europeos como en España tienen las consultas Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA); organizadas con un enfoque multidisciplinar ya que la integran, “el especialista Nefrólogo, una enfermera, nutricionista, psicólogo y asistente social; ellos desarrollan un programa con actividades en conjunto y específicas.

Por primera vez, estas consultas aparecieron en la década de los 90 con una participación escasa de enfermería; pero con los años y muy lentamente, el personal enfermero se ha ido incorporando; en todos los hospitales del País, no aparece ni está definida específicamente como consulta de enfermería; pero reflexionando la importancia que tiene en la decisión del paciente para una buena elección del TRS, se recomienda se incluya la misma en los planes estratégicos en las diferentes Instituciones de Salud de nuestro país para el manejo de la ERC.

De acuerdo a los resultados de investigaciones científicas referente al tema, las instituciones de Salud de países desarrollados manifiestan que, “el papel de la consulta de enfermería ERCA o pre- diálisis en el proceso de elección de la modalidad de tratamiento por parte del paciente es fundamental, ya que garantiza este proceso, mediante la prevención, promoción y rehabilitación de la salud de una forma integral, con una participación activa del paciente, buscando el auto-cuidado y la independencia dentro de un abordaje multidisciplinar”.

Lo confirma un estudio realizado por Alata Karelyn, Morales Mery 2016 en Lima - Perú; los resultados indican lo siguiente que: “la educación es, como el factor más importante para la elección de la modalidad de terapia sustitutiva renal en pacientes con insuficiencia renal crónica, la intención de permanecer laboralmente activos fue claramente un factor determinante, la edad, estado civil, apoyo familiar, tener una vida activa, comorbilidad, distancia al centro sanitario”. Es decir que brindar información científica al usuario, familia y comunidad dentro del ámbito de la atención sanitaria, va a permitir a tomar decisiones acordes a su problema de salud.

No obstante, hay que considerar que en la elección de la modalidad terapéutica (MT) de los pacientes con ERCA que inician TRS influyen múltiples factores; entre los cuales destacan además de los condicionantes médicos, los factores epidemiológicos y las características de cada Servicio de Nefrología. Así como la realidad socio-cultural del paciente; por lo tanto, se plantea analizar los distintos factores que influyen en nuestra población que condicionan la elección de la modalidad de tratamiento; razones relevantes para que estos pacientes obtengan una planificada información y con ello, tomen la opción de tratamiento adecuado para la resolución de su problema de salud detectado, pues es conocido que en la atención sanitaria, la no planificación de un tratamiento o procedimiento implica condicionamiento y disminución en la libertad de elección.

Según las cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), y tomando en consideración los datos de población del Ecuador, que corresponde a 16 '278.844 habitantes, se estima que para el 2015, los pacientes con Insuficiencia Renal serán 11.460. De los cuales el 90% se encuentran en Hemodiálisis y el 10% en Diálisis Peritoneal; cada uno de estos pacientes, debe recibir tres veces por semana un tratamiento de diálisis, en que el Estado paga 1.400 dólares

mensuales a los centros privados”. (expreso.ec, 2015, p15); cifras preocupantes porque de acuerdo a la (OMS) y la (OPS) estiman que, “en el 2015, una proporción notable de pacientes con ERC, no tendrán accesibilidad a los tratamientos sustitutivos renales”.

Ante este conocimiento la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) están realizando estrategias y uniendo esfuerzos con la finalidad de promover acciones para reducir el número de pacientes que no pueden acceder a las terapias dialíticas por diferentes motivos. Estas acciones van dirigidas a la promoción y motivación de la Donación de órganos en la población, ya que la literatura médica indica, que la opción terapéutica con mejor relación costo efectividad para la insuficiencia renal crónica, es la opción del Trasplante y con ello el paciente se beneficiará de mayor estabilidad laboral; en comparación con la Diálisis Peritoneal que precisa de tratamiento diario; el tratamiento de la hemodiálisis se puede adaptar fácilmente a jornadas laborales.

Las estadísticas de la ERC van creciendo de manera acelerada, los resultados son evidentes, por lo que se estima, que en la misma proporción aumentaran los tratamientos sustitutivos de (Hemodiálisis (HD), Diálisis Peritoneal (DP), Trasplante renal (TR), HD Domiciliaria y el Tratamiento Conservador; a esto se suma la falta de criterios claros para la selección de la modalidad dialítica, sumada a la referencia tardía, resulta en una atención sub-óptima con mayor incidencia de complicaciones, que se traduce en altos costos Sanitarios, así como una menor calidad de vida al paciente y familia.

Cabe resaltar, por lo tanto, que “estos resultados ponen en evidencia la deficiencia del primer Nivel de Atención de Salud, para lidiar con las enfermedades crónicas degenerativas y sus consecuencias.” Lo anterior significa que “se requiere de un esfuerzo extraordinario, para que algún día se haga realidad la de realizar un diagnóstico temprano y prevenir el desarrollo de complicaciones que hoy terminan en costosos y complejos programas de tratamiento Dialítico y por ende de atención hospitalaria”.

Es por todo lo mencionado y por el conocimiento y la experiencia hospitalaria en relación a la problemática observada, que se plantea este trabajo investigativo, con la finalidad de determinar los factores que influyen en la elección de modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia Renal crónica, los resultados servirán para contribuir en la propuesta y/o creación de una consulta de Enfermedad Renal Crónica Pre-Dialítica multidisciplinaria, para educar, e informar al paciente científicamente durante todo el proceso de avance de la enfermedad, los resultados del tratamiento, e ir planteándole, ventajas, desventajas de las Terapias de Tratamiento Sustitutivo Renal y con ello dar lugar que tome una decisión consciente de la modalidad de diálisis que mejor se adecue a su modo de vida.

Asimismo, dentro de este proceso, resaltar la necesidad de impulsar el programa Nacional de Trasplante fomentando la Donación, mejorando la procuración de órganos y favoreciendo la realización de Trasplantes renales en todo el País.

1.2. Delimitación del Problema:

Línea de investigación: Salud Pública

Sub-línea de Investigación: Enfermedades crónicas, degenerativas y
Catastróficas

Objeto de Estudio: Factores que influyen en la elección de modalidad de
Diálisis, de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Unidad de Observación: Pacientes que acuden al área de Nefrología

Tiempo: 2018 - 2019.

Espacio: Área de Nefrología.

Institución: Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Sector: Urbano.

1.3. Formulación del problema:

Ante esta problemática, nos formulamos la siguiente pregunta de investigación
¿Cuáles son los factores que influyen en la elección de modalidad de diálisis de
los pacientes atendidos en el área de Nefrología del Hospital Abel Gilbert Pontón
2018 - 2019?

1.4. Sistematización del problema:

- ¿Cuál es la terapia dialítica mayormente seleccionada por los pacientes renales que son atendidos en el área de Nefrología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón durante 2018- 2019?
- ¿Cuáles son las razones fundamentales por las cuales un paciente selecciona el tratamiento de hemodiálisis?
- ¿Será que una adecuada información previa por parte del personal sanitario y la existencia de una estructura sanitaria de apoyo, el paciente tomará la decisión adecuada en la elección del TRS?

1.5. Determinación del tema:

Factores que influyen en la elección de modalidad de Diálisis. Hospital. Abel Gilbert Pontón, 2018 - 2019.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos General:

Determinar los factores que influyen, en la elección de modalidad de diálisis en los pacientes atendidos en el área de Nefrología del Hospital. Dr. Abel Gilbert Pontón, 2018 - 2019.

2.2. Objetivos específicos.

- Identificar la terapia dialítica mayormente seleccionada, por los pacientes atendidos en el área de Nefrología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, durante diciembre 2018 a mayo 2019.
- Analizar las causas, que influyen en la elección de la Hemodiálisis, por los pacientes atendidos en el área de Nefrología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, de diciembre 2018 a mayo del 2019.
- Diseñar una guía de información dirigida a los pacientes que asisten al área de Nefrología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, que permita coadyuvar el camino en la toma de decisiones sobre la Terapia de Diálisis más conveniente para cada caso en particular.

3. JUSTIFICACIÓN

Este estudio pretende identificar plenamente cuales son los factores que definitivamente encaminan a los pacientes renales a seleccionar una terapia dialítica como una posible solución a su Patología de Insuficiencia Renal Crónica; es de hacer notar, que los pacientes con enfermedades renales han aumentado considerablemente en los últimos años y con ello, el grupo que, por su condición y evolución, llegan a requerir tratamiento de diálisis como parte de la solución médica que se ofrece a su padecimiento.

Ahora bien, los pacientes que se enfrentan a la decisión de someterse al tratamiento de Diálisis, debe caminar por una serie de eslabones inherentes a la información que necesitan para estar claros en la importante elección a realizar; es decir, deben estar bien instruidos en torno a los beneficios y los riesgos que deben asumir a partir de este momento; de ello dependerá su calidad de vida en los próximos años y hasta la prolongación de la misma.

Los fines perseguidos, trascienden más allá del grupo de pacientes y su familia, es necesario integrar a los profesionales del sector salud, que de alguna manera están involucrados en este proceso de la atención sanitaria. La información obtenida a través de este trabajo ha de servir como plataforma para que los profesionales de salud, estén aún más aptos para brindar el apoyo y soporte necesario a los pacientes renales y sus familias.

Por lo tanto, contar con grupos de pacientes bien informados y profesionales de la salud con conocimientos científicos, para brindar el acompañamiento específico en todo el proceso de la toma de decisiones del tratamiento renal sustitutivo; de los beneficios y consecuencias de los tratamientos de diálisis, ofrecerá entre otras cosas, que las Instituciones Hospitalarias y en este caso el mismo Estado como ente rector de los programas públicos de salud, tengan la posibilidad real de mejorar sus records estadísticos; mejorar su planificación y obtener resultados, tanto en la calidad y cantidad; es decir, pacientes y personal médico cohesionado y bien informado de los procesos que juntos

empresen, reformar la calidad de los procesos, tiempo de uso de instalaciones y equipos médicos y la optimización del recurso humano.

Todo lo anteriormente mencionado sobre este escenario, cambia el panorama actual, pues hay que obtener programas de salud más efectivos y eficaces, y tener un colectivo de pacientes con un mayor nivel de conciencia sobre el tema de las enfermedades renales y de cómo deben involucrarse y participar tanto el paciente, la familia, equipo de salud y la misma institución hospitalaria.

Ante ello, es necesario consolidar un compendio de información y experiencias que permita a los protagonistas de este proceso evaluar objetivamente y a plena conciencia, las ventajas, desventajas, riesgos y beneficios, que los tratamientos dialíticos traen para el paciente y su familia, evaluando de forma clara y oportuna, si serán capaces de manejar la enfermedad y el tratamiento mismo. Con estos insumos el paciente y su familia podrán seleccionar su tipo de tratamiento más idóneo, con la convicción que deberá llevar un control adecuado de todo el proceso, de manera que este, se adapte a sus reales necesidades.

La importancia de este estudio reside en la comprensión adecuada de los factores de riesgo provocados por la enfermedad renal, por ende, debido a las conferencias realizadas por grandes organizaciones responsables de la salud pública a nivel mundial, actualmente se pueden detectar con mayor facilidad la insuficiencia renal, sin importar su causa de momento, gracias a esto se podrán estudiar los antecedentes y la evolución de la patología, para así desarrollar estrategias para detectar, evaluar y tratar la enfermedad renal.

Esta Investigación es factible ya que se cuenta con trabajos y estudios previos que facilitaron la recopilación de la información referente al tema planteado, además de contar con la colaboración del universo objeto de estudio y la Institución de Salud y aspectos relevantes que permitieron determinar los factores que predominan en el criterio de inicio del tratamiento de modalidad de diálisis en los pacientes que se encuentran en el área de Nefrología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

Los beneficiarios directos son los pacientes atendidos en el área de Nefrología, ya que mediante la recolección de datos y el criterio del investigador se establecieron pautas para una acertada selección del tratamiento dialítico

CAPITULO II

1. MARCO TEÓRICO

1. Marco Referencial

Antecedentes históricos

Para llevar a cabo el presente trabajo se revisaron algunos estudios relacionados al tema, así tenemos que:

Las primeras referencias a las enfermedades renales se remontan al antiguo Egipto por el año 1500 A.C, por Hipócrates quien fue llamado el padre de la medicina, al ser el primero en describir y conocer cambios microscópicos en la orina que daban indicios de alguna enfermedad. (Avendaño, 2012, p19).

Según Hipócrates, se decía que no había otro sistema u órgano del cuerpo capaz de dar tanta información diagnóstica por medio de la inspección como era el caso del aparato urinario a través de la orina que produce el riñón cuando se encuentra enfermo.

Del mismo modo contribuyeron Areteo de Capadocia y Galeno de Pérgamo, “quienes ya trataban la orina sanguinolenta sin cálculos y la hinchazón del cuerpo generalizada, con mezclas de espárragos, apio, comino y pepino en forma de pócimas y ajos e higos cocidos en vino, respectivamente”. (Avendaño, 2012, P20).

Aunque las primeras referencias de la antigua Grecia, son generalmente inherentes a escritos filosóficos, Hipócrates, rompe de alguna forma la ciencia vernácula de entonces y da pie a las primeras investigaciones y manifestaciones en torno a la enfermedad y a la salud de las personas, realizando las primeras observaciones en torno a la orina producida por un riñón enfermo. Estas primeras observaciones inspirarían años después a otros precursores de la ciencia médica a continuar estas investigaciones, detallando la observación de la orina con sangre y otros elementos

presentes en la orina de los enfermos. Estos antecedentes llevan irrefutablemente a pensar que los primeros apuntes en torno a la enfermedad, y las primeras observaciones científicas en relación al deterioro de la salud de las personas, se generan a través de estos primeros y ancestrales descubrimientos de las enfermedades renales.

Para el año de 1861 por vez primera el profesor Thomas Graham del colegio universitario de Londres, describía el mecanismo de la diálisis, donde este se encontraba demostrando el paso de solutos por medio de una membrana semipermeable, la cual se encontraba obedeciendo a gradientes de concentración, fue el profesor Graham aquel que propuso el nombre de diálisis. Más tarde el profesor John Jacob Abel de la Universidad John Hopkins de Maryland, EEUU, con sus colegas Leonard Rowtree y Bernar Turner, diseñaron un aparato que denominaron VIVIDIFUSION, con este fueron capaces de extraer por medio de la sangre perteneciente a animales criados para la experimentación y análisis de sustancias tóxicas anteriormente administradas. Y hasta 1924 fue que después de varios experimentos en animales, el científico alemán George Haas realizó en la universidad de Giessen ubicada en Alemania, lo que sería la primera hemodiálisis practicada en humanos, aunque no tuvo mucho éxito, considerándose como el primer precedente científico de este tratamiento.

Paralelamente en la década de los 40 y en EEUU de América, se ponían en experimentación las primeras sesiones exitosas de hemodiálisis, que lastimosamente por causa de la II guerra mundial estos acontecimientos ocurrían de forma aislada y paralela, de no ser así, tal vez los avances hubieran tenido mayor alcance y trascendencia.

En América Latina, Brasil es el pionero en hemodializar pacientes gracias a Tito Ribeiro de Almeida en 1949 quien basado en el modelo de Murray fabrica riñones artificiales. Para 1955 llega el riñón de Kolff a Venezuela al Hospital Colimodio de la Guaira y al mismo tiempo llegaron otros a Perú, Chile y Argentina, en donde se realizó la primera hemodiálisis con un riñón construido por Alfonso Ruiz Guiñazú en la Universidad de Buenos Aires.”

(Tobar, 2016, p45).

Los hechos relevantes que, a partir de 1950, marcan los avances científicos en América Latina, obedecen precisamente a esos primeros esfuerzos, realizados entre 1800 y 1940. Esos inicios, fueron las bases para establecer las condiciones de lucha contra la enfermedad renal en esta parte del continente, y dieron paso al comienzo de una época, donde ya los enfermos renales contaban con una alternativa de solución a la enfermedad renal. Brasil, Venezuela, Perú, Chile y Argentina fueron los primeros países en practicar la hemodiálisis en América Latina, basados todos esos avances en las primeras investigaciones gracias a las experimentaciones originadas desde 1924.

En la República del Ecuador la hemodiálisis se inicia con la llegada de los primeros nefrólogos en 1980, Doctores Jorge Aulestia, Galo Garcés, Ricardo Ortiz, San Martín, Marcelo Espín, Carlos Elizalde, Jorge Patiño y Alejandro Ugalde quienes crean los servicios de nefrología en los hospitales de Quito, Guayaquil y Cuenca. (Tobar, 2016, p46).

El sustantivo que identifica a la diálisis, dada de una fecha cercana a 1860, y ese énfasis, por la búsqueda de respuestas científicas a los fenómenos de la vida del hombre; tiene una continuidad que afortunadamente aun no cesa, el hombre de ciencia sigue en la búsqueda inexplicable del conocimiento, de las respuestas y soluciones en este caso, a las enfermedades renales, y las alternativas por mejorar la condición de salud de las personas.

A partir del año 1980 comienza la República del Ecuador a recibir los especialistas en enfermedades renales que, a su vez, traen consigo la tecnología y en algunos casos los equipos para realizar estos procedimientos. En esos inicios, para la realización de las primeras hemodiálisis, este grupo de médicos se instalan en hospitales de Guayaquil, Cuenca y Quito y desde esos centros de salud, se comienza a desarrollar la historia de las hemodiálisis en este País. Es a partir de entonces cuando por vez primera, se ofrece una salida, una alternativa, a todos aquellos pacientes con enfermedad renal crónica.

A partir de entonces, el Estado impulsado por lo novedoso y necesario de estos especialistas y tecnologías, comienza a gestar políticas y programas relacionados con este tratamiento, para obviamente brindar atención a las personas afectadas por estas dolencias. Así mismo, se inician de forma incipiente las inversiones en la construcción y adecuación de la infraestructura de los centros de salud para atender los requerimientos de esta enfermedad.

En cuanto a la enfermedad renal crónica, las primeras descripciones aparecieron hace más de un siglo, desde 1900 ya se conocían algunos principios sobre la nefrotoxicidad; en su mayoría los conocimientos modernos sobre la fisiopatología y el manejo de la enfermedad emergieron durante la segunda guerra mundial donde se vio que el 10% de los heridos desarrollo insuficiencia renal aguda y 9 de cada 10 fallecieron (Revista Nefrología, 2017, P21).

A pesar de los adelantos tecnológicos relacionados a la IRC (Enfermedad renal crónica), esta se presenta con una frecuencia de entre el 10 al 30% de la población que padece síntomas y su mortalidad es de alrededor del 50% entre aquellos pacientes que cuentan con esta enfermedad. La diálisis es la estrategia más empleada para el manejo y control de la insuficiencia renal, lleva aplicándose desde hace varios años, pero fue durante la guerra que dio lugar en Corea donde se comenzaron a popularizar y actualizar los métodos para su realización, esto según datos de la organización panamericana de la salud.

Los adelantos tecnológicos en las investigaciones sobre la insuficiencia renal Crónica están bastante avanzados, sin embargo, admitir que de la población enferma cerca del 30% de los afectados llegan a sufrir insuficiencia renal crónica, es una cifra no muy alentadora y aún más alarmante, es que la tasa de mortalidad supere el 50% de los pacientes enfermos. Estas cifras, son un llamado de atención a la conciencia, puesto con los adelantos tecnológicos de hoy día estas estadísticas estén nublando la realidad de la ciencia moderna y de las sociedades actuales.

La solución, que la medicina moderna²⁰ha ofrecido a los enfermos con

insuficiencia renal crónica son los tratamientos de diálisis, entre ellos, la diálisis peritoneal es la estrategia más usada para el manejo de la insuficiencia renal, que pesar que se aplica desde hace más de 30 años las cifras relativas a la población afectada y a la mortalidad la población enferma es un tanto desconcertante. Es indudablemente necesario, indagar sobre otros elementos, que además del factor tecnológico y científico pudieran afectar las cifras relacionadas con los enfermos renales con la insuficiencia renal crónica

Con esta información se evidencia como la búsqueda del conocimiento, la búsqueda de respuestas a los problemas y asuntos inexplicados en la vida de los seres humanos, parece ser una condición inherente a la propia naturaleza humana.

2. Antecedentes referenciales

Hasta hace algunos años la información más contundente en torno a la diálisis y a su necesidad, eran las consecuencias nefastas causadas en el organismo, en la humanidad de las personas que iban a ser sometidas a estos tratamientos. La primera información alcanzada por los pacientes y por su entorno familiar, estaba referida a las consecuencias físicas, a los males, a los traumas, que causaba la aplicación del tratamiento. Por encima de los beneficios y de la necesidad real de someterse al procedimiento, estaban las noticias amarillistas, dramáticas, en torno a sus consecuencias primarias en la vida ordinaria de los pacientes, es decir, los efectos físicos, el desgaste, el cambio brusco y la supresión del confort y de los hábitos naturales del paciente, estaban muy por encima de los beneficios y de la necesidad real de la aplicación del tratamiento.

El procedimiento sustitutivo renal para el tratamiento de la enfermedad renal Crónica y avanzada, implica la aplicación de técnicas médicas agresivas que inicialmente, deterioran la condición física y calidad de vida del paciente y causan una importante sobrecarga familiar, aunque obviamente, estas son diseñadas para mejorar y prolongar la vida.

Así lo confirma Rivera, (2012) y otros autores que: “el procedimiento de diálisis peritoneal en sí misma, genera alteraciones emocionales y sociales tanto en el paciente como en su familia” (p15); esto fue demostrado una vez realizado el estudio con dos muestras, una de ellas era paralela a la que se investiga en este trabajo, esta se encontraba formada por sujetos pertenecientes a una población abierta, también por aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión relacionado a la ausencia del deterioro cognitivo evidente y la salud general conservada, la cual se encuentra formada por un total de 83 pacientes diabéticos, donde 43 de ellos son mujeres y los 40 restantes son hombres, todas las personas tomadas para la muestra tenían una edad aproximada de 53 a 54 años. Se tomaron en cuenta como criterio de inclusión en este estudio, aquellas personas que podían presentar solo algún tipo de daño cerebral, sin ningún otro tipo de afectación, como lo es la ceguera o el pie diabético y por último que no cuenten con alguna especie de daño que suponga una variable no relacionable durante el estudio, también es tomado en cuenta el tiempo que llevan recibiendo el tratamiento.

En este estudio científico, a los pacientes se les aplicaron dos tipos de variables para medir adecuadamente el desajuste psicológico. En la primera parte se emplearon herramientas como la escala de depresión, el inventario de ansiedad de Beck con el propósito de valorar la desesperanza, también se aplicaron las escalas de enfermedad, soledad y de suicidio. Por otro lado, para realizar la segunda prueba se utilizaron técnicas como: el cuestionamiento de afrontamiento al estrés y el cuestionario de salud con el propósito de analizar la calidad de vida de los pacientes. En cuanto a otras variables correlacionales se midieron por medio de la escala de soporte social correspondiente a la salud, la escala de soporte social percibido y la escala de bienestar espiritual.

Al siguiente año, en un trabajo publicado por Jenny Forero Villalobos, et. al., sobre Factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal, realizado en la Unidad de hemodiálisis y diálisis peritoneal. Pontificia Universidad Católica de Santiago de Chile, “expone de manera descriptiva los factores que influyen en la adherencia de los pacientes adultos a la terapia dialítica peritoneal y las consecuencias, cuando este, no asume la

realización del procedimiento”. Se tomaron en cuenta estudios ejecutados en pacientes con edades comprendidas entre los 18 años y los 80 años, realizados durante los años 2008- 2015.

Estos preliminares concluyen que los principales problemas presentados en los pacientes en diálisis peritoneal están relacionados con su desobediencia con las recomendaciones dietéticas y nutricionales y la falta de ingesta de fluidos, además de las fallas en el manejo adecuado de las pautas farmacológicas indicadas por el encargado de la salud. (Villalobos, Castillo, & Araya, 2017, p45).

En este contexto, de acuerdo a estudios preliminares, se diría que el problema de la no adaptación ha sido objeto de varios estudios, donde en uno de ellos se consideró la predicción a través del médico de la sumisión de sus indicaciones, en este estudio los resultados indicaron que estas indicaciones en su mayor parte son sobreestimadas, mientras que las enfermeras resulta que son las que más se acercan a la realidad, aunque este método para medir la adaptación no es considerado el más exacto.. No deja de ocurrir, que el paciente asuma la apariencia de estar convencido y dispuesto totalmente, a asumir las indicaciones médicas sin restricción y sin embargo, el tiempo real y verdadero de acatar la prescripción, se vea dilatado por su distracción en la búsqueda de otras salidas distintas a las ofertadas por sus médicos tratantes, ya sea en las ciencias médicas o en espacios alternativos de soluciones naturales u otras más osadas y ajenas al mundo científico.

Otro estudio epidemiológico, analítico y longitudinal realizado por María Gabriela Alvarado Boj, sobre las complicaciones de pacientes que asisten a la unidad de hemodiálisis del Hospital Nacional de Occidente “san Juan de Dios”, este incluyó a pacientes que se sometieron a sesiones de hemodiálisis, por lo tanto, se documentó que: la mayoría de pacientes procedían del departamento de Quetzaltenango, con edades que iban alrededor de los 31 y 40 años, además contaban con un porcentaje del 22% mientras que los de 61 y 70 años formaban el 19% restante. Las principales complicaciones que destacaron fueron las de los pacientes que se encontraban con síndrome de desequilibrio, hipertensión

e infecciones. En este estudio no se estableció una relación muy significativa estadísticamente hablando entre la presencia de factores de riesgo y el desarrollo de complicaciones entre los pacientes atendidos en la unidad de hemodiálisis (Álvaro Boj, 2014, P59).

Al igual que el Ecuador, el problema del tratamiento de la enfermedad renal, es además administrativo, técnico y científico. El tema de la salud renal es un asunto de Estado, se estima que el 16% del presupuesto de salud pública es invertido en diálisis sin atender más profundamente las razones que llevan a los pacientes a este procedimiento. La República del Ecuador cuenta con médicos capacitados y Versátiles, pero no se hace inversión en investigaciones o en nuevas tecnologías, sencillamente se sigue importando tecnología y aplicando tratamientos, que, aunque son efectivos, tienen más de 100 años, es necesario invertir en la búsqueda de nuevas alternativas.

En el 2014, un trabajo sobre los Factores de riesgo asociados a peritonitis en diálisis peritoneal continua ambulatoria, tuvo como objetivo o Identificar la presencia de factores de riesgo asociados a Peritonitis en pacientes con tratamiento sustitutivo con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria

En Australia la cifra publicada supera el 35%. La cancelación de la diálisis y las enfermedades cardiovasculares asociadas resultan ser las causas más frecuentes de mortalidad, siendo la retirada del tratamiento la causa principal en Francia, la secundaria en Canadá y la tercera en USA. Por otro lado, en España un estudio analizó la implementación de un protocolo de retirada de diálisis y como resultado dio que el 25.8% de los pacientes fallecidos se producen tras la retirada, sin embargo, en pocos casos esta tasa toma en cuenta la historia clínica del paciente. (Saralegui, 2014, p113).

3. Fundamentación

La promoción de la salud es un proceso que otorga a las personas la capacidad de incrementar el control sobre su salud para mantener un control y por ende mejorarla, esta toma en cuenta las acciones destinadas a aumentar las habilidades y capacidades de los pacientes, y además también está dirigido a cambiar las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan en los determinantes de la salud.

Es por ello que el proceso de información y de elección de la modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica constituye un derecho del paciente y una etapa clave para el tratamiento de la persona que padece dicha enfermedad. Esta elección influirá posteriormente en el estilo y calidad de vida del paciente, así como en el de sus cuidadores.

Es decir, que de acuerdo a la Ley básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la elección de la modalidad de tratamiento de diálisis, esté o no en programación, ya sea en corto o largo plazo tiene que hacerla el paciente en todos los casos; además se debe incluir un consentimiento informado o similar que garantice la información científica para la asimilación o comprensión del conocimiento necesario por parte del paciente, para que tome una decisión consciente de la modalidad de diálisis que mejor se adecue a su modo de vida.

Según la SLANH, en Latinoamérica alrededor de 613 pacientes por millón de habitantes en 2011 tuvo acceso a algún tratamiento renal, como son las hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante de riñón. Sin embargo, la distribución de estos servicios es muy inequitativa y en algunos países esa cifra fue menor a 200.

Se estima que al menos 850 millones de personas alrededor del mundo sufren con una enfermedad renal ocasionada por diversos motivos. La enfermedad renal crónica ha provocado alrededor de 2.4 millones de muertes anuales, mientras que las lesiones renales agudas ha afectado a más de 13 millones de personas, además hay un

porcentaje del 2.1 al 7.1 millones de muertes prematuras por falta de acceso a tratamientos dialíticos y trasplante.

De acuerdo al estudio realizado por Luis Huamán C1, Carla Postigo O2, Carlos Contreras C3, Características epidemiológicas de los pacientes que inician hemodiálisis crónica en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015, refieren los resultados: “la edad media fue 62.3 años, y 53.3% de los pacientes fueron mayores de 60 años. La modalidad de ingreso fue 73.3% por emergencia, 13.3% por consultorio y hospitalización. Tipo de acceso utilizado fue 86.7% catéter temporal, 10% fístula arteriovenosa y 3.3% catéter tunelizado. Diabetes e hipertensión con 36.7% y 33.3% respectivamente fueron las causas más comunes de la ERC”. Este estudio guarda relación con el propuesto por cuanto la edad media de la investigación es de 60 años y el acceso más utilizado fue el catéter temporal con un 79%.

En Chile un estudio sobre la elección de la Terapia de Reemplazo Renal en EEUU: PD Versus HD demuestra que:

“la clave es con los factores que influyen en la selección de la modalidad de diálisis en pacientes con enfermedad renal terminal, uno de sus descubrimientos fue particularmente alarmante: el número de pacientes (un tercio) que pensaban que la elección de TRR era hecha en gran medida para ellos, pero no por ellos.

Esto fue abrumadoramente cierto para los pacientes que recibieron HD (~ 46%) en comparación con los que recibieron PD (~ 2%). Aunque se necesita más educación, particularmente los médicos todavía necesitan mejorar su comunicación con los pacientes, y asegurarse de que estén “equipados” con la información necesaria para tomar sus propias decisiones sobre el cuidado de la salud.” (Lorca, 2016, p5).

EPIDEMIOLOGIA

“Los motivos que justifican una nueva terminología y clasificación de la ERC son principalmente epidemiológicos, por ende, la ERC se ha convertido en un problema médico y de salud pública que ha ido creciendo hasta llegar a proporciones epidémicas

a lo largo del tiempo.

La información más acertada proviene de la fase terminal de la enfermedad renal, su incidencia no ha parado de subir en las últimas décadas, esta trae consigo un pronóstico pobre y es capaz de provocar un enorme impacto económico en los presupuestos de salud mundiales.” (Avalia-t, 2015, P156).

Por consiguiente, un estudio realizado en un Hospital de Madrid, el Infanta Leonor, por un grupo de profesionales de Enfermería, los resultados indican que: “La llegada planificada a diálisis facilita la toma de decisiones, al permitir que el paciente reciba en la consulta de enfermería, Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) educación sobre su enfermedad e información sobre las opciones de tratamiento Hemodiálisis, (HD), Diálisis Peritoneal (DP), Trasplante renal (TR), HD Domiciliaria y Tratamiento Conservador), y en este caso tenga la oportunidad de decidir sobre las condiciones del mismo y su grado de aceptación. La no planificación implica condicionamiento y disminución en la libertad de elección.

Por lo que, estudios realizados sobre coste-efectividad recientemente, se asevera la idea vigente de que el incremento de la selección de la técnica de diálisis domiciliaria ayudaría a contener el gasto asociado a los tratamientos con diálisis. En general, la información-educación a los pacientes acerca de las diferentes técnicas de diálisis se asocia a una mayor elección de las modalidades domiciliarias, pero escasean los estudios que investiguen qué factores influyen más en la decisión de los pacientes a la hora de elegir unas u otras modalidades.

Es conocido que pacientes con ERC terminal, existe una población mayor de personas con la enfermedad renal en etapas más tempranas, cuya prevalencia se desconoce, sin embargo, se estima que alcanza el 10%, misma que se ha determinado en nuestro país según la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología.

“En su mayoría los pacientes con ERC que se encuentren en etapas finales, cuentan con que el riesgo de morbilidad cardiovascular aumente encontrándose así directamente relacionado a la declinación de la función renal, el cual es mucho más preocupante que el riesgo de progresión renal. La ERC es prevenible y tratable en la mayoría de los casos. Su prevalencia sin embargo aumenta con la edad y las causas

identificables más comunes son dadas por la diabetes y la hipertensión arterial. El concepto, definición y clasificación de la enfermedad renal crónica es, por lo tanto, tratable con el objetivo de prevenir y detectar la enfermedad junto a sus factores de riesgo, de esta manera se busca aminorar el elevado riesgo de enfermedad cardiovascular.” (Bermeo & Jimenez, 2015, p11).

4. Definición de Términos Diagnóstico

Todas las personas deben ser evaluadas de rutina, en cada consulta médica o examen de salud preventivo, para determinar si están en riesgo aumentado de ERC, basado en los factores clínicos y sociodemográficos descritos. Los individuos que tengan uno o más factores de riesgo, deben someterse a pruebas para evaluar daño renal y estimar la velocidad de filtración glomerular (VFG) (Rodríguez, Morales, Florez, & Yoryely, 2017, p37)

Las personas detectadas con ERC deben ser evaluados para así tomar en cuenta los parámetros de descripción de ERC:

- a) El diagnóstico (nefropatía basal), proteinuria y función renal
- b) Problemas como consecuencia de la disminución de la función renal
- c) Progresión de la enfermedad y sus riesgos

Presencia de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo:

- a) Glicemia en ayunas
- b) ECG
- c) IMC en condiciones comórbidas
- d) Perfil lipídico
- e) Complicaciones relacionadas a la función renal
- f) Riesgo de pérdida de la función renal
- g) Severidad de la enfermedad renal, evaluada según el nivel de función.

Pronóstico de los pacientes con enfermedad renal crónica

El pronóstico de pacientes con enfermedad crónica del riñón vistos como datos epidemiológicos han demostrado que todos causan aumentos de la mortalidad a medida que la función del riñón disminuye (índice de mortalidad total). La causa principal de muerte en pacientes con enfermedad crónica del riñón es por enfermedades cardiovasculares, sin importar si hay progresión a IRCT (Yanza Borja, 2014, p27).

El trasplante renal aumenta de forma significativa la supervivencia de los pacientes con ERC cuando estos casos se comparan con otras opciones terapéuticas. Sin embargo, esta se encuentra asociada a una mortalidad incrementada a corto plazo debido las varias complicaciones que se pueden presentar durante la cirugía. A parte del trasplante, la hemodiálisis realizada de forma domiciliar se encuentra ligeramente asociada a una supervivencia relativamente mejorada y por ende a una mayor calidad de vida, cuando este se compara con el tratamiento de hemodiálisis convencional.

Complicaciones de la IRC

Conforme progresa la enfermedad renal, el daño de las funciones excretoras y reguladoras realizado por los riñones da como resultado complicaciones que afectan a casi todos los sistemas orgánicos. Una de las complicaciones que se encuentran con más frecuencia asociada a la IRC son la hipertensión, anemia, osteopatía, neuropatía, dislipidemias, un riesgo incrementado de enfermedad cardiovascular y la reducción general del estado de salud del paciente.

La gravedad y prevalencia de los problemas por lo general aumentan con una TFG < 60 ml/min/1,73 m², es decir, a partir de la IRC en etapa 3, sin embargo, algunos problemas como la hipertensión arterial y anemia, son capaces de manifestarse pronto durante el transcurso de la enfermedad. La prevención y el tratamiento de las complicaciones es esencial para

ralentizar la progresión de la IRC y mantener la calidad de vida de los pacientes. (Rodríguez & Ajalcriña, 2018, p7)

Hipertensión Arterial

La hipertensión es una complicación relacionada con la IRC. La hipertensión arterial puede manifestarse hasta con ligeras reducciones de la TFG. Los efectos asociados a esta enfermedad incluyen también la progresión acelerada de la IRC, un desarrollo precoz y por ende la progresión más rápida de la enfermedad cardiovascular, presentando como consecuencia un riesgo mayor de algún accidente cardiovascular.

El tratamiento contra la hipertensión exige cambios en el estilo de vida y un tratamiento farmacológico hasta mantener equilibrada la presión arterial objetivo <130/80 mmHg. Los inhibidores correspondientes a la enzima conversión de la angiotensina y los bloqueadores del receptor son los fármacos de primera elección. Además de bajar la presión arterial, se ha visto que estos mismos agentes son capaces de reducir la proteinuria y ralentizan la progresión de la IRC.

Anemia

La anemia consiste en la disminución de glóbulos rojos y hemoglobina en la sangre, que tiene como consecuencia una menor capacidad de ésta para transportar oxígeno. La principal causa de anemia en pacientes con Nefropatía crónica es la incapacidad de los riñones afectados para secretar la cantidad suficiente de eritropoyetina, una hormona que regula la producción de glóbulos rojos. Otros factores que pueden contribuir a la anemia son la deficiencia de hierro, la menor vida de los glóbulos rojos en presencia de uremia, hemorragias gastrointestinales, hiperparatiroidismo grave, malnutrición proteica e inflamación (Romo, 2018, p18).

Acidosis metabólica

En los trastornos del equilibrio ácido-base se ha visto que provocan una complicación importante con los pacientes con IRC en su estado más avanzado, debido a que se

conoce que el riñón es el principal órgano regulador del equilibrio ácido básico en el organismo, donde este hace la labor de excretar hidrogeniones (H^+) y retener bicarbonato para de este modo mantener el equilibrio en situaciones complicadas como la alcalosis o acidosis respiratoria. De no darse una adecuada excreción de H^+ y la producción disminuida de bicarbonato sucede una alteración paulatina del equilibrio ácido-básico, dando lugar a la acidosis metabólica crónica. Actualmente esta acidosis metabólica se usa como criterio de elección para la diálisis en pacientes con IRC en su etapa 5.

Dislipidemias

La Dislipidemia es un importante factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y una complicación habitual de la IRC. La Dislipidemia promueve la aterosclerosis, una enfermedad en la cual la placa cargada de colesterol se acumula en las paredes arteriales. La acumulación de placa produce un estrechamiento y una pérdida de elasticidad de las arterias que da como resultado un mayor riesgo de accidente cerebrovascular y de infarto agudo de miocardio. (Bermeo & Jimenez, 2015, p5).

Los enfoques en cuanto al tratamiento de la Dislipidemia relacionan una dieta con alto contenido en fibra y baja en grasas saturadas, con la pérdida de peso y el uso de fármacos hipolipemiantes como las estatinas.

Malnutrición

Los pacientes con IRC constante mantienen el riesgo de sufrir malnutrición, fomentándose la morbimortalidad. Varios factores de la enfermedad renal incrementan el riesgo de malnutrición, donde se incluyen las restricciones proporcionadas por las dietas, los trastornos del metabolismo, desequilibrios hormonales, pérdida del apetito, proteinuria y la sensación del gusto alterada relacionada significativamente con la pérdida de la función renal.

Neuropatía

La neuropatía está asociada normalmente a la IRC. Los síntomas relacionados con la función nerviosa baja aumentan su frecuencia y por ende gravedad cuando la ERC se encuentra en la fase terminal. Los síntomas provenientes

del sistema nervioso central relacionados a la reducción de la función de los riñones incluyen la fatiga y los trastornos del sueño. Cuando los nervios periféricos se encuentran afectados, los pacientes son capaces de mostrar sensaciones poco comunes como prurito y escozor o la debilidad muscular.

Los síntomas de neuropatía autónoma incluyen trastornos del ritmo cardíaco y variaciones de la presión arterial. El desarrollo y la progresión de síntomas neurológicos pueden indicar la necesidad de iniciar un tratamiento de sustitución renal. Algunos síntomas pueden mejorar con la diálisis. (Jerez Camino, Carlos Milton, 2012, p15).

Enfermedad cardiovascular

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad en los pacientes con IRC en cualquiera de sus fases. Las personas con NC son más propensas a morir de ECV que a desarrollar una insuficiencia renal. Las principales manifestaciones de enfermedad cardiovascular incluyen la cardiopatía coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la vasculopatía periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva. El mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en los pacientes con IRC da como resultado una elevada prevalencia de los factores de riesgo tradicionales y no tradicionales. (Jerez Camino, 2012, p170).

5. Bases Teórica de Enfermería

Teoría Déficit de autocuidado de Dorothea Orem

El modelo de autocuidado de Dorothea E. Orem, teoría del autocuidado, ha contribuido a las bases de la enfermería moderna, en sus trabajos menciona también a otras autoras que contribuyeron a las bases de la enfermería como Virginia Henderson, Faye Glenn, Imogene King, Ida Jean, Florence Nightingale, Dorothy E, Martha E, Virginia Wiedenbach, Hildegard E, Sor Callista Roy

La teoría del autocuidado como concepto se introduce por la misma Dorothea E. Orem en 1969, el cuidado personal es una actividad individual aprendida por cada

individuo, se encuentra orientada con un objetivo común, se trata de una conducta que se da en momentos específicos de la vida, hacia las personas o hacia su entorno, con el propósito de equilibrar los factores que podrían afectar a su desarrollo y correcto funcionamiento, para así mantener su bienestar.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo. (Ydalsys Naranjo Hernández, 2017, p9)

Desde sus inicios, la enfermería se ha considerado como un servicio público, más no como un servicio ordinario, se ha concebido como un servicio de carácter social cuyo objeto principal y es el de ofrecer ayuda para el cuidado de personas que no tienen la capacidad de hacerlo por sí mismas, es decir, ofrecer cuidados especiales de atención, a personas con alguna discapacidad, adultos mayores, niños y enfermos.

Teoría del autocuidado.

La enfermera Dorothea Orem, indica que es la capacidad que tiene el individuo de realizar actividades, relacionadas a las habilidades y conocimientos ubicando como punto de inicio que el autocuidado, es una actividad ejercida a través de habilidades y destrezas que se aprenden con la finalidad de cuidarse por sí mismo.

Teoría del déficit de autocuidado.

Esta se da cuando la demanda del autocuidado en si supera a las capacidades con las que se cuentan para realizarlo, esto da como resultado que la necesidad de cubrir esta actividad por medio de un agente externo

especializado en el cuidado terapéutico ya que el individuo no es capaz de realizarlo por su cuenta.

La teoría de sistemas de enfermería.

Se trata de la capacidad con la que cuenta un profesional de la salud para realizar alguna acción, guiar de forma adecuada y apoyar las complicaciones que se puedan presentar con los pacientes. Se puede decir que el sistema de enfermería es la facilidad que tiene el personal de salud para actuar, apoyar, guiar y satisfacer de manera óptima las demandas que se puedan dar en relación a la situación de salud del paciente, donde se debe compensar obligatoriamente con un apoyo informativo educativo óptimo.

Modelo de Virginia Henderson

Este modelo realizado por Virginia Henderson está considerado como aquel donde la teoría de que las necesidades humanas necesarias para la vida y salud como principal motor de la enfermería, es que la persona es un ser íntegro, con componentes psicológicos, biológicos, espirituales y socioculturales que se relacionan entre ellos y buscan desarrollar su potencial al máximo nivel.

Virginia Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud para de este modo cumplir con las necesidades que realizaría por sí, de este modo se busca que enfermería favorezca la recuperación de la independencia del paciente de la forma más rápida posible. El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible. (Hernández M., 2016, p28)

En este contexto, Henderson consideraba que la/el enfermera/o es el responsable en asistir a los pacientes durante la realización de alguna actividad básica necesaria para conservar su salud, enfrentar alguna enfermedad o ayudar a la muerte pacífica, por tal motivo esta investigación se sustenta en

esta teoría ya que los individuos, con una clara explicación de su situación de salud, estos puedan desarrollar su independencia, lógicamente con la constante asistencia de enfermería, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona en la toma de sus decisiones. Respecto a este modelo se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- **Salud:** Se trata de un término básico y esencial para el ser humano. Su propósito es cooperar para que todos los individuos sean capaces de mejorar su estado y mantener un estilo de vida adecuado. En este sentido se puede definir a la salud como la capacidad que tienen los pacientes para realizar las 14 necesidades básicas sin ayuda.
- **Persona:** Trata del individuo que no puede realizar de manera independiente alguna de las necesidades básicas para mantener su salud, esto se debe a que se considera a este como una unidad mental y corporal constituida por componentes psicológicos, biológicos, espirituales y sociales.
- **Entorno:** Cuando una persona es capaz de controlar su entorno se le puede considerar como alguien sano, sin embargo, cualquier tipo de enfermedad es capaz de desequilibrar esta capacidad de control. Por lo general a este entorno engloba la responsabilidad de la familia y comunidad para otorgar este control adecuado.
- **Enfermera:** (cuidados o rol profesional): El principal objetivo de la enfermería es apoyar al paciente, ya sea que se encuentre en buen o mal estado de salud, los enfermeros contribuyen a realizar toda aquella actividad que contribuya a mantener el bienestar de la comunidad.

Ventajas de la Teoría de Dorotea Orem:

- Adaptación del contexto de la enfermería española.
- Facilidad para emplear estos métodos en todos los campos.
- Gran cantidad de información proporcionada.

- Se incluye como parte colaborativa la actuación de enfermería.
- Trata al individuo como actor principal.
- Alta capacidad de reconocer al individuo y su capacidad para realizar el cambio.
- Facilidad para resolver problemas.
- Facilita la inclusión del lenguaje estandarizado NOC, NANDA Y NIC.

Necesidades básicas

El ser humano en su totalidad es capaz de realizar actividades que sirven como indicativo para dar a conocer que se trata de un individuo sano con el conocimiento necesario para poder realizarlas. Se trata de 14 necesidades básicas donde se integran aspectos sociales, físicos, espirituales y psicológicos.

Necesidades básicas se describen en el modelo de V. Henderson:

1. Respirar con normalidad.
2. Mantenerse hidratado y alimentado.
3. desechar por todas las vías corporales.
4. Mantenerse y moverse en las posturas adecuadas.
5. Descansar.
6. Ser capaz de seleccionar ropa adecuada y así mismo de vestirse y desvestirse.
7. Mantener los niveles normales de la temperatura corporal.
8. Conservar la higiene y cuidado de la piel.
9. Tratar de evadir los peligros ambientales y de lastimar a otros.
10. Ser capaz de expresar lo que siente.
11. Vivir de manera en que siga los valores y creencias considerados como

adecuados para su entorno.

12. Trabajar en aquello que lo haga sentir realizado y acorde a sus gustos.
13. Recrearse.
14. Ser capaz de desarrollar la habilidad para investigar y descubrir su entorno.

Todas las necesidades planteadas en esta teoría, tienen estrecha relación con el presente estudio, ya que los pacientes al adquirir pleno significado podrán satisfacer sus necesidades.

MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD:

Teoría de Nola Pender

En 1975, la Dra. Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, El cual fue tomado como base para el estudio acerca de los parámetros que seleccionan los individuos para tomar decisiones relacionadas a su salud y cuidado individual dentro del contexto de la enfermería. En el artículo se identificaron los factores que influían en las decisiones que tomaban las personas con sus respectivas acciones para prevenir las enfermedades.

En esta teoría se tratan de evaluar los factores cognitivos-perceptuales en el individuo que son modificados por las características personales, interpersonales y situacionales, dando como respuesta las acciones que realizan para incrementar su salud cuando se da alguna indicación acertada.

La promoción de salud es un modelo que sirve para resaltar los parámetros más importantes sobre las conductas que se deben llevar a cabo en el ámbito de la promoción de la salud y para que de este modo se integren con mayor facilidad los hallazgos de alguna investigación que dé lugar a nuevas hipótesis.

La teoría aun continua en constante evolución para lograr explicar de forma clara la relación que existe entre los factores que pueden influir en las acciones tomadas para el cuidado sanitario.

Este modelo se centra en la educación de los individuos con el propósito de que estos sepan cuidarse y cuidar su entorno para llevar a cabo una vida

saludable.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (Pender, 2012, p3)

El modelo propuesto por Pender, es considerado como uno de los más predominantes para la promoción de la salud, en este modelo se indica que la promoción de la salud y el estilo de vida se encuentran separados en factores cognitivos-perceptuales, donde se entiende que las creencias, concepciones, ideas sobre la salud que llevan a las personas a actuar en base a las indicaciones que consideran correctas, en teoría, se encuentran relacionadas con las acciones favorables que realizan los individuos para favorecer su salud. Si estos factores se llegan a modificar puede darse el caso en el mejor de los entornos de que las personas se encuentren con un estado altamente positivo de salud.

“La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente humanístico, comprensivo y positivo, toma al individuo como ser integral, estudia su estilo de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente al momento de tomar una decisión que pueda afectar su bienestar.” (Rosero, 2012, p137)

2. MARCO LEGAL

Constitución de la República Art. 32

La salud pública es un derecho garantizado por el estado, donde su realización se encuentra vinculada con otros derechos relacionados, donde uno de ellos es el derecho a ser abastecidos con los servicios básicos como el agua, la educación, alimentación, trabajo, cultura física, a vivir en ambientes sanos y la seguridad social. Por consiguiente el estado debe garantizar este derecho por medio de medidas políticas, sociales, económicas, culturales, ambientales y educativas. Su acceso debe ser otorgado sin excepción alguna de ningún tipo o basada en preferencias personales. (Asamblea Nacional, 2008,).

Art. 50.- El Estado debe garantizar a todas las personas que padezcan de enfermedades catastróficas el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente. (ASAMBLEA NACIONAL, 2008).

Art. 42.- Del Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador refiere a establecer unas mejores condiciones de vida a la población, por medio de la incidencia sobre los determinantes de la salud, esto debe realizarse con un enfoque integral, el cual debe ser orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, para que de este modo se logre en la comunidad la recuperación de la salud familiar e individual, la cual debe tomarse como un derecho humano esencial garantizando su enfoque hacia la atención primaria de la salud.. (Código Orgánico de la Salud del Ecuador)

Constitución de la República Art 360

El sistema debe garantizar, por medio de las instituciones que forman parte de ella, la promoción de la salud, atención integral tanto familiar como comunitaria, todo basado en la atención primaria de la salud; se articulará con los diferentes niveles de atención y se promoverá junto a las medicinas ancestrales o alternativas. (Asamblea Nacional, 2008).

Acciones emprendidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador garantiza el derecho a la atención especializada de las enfermedades catastróficas, dentro de las cuales se encuentra la Enfermedad Renal Crónica. La prevención y el manejo temprano integral y multidisciplinario de esta patología puede mejorar de manera sustancial la calidad de vida a nivel de la población ecuatoriana. Una de las aristas para lograr esta mejora, es la vigencia de documentos normativos nacionales actualizados que guíen la práctica clínica (Ministerio de Salud Pública, 2018, p105).

En la actualidad los hospitales públicos y los centro privados centrados en el área de nefrología, se encargan de brindar una atención integral a sus pacientes beneficiándolos con la oportunidad de recibir hemodiálisis, exámenes, medicamentos, transporte, ayuda psicología y todo tipo de tratamiento adicional que les ayude a adaptarse a su nuevo estilo de vida.

Si se quiere alcanzar la cobertura completa hacia todas las personas con IRC, el MSP ha formado convenios con varios centros de diálisis privados con el propósito de que estos atiendan pacientes de forma general i y sin exclusión. En Ecuador haycerca de 62 centros de diálisis, donde cobran alrededor de 1.450 dólares mensuales por paciente. Las personas con IRC, también han ayudado con el progreso de los servicios de salud otorgados en el país. (Valetanga, Jonathan,2016, p6).

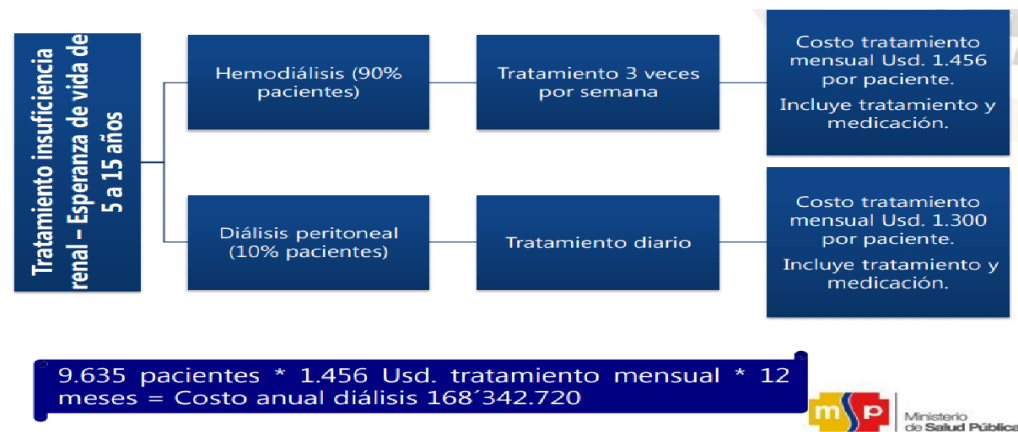


Figura 1 Tratamiento insuficiencia renal Fuente: (MSP, 2015)

Ley orgánica de la salud pública Art. 6

1. establecer y difundir la política nacional de la salud basada en los principios expuestos en el Art1, de esta Ley, así como controlar, vigilar y aplicar su correcto cumplimiento.

5. Controlar la aplicación de normas para la prevención, atención, detección, rehabilitación y atención integral de enfermedades de tipo transmisibles o no, discapacidades y establecer aquellas enfermedades con carácter de notificación obligatoria, para garantizar la confidencialidad que se le puede otorgar a la información dada.

5-A.- Controlar, dictar y regular la aplicación adecuada de la normativa enfocada en la atención de patologías tomadas como enfermedades catastróficas, del mismo modo, controlar la aplicación efectiva de sus programas de atención.

30. Regular las normas sanitarias con el propósito de mantener el correcto funcionamiento de los locales y establecimientos de carácter público y privado con enfoque a la atención de la población.

35. Otros casos previstos en la Constitución Política de la República y tomando en cuenta otras leyes. (ASAMBLEANACIONAL, 2012)

La Ley Orgánica de la salud en su Art. 6, a través de sus 26 numerales, ofrece un compendio vasto e integral, en torno a todos los aspectos inherentes a la salud de la ciudadanía ecuatoriana y de sus residentes en general, esta Ley, pareciera consolidar en el artículo 6, todos y cada uno de los aspectos inherentes al sistema de salud, políticas y su cumplimiento, diseños de programa de atención integral, vacunaciones, control de enfermedades, salud sexual, donación de órganos, prótesis, drogas y sustancias psicotrópicas, epidemias, calidad del agua, elaboración y manejo de medicamentos, instituciones y servicios de salud, tanto públicos como particulares y por supuesto lo inherente a las profesiones relativas a la salud, medicina, enfermería, nutrición, etcétera, vale además mencionar, que dedica uno de sus numerales

a una sub clasificación de las enfermedades, donde obviamente entran las enfermedades crónicas.

Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH)

La SLANH, es una organización multilateral, integrada alrededor de 20 países latinoamericanos, además reúnen a más de 8,000 nefrólogos procedentes de toda la región y cuenta con más 800 miembros activos. La gesta más importante de esta organización, está orientada a fomentar la de formación y entrenamiento permanente de profesionales de la salud y además insta a promover a través de registros formales de información, bancos de datos oficiales, inherentes a trasplantes, donadores de órganos. Ecuador es parte de esta asociación; existen otros beneficios tales como convenios y acuerdos internacionales donde profesionales de nuestro país tienen la posibilidad de participar en programas de entrenamiento, cursos de actualización, talleres especializados y otras iniciativas interinstitucionales, orientadas a mejorar la formación integral de profesionales de la medicina, con ello se benefician los pacientes de todo el continente.

El Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón

Reapertura el servicio de Hemodiálisis, el 2 de diciembre del 2011, unidad que abre sus puertas para atender a usuarios que necesiten tratamiento de sustitución renal; la misma que cuenta con una planta de tratamiento depurador de agua con doble ósmosis (agua ultra purificada), que garantiza la calidad del procedimiento.

Actualmente el área se encuentra en funcionamiento, su horario de atención es de 6h30 a 20h00, distribuidos en tres turnos, ya que el proceso dialítico por pacientes dura de tres a cuatro horas. Tiene la capacidad de atender a 30 usuarios diariamente y también cuenta con dos cubículos específico para aislar a pacientes infectados con patologías virales positivas. De acuerdo a información estadística del Hospital se atiende un promedio mensual de 120 paciente realizándose un total de 450 sesiones de hemodiálisis por mes.

3. MARCO CONCEPTUAL

Enfermedad renal crónica:

La ERC está definida como la pérdida de manera progresiva o permanente de la tasa de filtración glomerular a través de un tiempo definido como invariable, el cual, en ciertas ocasiones se refiere a años, donde esta enfermedad se expresa por medio de una reducción del aclaramiento de creatinina estimada $< 60 \text{ml/min/1.73 m}^2$. La enfermedad renal se manifiesta por medio de alteraciones histológicas a través de la biopsia renal o de manera indirecta por medio de la presencia de albuminuria, las alteraciones hidroeléctricas, alteraciones en el sedimento urinario o de cualquier otro tipo que se considere como secundaria a la patología tubular o lastécnicas de imagen.

Insuficiencia renal aguda.

La insuficiencia renal aguda ocurre cuando los riñones pierden de repente la capacidad de filtrar los desechos de la sangre. Cuando los riñones pierden la capacidad de filtración, pueden acumularse niveles nocivos de desechos, y pueden desequilibrarse la composición química de la sangre.

Insuficiencia renal crónica terminal.

Se trata de la etapa final de la enfermedad **renal crónica**. Esto es cuando sus riñones ya no pueden atender las necesidades de su cuerpo por La pérdida de forma irreversible de las funciones renales, mostrando de este modo una tasa de filtrado glomerular menor a 15 ml/min. Esto es propio de la etapa KDOQI5, la cual requiere que se emplee alguna de las opciones para sustituir la función renal.

Terapia renal sustitutiva

Herramienta terapéutica enfocada en el soporte renal para cualquiera de las modalidades ya sean: hemodiálisis, trasplante renal o diálisis peritoneal.

Factores de riesgo.

Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Diabetes.

Es una enfermedad crónica que actúa sobre el metabolismo donde se produce glucosa de manera excesiva en la sangre y en la orina; esto se debe a la disminución de la secreción de la hormona conocida como insulina o podría deberse a la deficiencia o poco rendimiento de su acción.

Nefrólogo.

Los nefrólogos son los médicos que se ocupan de las enfermedades de los desequilibrios de los riñones y del líquido y del electrólito.

Diálisis.

Se trata de un tratamiento cuyo propósito es eliminar de manera artificial las sustancias consideradas como nocivas o tóxicas de la sangre, sobretodo de aquellas que se encuentran retenidas debido a la insuficiencia renal.

Hemodiálisis.

Esta describe como la técnica capaz de sustituir las principales funciones del riñón, donde se pasa la sangre del individuo por medio de un filtro que funciona a manera de riñón artificial el cual realiza la depuración de la sangre y la retorna al paciente sin impurezas.

Diálisis Peritoneal.

Es un procedimiento que permite depurar líquidos y electrolitos en pacientes que sufren insuficiencia renal. La diálisis peritoneal utiliza una membrana natural el peritoneo como filtro.

Catéter Peritoneal.

Se trata de una membrana conocida como peritoneal que cubre las paredes

abdominales. La diálisis peritoneal consiste en colocar una sonda en la cavidad abdominal y luego llenarla de líquido limpiador, el cual se trata de una especie de azúcar que elimina los desechos y la cantidad de líquido excedente en el sistema.

Trasplante Renal.

Es una operación para colocar un riñón sano en su cuerpo, donde el riñón que se trasplanta asume las funciones del riñón deficiente y el paciente por lo tanto no debería necesitar otro tipo de tratamiento como la diálisis.

Descompensación diabética.

Se trata del momento que aparece cuando se da una hiperglucemia grave. Durante la descomposición diabética se dan una serie de síntomas identificativos tales como la sed, el aumento de la emisión de orina, fatiga, acetonuria, vómitos, glucosuria positiva y náuseas, esta generalmente se presenta por medio del dolor abdominal y por el exceso de glucemia.

Dislipidemias.

Es un término que se emplea para identificar el aumento de los niveles de colesterol y lípidos en la sangre, se trata de una condición que se asocia con el crecimiento de grandes cantidades de padecimientos de carácter crónico degenerativo como lo es el caso de la obesidad, diabetes mellitus o la hipertensión.

Efecto hipoglucemiante.

Es la facilidad que tienen ciertas actividades o sustancias para disminuir los valores de glucosa en la sangre

Enfermedad intercurrente.

Se explica cómo una situación de enfermedad, la cual, cuenta con un principio y final, donde, se empeora o desequilibra algún proceso instaurado anteriormente.

Micro albuminuria.

Se da por la presencia de macropartículas de albumina en la orina. La presencia de albumina indica la pérdida de proteínas a través de la orina, esto es algo que en una persona saludable no se debería presentar. Cuando se da la albuminuria positiva se puede traducir en el mal funcionamiento en el filtrado del riñón.

Equilibrio Electrolítico

Es el resultado que se obtiene cuando se compara el volumen de los líquidos y electrolitos tanto recibidos como perdidos, resaltando esta pérdida o ganancia dentro de un periodo de tiempo determinado el cual normalmente suele ser de un día.

Morbilidad.

La morbilidad se identifica como un dato estadístico relevante para la comprensión, evolución o el retroceso de alguna enfermedad, sus soluciones y el motivo por el que surgieron. En el ámbito epidemiológico este estudio puede ser ampliado hacia la cuantificación de los efectos y presencia de alguna enfermedad que afecte a la comunidad.

Criterio de Elección.

La elección de tratamiento renal sustitutivo es una decisión crucial en los pacientes con insuficiencia renal crónica, de ahí la importancia de la información que se ofrece en la consulta pre- diálisis.

4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

1. Hipótesis general

Determinando, los factores que influyen en la elección de la modalidad de diálisis, en los pacientes atendidos en el área de Nefrología del Hospital. Dr. Abel Gilbert Pontón de diciembre 2018 a mayo del 2019, obtendrán mayor conocimiento sobre las terapias dialíticas para su elección.

2. Hipótesis Particulares

Identificando la terapia dialítica de mayor elección en las personas que son atendidas en el área de Nefrología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, durante diciembre 2018 a mayo del 2019, se reflejará el grado de conocimiento de la población respecto a este tipo de procedimiento.

Analizando los factores que influyen en la elección de terapia dialítica en los pacientes que son atendidos en el área de Nefrología del Hospital. Abel Gilbert Pontón, se evidenciará una adecuada decisión para el inicio de estos tratamientos.

La falta de información sobre el Tratamiento Sustitutivo Renal (TSR) puede llevar a los pacientes a técnicas de diálisis no elegidas de haber sido informados.

3. Declaración de variables

Variable independiente: Factores asociados.

Variable dependiente: Criterios de elección de modalidad de diálisis

4. Operacionalización de las variables

HIPÓTESIS GENERA L	VARIA BLES	DIMEN SIÓN	INDICA DOR	ESCALA/ITEMS
-----------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------

<p>Determinan do, los factores que influyen en la elección de la modalidad de diálisis, en los pacientes atendidos en el área de Nefrología del Hospital Dr. Abel Gilbert</p>	<p>Factores relacionados</p>	<p>Factores que influyen en los pacientes y/o familiares para la elección de una terapia de diálisis.</p>	<p>Psico- Sociales</p> <p>Clínicos</p> <p>Diálisis peritoneal</p> <p>Hemodíalisis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Sabe Ud. lo que es una Diálisis? Sí No 2. ¿Conoce Usted cuales son las modalidades de Diálisis que existen? Conoce Desconoce 3. ¿Tuvo el conocimiento necesario para tomar la decisión de modalidad de Diálisis? Mucho Poco Nada 4. ¿Conoce usted que es la Hemodiálisis? Conoce Desconoce 5. ¿Conoce usted que es la Diálisis Peritoneal? Conoce Desconoce 6. ¿Cuáles fueron las causas que le llevaron a la Insuficiencia Renal? Diabetes Hipertensión Quistes Renales Otros 7. ¿Qué tiempo se tomó el especialista para explicar la modalidad del tratamiento? 0-15 min 30 min 1 hora más de 1 hora 8. ¿El criterio para la selección de Modalidad Dialítica fue? - Decisión Propia - Decisión sugerida: Medico Enfermera Familiares Medio de Infusión Internet Otros 9. ¿Obtuvo la información necesaria para la toma de esta decisión? Suficiente Insuficiente
				<p>49</p>

<p>obten drán mayor conoc imient o sobre las terapi as dialític as para su elecci ón.</p>	<p>Tratami ent o de modali da de diál isis</p>	<p>Tera pias de diáli sis que se lleva n en el área de Nefr ologí a del Hos pital Abel Gilb ert Pont ón</p>	<p>Tra spl ant e ren al</p>	<p>10. ¿Conoce las ventajas de la Hemodiálisis? Conoce Desconoce</p> <p>11. ¿Conoce las ventajas de la Diálisis Peritoneal? Conoce Desconoce</p> <p>12. ¿Qué tiempo le llevo en elegir el tratamiento dialítico unavez que el especialista le informo? Inm edi ato de 1 día a 1 se ma na2 se ma nas a 1 me s Más de 1 mes</p> <p>13. ¿La decisión del tratamiento Dialítico fue tomada por? Urgencias Cronicidad</p> <p>14. ¿Cuál fue la modalidad de ingreso? C. externa emergencia hospitalización</p> <p>15. ¿Qué tipo de acceso vascular utiliza? Catéter temporal catéter tunelizado FAV Catétertenkoff</p> <p>16. ¿Tiene apoyo de la Familia? Siempre Casi siempre Nunca</p> <p>17. ¿De quién obtuvo Ud. apoyo? Padres Hermanos Hijos Nietos Amigos Vecinos Otros</p> <p>18. ¿Cuánto tiempo lleva en Diálisis y que Modalidadrealiza? 0a 3 meses 4 a 7 meses 8 meses a 1 año Más de 1 año</p>
--	--	--	--	---

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio responde a un enfoque cuantitativo, dado a que se colectara datos numéricos, utilizando cuestionarios estructurados y validados por expertos, utilizando la técnica como la encuesta, datos que nos servirán para medir y analizar los hechos y características del objeto de estudio. De acuerdo a los objetivos de investigación propuestos, el estudio es de tipo no experimental con corte transversal puesto que no se manipulará las variables, se las analizará en su ambiente natural y donde se desarrolla y la recolección de datos se la obtendrá en un único momento.

Esta experiencia científica es una investigación de tipo descriptiva, en tanto que, basada en la observación detallada y analítica, de los criterios que motivan a los pacientes renales a decidir qué tipo de tratamiento deben elegir, busca abstraer de una realidad concreta y vivencial, una forma teórica que ofrezca detalles de cada uno de esos factores, que condicionan estas decisiones. Además, es una investigación de tipo explicativa, en razón que busca dar a conocer, el por qué estos factores, tienen incidencia a las decisiones de estos pacientes, que tan relevantes pueden ser las causas de estas influencias y las consecuencias que pueden tener en el avance o control de la enfermedad y en el estilo y calidad de vida de quienes deben transitar este camino.

Es una investigación de campo puesto que su desarrollo, está contextualizado en un lugar real y determinado, específicamente en el HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTÓN de Guayaquil y cuyos datos serán obtenidos de un grupo de pacientes específicos, con historias reales y concretas, que permitirá

obtener datos e información verídica y fidedigna, comprobable a través de los instrumentos científicos disponibles para tales fines.

La investigación se desarrolló durante un periodo de tiempo pre-establecido de seis meses, desde diciembre del 2018 a mayo del 2019 y sobre un grupo de personas determinadas, razón por la cual se considera de tipo transversal ya que se buscará relacionar distintas variables del objeto de investigación en una sola ocasión.

La investigación es de tipo cuantitativa en tanto que se generan cifras en torno al comportamiento de las variables y el grupo de estudio, proporciona datos que es necesario cuantificar, procesar, sin necesidad de cambiar las variables, además destaca por su utilidad para modificar las hipótesis o reafirmarlas, cuando se comprueba o no el planteamiento hipotético. Este método produce cifras y con estas, se puede concluir cuáles son los factores que más influyen en los pacientes renales al momento de elegir un tratamiento para la enfermedad renal crónica.

2. POBLACIÓN Y LA MUESTRA

2.1. Características de la población

La población objeto de investigación esta signada por ser un grupo de pacientes, que concurren al servicio de nefrología del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, ya sea por consulta externa o por emergencia, ubicado en la ciudad de Guayaquil, solicitando atención y orientación médica por presentar enfermedades renales.

El lugar de estudio está definido como es el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón ubicado en la ciudad de Guayaquil de la provincia del Guayas, que cubre una población asignada en promedio anual de 428.166 pacientes, los cuales pertenecen a consulta externa, emergencia, hospitalización específicamente el área de Nefrología donde ingresan anualmente un promedio de 400 casos nuevos de pacientes con urgencias de diálisis; en su mayoría son personas cuyas edades van de los 18 a 80 años de edad.

2.2. Delimitación de la población

En el presente estudio se considerarán los datos de pacientes con enfermedad renal crónica que por primera vez eligen la modalidad de diálisis en el año. La población de referencia está conformada por aproximadamente 500 pacientes en área de Nefrología del Hospital Abel Gilbert Pontón durante mayo 2018 a mayo del 2019. Se tomarán en cuenta los tratamientos que diariamente seleccionan las personas que ingresan a un tratamiento de sustitución.

2.3. Tipo de muestra

Se trata de una muestra probabilística, ya que es un estudio, donde las personas fueron seleccionadas de manera aleatoria-simple, en base al estado en que ingresan antes de ser sometidos a un tratamiento dialítico, segmentado solo por la edad ya que se tomaran en cuenta personas mayores a 18 años, puesto que para el estudio hay que considerar su nivel de madurez, pues deben seleccionar

por propia cuenta, que tipo de terapia dialítica les será aplicada para su tratamiento.

2.4. Tamaño de la muestra

En el desarrollo de la investigación se estima que la cantidad de pacientes que serán tomados de acuerdo a la fórmula del cálculo muestral, es de 95 de pacientes, que por primera vez ingresan al área de nefrología del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón como casos nuevos. Todos estos, serán tomados en cuenta para ver la relación que existe entre la efectividad o desarrollo del tratamiento y el conocimiento que tienen respecto al criterio de elección para la modalidad dialítica que les será aplicada.

$$n = \frac{Npq}{\frac{(N-1)E^2}{Z^2} + pq}$$

$$n = \frac{500 \quad 0,5 \quad 0,5}{\frac{500 \quad -1 \quad 0,0025 + 0,5 \quad 0,5}{3,92}}$$

$$\frac{500 \quad 0,25}{3,92}$$

$$n = \frac{499 \quad 0,0025 \quad +1,00}{3,92}$$

$$\frac{125}{1,2475 \quad +1,00}$$

$$\frac{125}{3,92}$$

$$n = \frac{125}{0,318 \quad +1,00}$$

$$n = \frac{1,32}{1}$$

$$n = 94,82$$

2.5. Proceso de selección

Se seleccionaron y clasificaron los pacientes en base a la edad y sexo, lugar de procedencia, etapa de la enfermedad al momento de acudir por vez primera a consulta del área de nefrología del hospital Guayaquil. De preferencia se analizarán aquellos que ingresen con enfermedad renal, en la última etapa y el mes en el que ingresan a realizarse el tratamiento sustitutivo.

Pacientes con enfermedad renal crónica en su etapa final que cumplan los siguientes criterios: que sean mayores de 18 años de edad; expectativa de inicio menor de un año; que no Recibieran con anterioridad información relacionada al tratamiento de sustitución de las funciones renales o cualquier otro tipo de modalidad de diálisis presente en el estudio ya sea diálisis peritoneal o hemodiálisis tanto a domicilio como en el centro de salud.

Criterios para la exclusión: que el paciente sea menor de 18 años de edad, que se encuentre en tratamiento dialítico por más de 1 año, pacientes sin enfermedad renal y los pacientes trasplantados.

3. LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.1. Métodos teóricos

Método Analítico-sintético

En este método se estudian los hechos, donde se parte de la descomposición del objeto de estudio donde cada una de sus secciones se estudiará de manera individual para luego integrarlas y estudiarlas de forma integral. Para esta tesis se optará por realizar análisis estadísticos probando variables donde se destaquen características como edad, sexo, tipo de tratamiento, tiempo de la consulta por paciente y conocimientos previos que manejen tanto ellos como sus familiares; todos estos parámetros se aplicaran con el objetivo de encontrar la solución más adecuada a la problemática presentada y así analizar el caso de manera más objetiva.

Método hipotético-deductivo

Es la guía que sigue el investigador para realizar su actividad y hacerla científica, tiene varios pasos esenciales: observación del hecho que va a estudiar, crear una hipótesis para explicar lo que observa, deducción de las consecuencias más elementales de la propia hipótesis, y verificación de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia.

En el presente proyecto se aplicó este método porque se utilizó las encuestas como medio de recolección de datos que llevasen a la verificación de la hipótesis.

3.2. Métodos empíricos

De manera empírica se realizó una observación de manera interna en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de Guayaquil, la misma permite alcanzar los objetivos del estudio, obteniendo información necesaria para definir y explicar ciertas características y situaciones planteadas con anterioridad, enriqueciendo así el análisis e interpretación de la información.

3.3. Técnicas e instrumentos

Para el presente estudio se empleó fuentes primarias como la observación que permitió obtener una idea clara y general para el estudio; además se utilizaron fuentes secundarias como datos e información de fuentes bibliográficas, estudios científicos, artículos de revistas indexadas, como apoyo referencial al trabajo investigativo.

Se diseñó un cuestionario tipo encuesta en base a escalas predeterminadas, con un total de 18 preguntas abiertas, considerando el objetivo general y los específicos y las hipótesis y variables del problema. Para reunir la información de los datos socio- demográficos de los pacientes, sus tratamientos, se utilizaron las historias clínicas del sistema Hospital, de cada paciente con insuficiencia renal crónica atendidos en las unidades de Nefrología, tanto de hospitalización

y de emergencia; con la finalidad de:

Identificar la terapia dialítica de mayor elección en estos pacientes, la eficiencia al tratamiento. Para el efecto se solicitó únicamente el consentimiento informado a los interesados en ser partícipes en este estudio.

Se analizará con anterioridad este formulario, validándolo por expertos en el tema: calificando su pertinencia, confiabilidad y validez, evaluándolo con una calificación de hasta 100 puntos. Luego será aplicado a 95 usuarios para afirmar la validez del estudio. Los datos obtenidos en la investigación serán procesados y tabulados, con el programa estadístico de representación estadística SPSS, los cuales servirán para elaborar y posteriormente publicar un artículo científico.

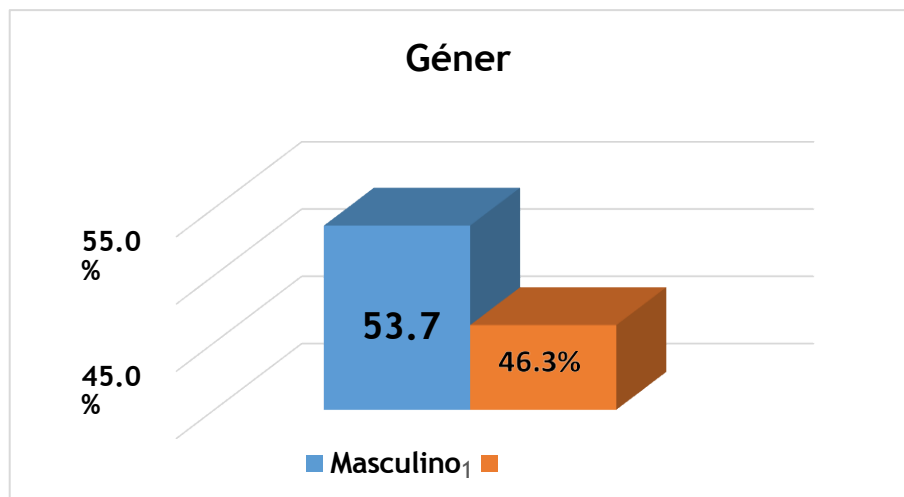
3.4. Consideraciones Éticas.

Que, el artículo 362 de la misma Constitución de la República dispone que 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 y que 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. (Acuerdo Ministerial - Ecuador, 2014)

Que, el artículo 208 de la mencionada Ley Orgánica sostiene que: "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." (Acuerdo Ministerial - Ecuador, 2014, p89)

4. Procesamiento estadístico de la información

Para manejar la información y datos obtenidos durante el proceso de recolección de datos en los años que se realizó el estudio, se produjeron tablas organizadas en base a edad sexo y tratamiento que lleva el paciente, donde los datos obtenidos por observación y los datos numéricos obtenidos por la muestra que tiene el área de nefrología del hospital, se presentaron en una tabla de correlación para comprobar si el paciente tiene la suficiente información al momento de tomar una decisión a su tratamiento dialítico y vaya de acorde a sus necesidades, si una selección diferente hubiese provocado otros resultados que pueden ser positivos o negativos para establecer la relación entre el efecto del tratamiento y los factores que ocasionaron la selección de tratamiento del paciente, también se buscó analizar la preferencia de unos pacientes respecto a un tratamiento comparándola con otras zonas cubiertas por otros hospitales como información adicional que ayudo a analizar los resultados y establecer la influencia de los diferentes tratamientos renales.



CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

En este capítulo se analizaron los resultados obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario a 95 pacientes de reciente ingreso con Diagnóstico de Insuficiencia Renal, atendidos en la consulta Externa, área de Nefrología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

Tabla 1 Distribución porcentual según género

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	51	53,7%
Femenino	44	46,3%
Total	95	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 1 Distribución porcentual según género

Los datos recopilados permiten identificar que los pacientes que ingresan a las terapias dialíticas se segmentan con un 53,7% del sexo masculino y un 46,3% del sexo femenino.

Es interesante transpolar este resultado a una muestra inicial, antes de tomar la decisión sobre la elección del tratamiento dialítico y especular si los hombres son más decididos o tienen más apoyo para estar bien informados sobre los diferentes tratamientos de diálisis, a diferencia de las mujeres.

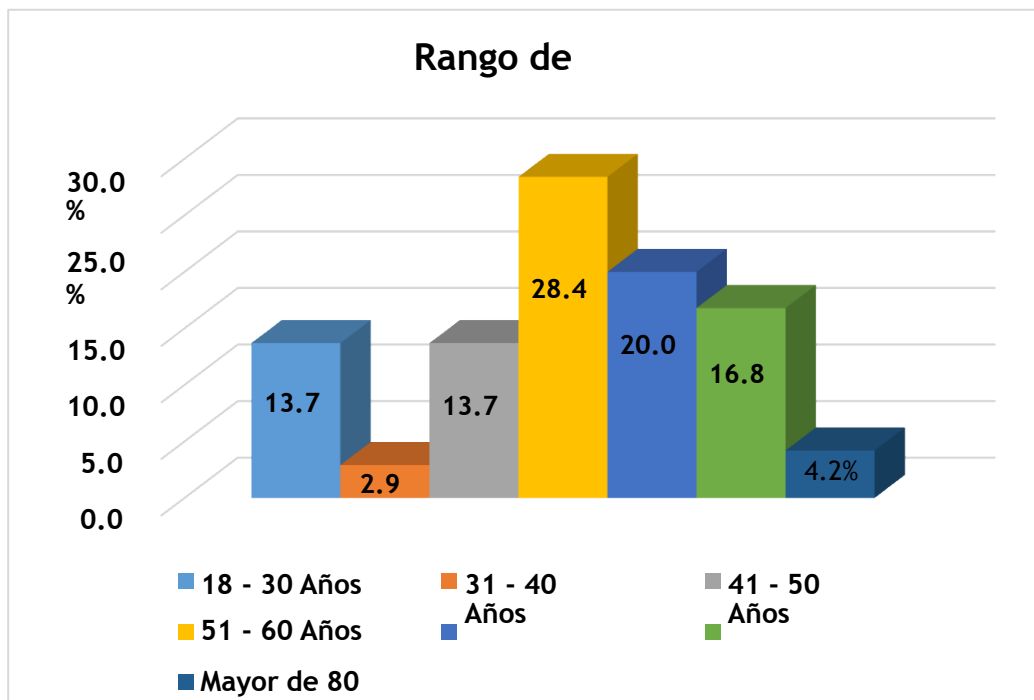


Tabla 2. Distribución porcentual según edad

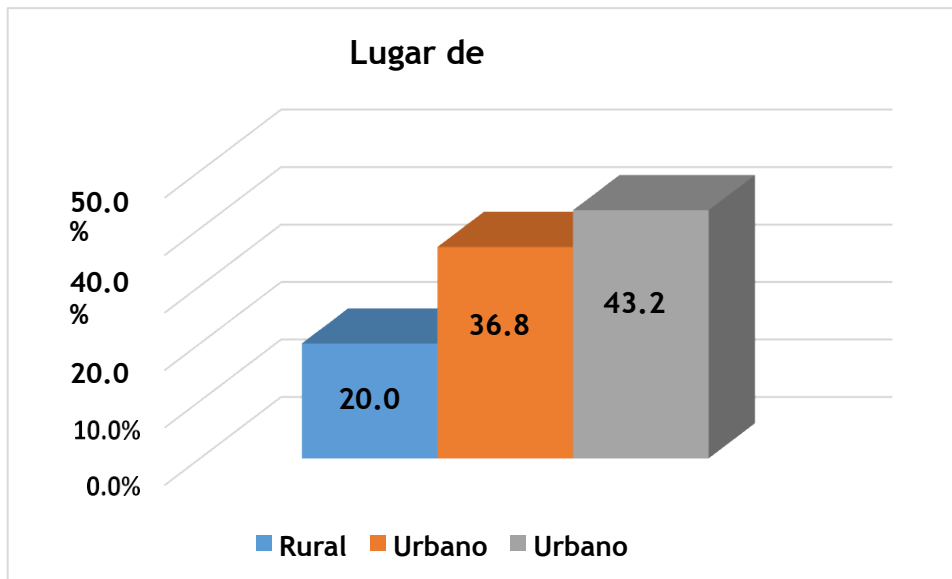
Rango de Edades	Frecuencia	Porcentaje
18 - 30 años	a	13,7%
31 - 40 años	3	2,91%
41 - 50 años	13	13,7%
51 - 60 años	27	28,4%
61 - 70 años	19	20,0%
71 - 80 años	16	16,8%
Mayor de 80 años	4	4,2 %
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 2 Distribución porcentual según edad

El gráfico demuestra, que el grupo de edades, entre los 51 y 60 años, representan el 28.4% de la muestra; con un 20% están las edades entre 61 a 70 años; con un 16,8% al grupo de edad de 71-80 años; seguido del 13,7% al rango de edades de 41-50 y 18-30 años. Lo que indica que las personas adultas y adultas mayores, son más propensas a necesitar del tratamiento dialítico.



3. Distribución porcentual según lugar de residencia

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Rural	19	20,0%
Urbano	35	36,8%
Urbano Marginal	41	43,2%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 3 Distribución porcentual según lugar de residencia

Estos resultados sitúan la mayor parte de la muestra ubicada en el área urbana marginal con un 43% y la urbana con un 37%, es decir el 73% de la muestra procedente de las zonas urbanas, pareciera que la diálisis o la enfermedad renal no hace mucho distingo de clases sociales y por otro lado un menor porcentaje del 20% procedente de las zonas rurales. Cabe indudablemente la duda si es que acaso las áreas rurales se encuentran menos atendidas o están menos propensas a enfermedades renales, interesante conjetura.

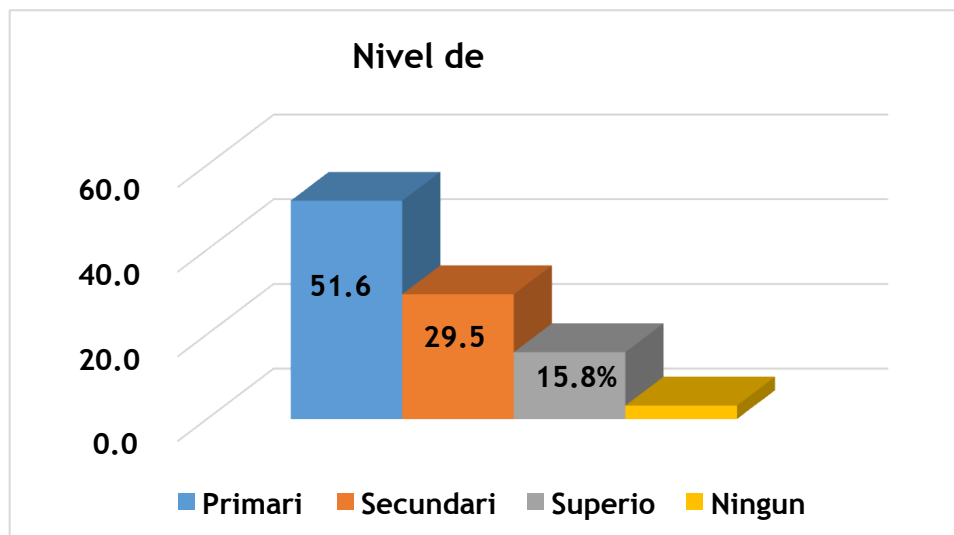


Tabla 4. Distribución porcentual según nivel de educación

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	49	51,6%
Secundaria	28	29,5%
Superior	15	15,8%
Ninguna	3	3,2%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 4. Distribución porcentual según nivel de educación

Estos resultados, relativos a la educación de los pacientes, llevan indudablemente a pensar que la enfermedad renal estaría relacionada con la formación y educación de las personas. Solo un 16% de los pacientes tienen educación superior; mientras que el 81% se concentra en personas con educación primaria y secundaria, donde la mayor ponderación corresponde a personas que solo tienen educación primaria con un 52%. Se refleja que solo un 4% no tienen ninguna educación, que pudiera ser una distorsión estadística por lo pequeña de la muestra.

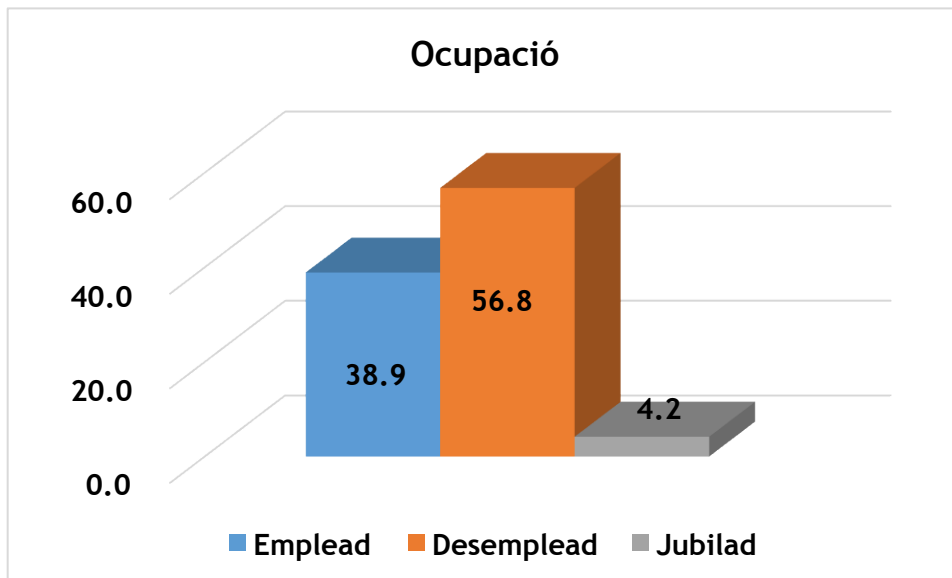


Tabla 5 Distribución porcentual según Ocupación

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	37	38,9%
Desempleado	54	56,8%
Jubilado	4	4,2 %
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 5. Distribución porcentual según Ocupación

Relacionar el grado de ocupación con la necesidad de la diálisis y la enfermedad renal, refleja en los resultados que no existe una marcada tendencia sobre la ocupación o desocupación para ser candidato a enfermedad renal. La desocupación, abordando juntos desempleo y jubilación, alcanzan un 61% de la muestra, mientras que un 39% corresponde a personas ocupadas en algún oficio.

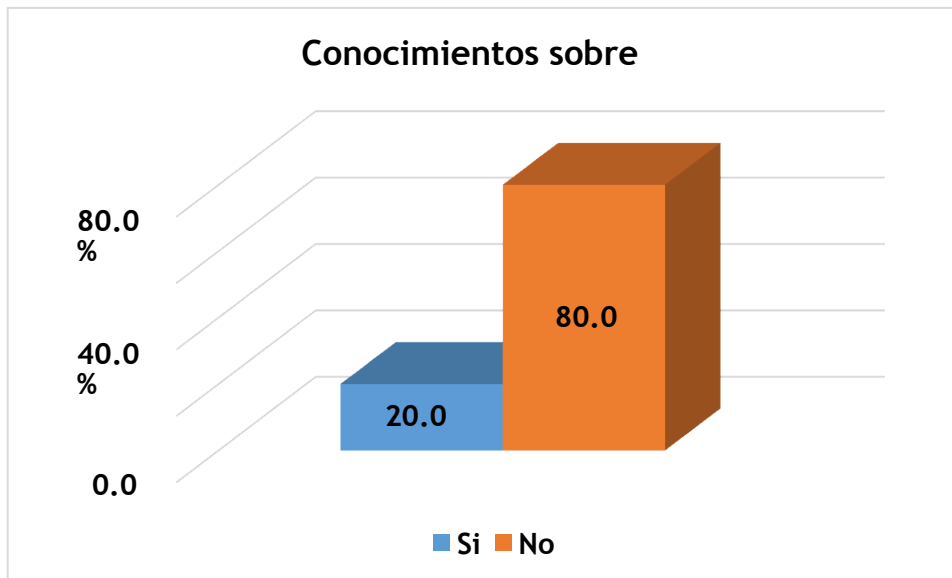


Tabla 6 Distribución según conocimiento sobre lo que es la Diálisis

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	20,0%
No	76	80,0%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 6 Distribución según conocimientos sobre lo que es la Diálisis

Según estos resultados, la gran mayoría de los pacientes que acuden a practicarse diálisis, se someten al tratamiento sin conocimiento sobre esta, más del 80% de los dializados llegan a comenzar el procedimiento en desconocimiento de los detalles y las implicaciones del mismo. Solo un 20% de la población expuesta manifiesta tener conocimiento del tratamiento, el tema de la desinformación es una constante en los asuntos inherentes a los enfermos renales crónicos con necesidad de diálisis.

Modalidades de

Tabla 7. Distribución sobre conocimiento de las modalidades de Diálisis

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Conoce	16	16,8%
Desconoce	79	83,2%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

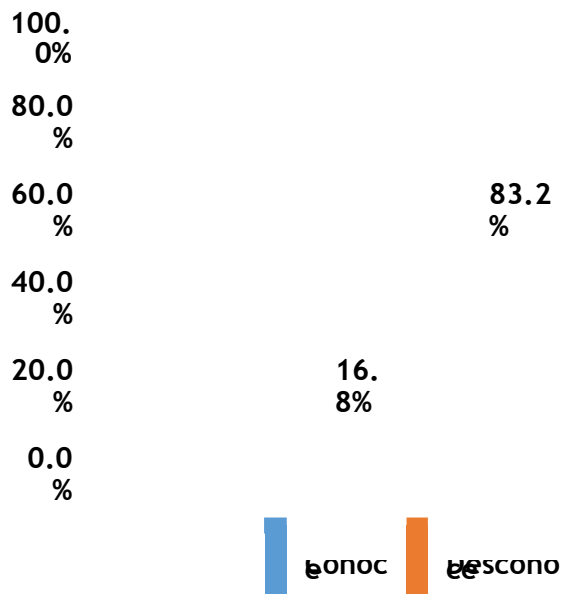


Gráfico 7 Distribución sobre conocimiento de las modalidades de Diálisis

Estas estadísticas, ofrecen sólidos resultados entorno a la información que los pacientes manejan sobre las modalidades de diálisis existentes y necesarias, se puede observar que más allá de su conocimiento sobre el tema, existe una necesidad de supervivencia que obviamente trastoca estos resultados, una clara mayoría de los afectados desconoce la información pertinente al tratamiento, sin embargo, esto no impide su participación del mismo, el 83.2% de la muestra no tiene conocimiento sobre las modalidades de diálisis, mientras que solo el 16.8% de los involucrados declararon estar en conocimiento sobre el tema. Es decir, los pacientes aun sin el conocimiento necesario sobre la modalidad de las diálisis,

se hacen someter a estos tratamientos

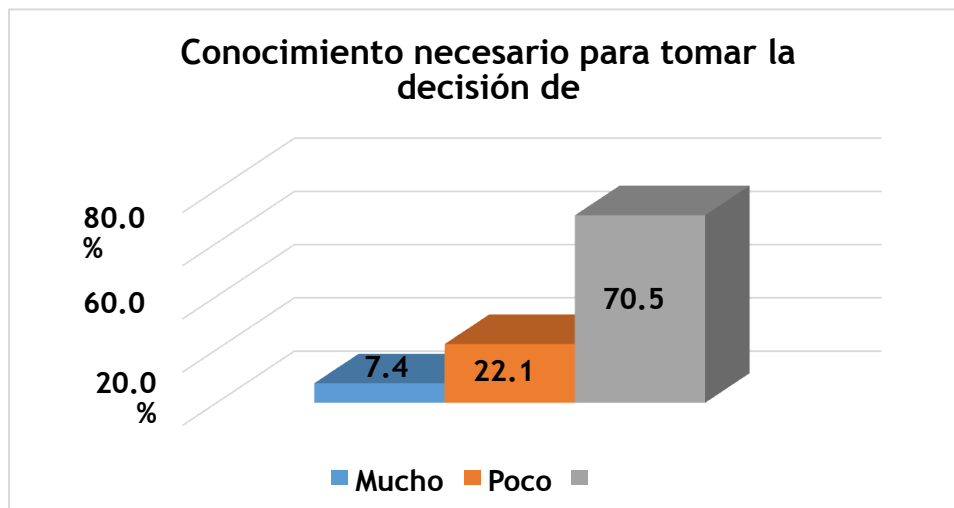


Tabla 8 Distribución según conocimiento necesario para tomar la decisión del TRS

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Mucho	7	7,4 %
Poco	21	22,1%
Nada	67	70,5%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 8. Distribución según conocimiento necesario para tomar la decisión del TRS

Estos resultados, indican que una abrumadora mayoría de los pacientes participantes de la muestra, no tienen ningún conocimiento para tomar la decisión, evidentemente, otras razones más allá del conocimiento, influyen mayormente en esta toma de decisión. Una marcada mayoría de los pacientes, el 70.5% manifiesta no tener nada de la información necesaria para tomar la decisión, otras razones obviamente lo llevaron a tomarla. En otro segmento un 22.1% de los pacientes, manifiestan tener poco conocimiento para decidir sobre el tratamiento dialítico, lo que acumula una mayoría absoluta del 92.6% con ninguna o poca información para tomar la decisión. Solo un 7.4 % manifestó tener mucho conocimiento a la hora de decidir.

Conocimiento sobre el tratamiento de Hemodiálisis

Tabla 9 Distribución según conocimiento sobre que es la Hemodiálisis

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Conoce	17	17,9%
Desconoce	78	82,1%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Conoce

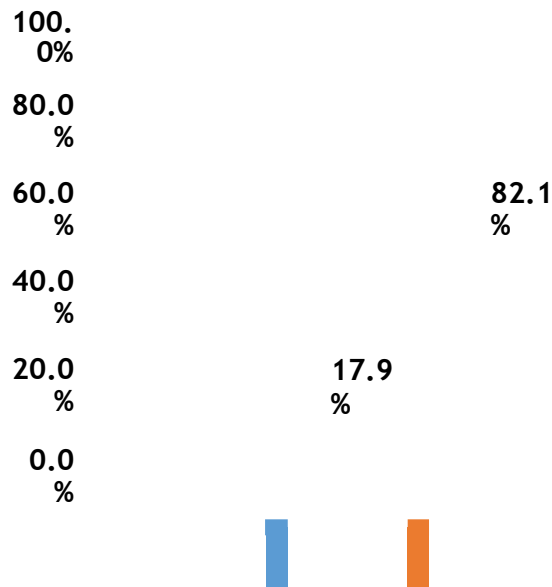


Gráfico 9 Distribución según conocimiento sobre que es la Hemodiálisis

Estos resultados, evidencian claramente que la mayoría de los pacientes sometidos a hemodiálisis, no distinguen este tratamiento de la otra alternativa que pudieron haber necesitado, una mayoría del 82.1% desconoce sobre que es la hemodiálisis, mientras que apenas un 17.9% manifiesta conocer sobre este procedimiento, el tema de la información o desinformación, tiende a ser una constante en los resultados estadísticos evaluados en torno al tema de las enfermedades renales.

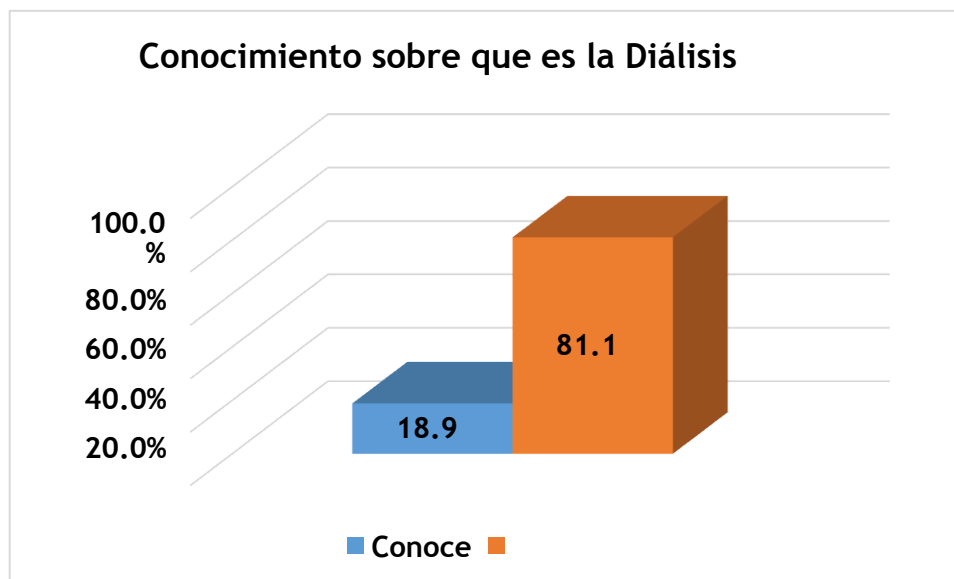


Tabla 10 Distribución según conocimiento sobre que es la Diálisis Peritoneal

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Conoce	18	18,9%
Desconoce	77	81,1%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 10 Distribución según conocimiento sobre que es la Diálisis Peritoneal

El cuadro estadístico en torno al conocimiento sobre la diálisis peritoneal, refleja que un 81,1% de los pacientes desconoce sobre el tratamiento al que es sometido, es decir, no es capaz de distinguirlo de entre otros tratamientos dialíticos, mientras que un 18,9% sí posee conocimiento sobre la diálisis peritoneal. Estos resultados reflejan que la mayoría de los pacientes no cuentan con los conocimientos necesarios sobre la terapia dialítica requerida para su padecimiento y que le daría igual cual sea fuera la terapia recomendada.

Causas de la Insuficiencia Renal

Tabla 11 Distribución según causas de la Insuficiencia Renal Crónica

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	52	54,7%
Hipertensión Arterial	27	28,4%
Quistes Renales	9	9,5%
Otros	7	7,4%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

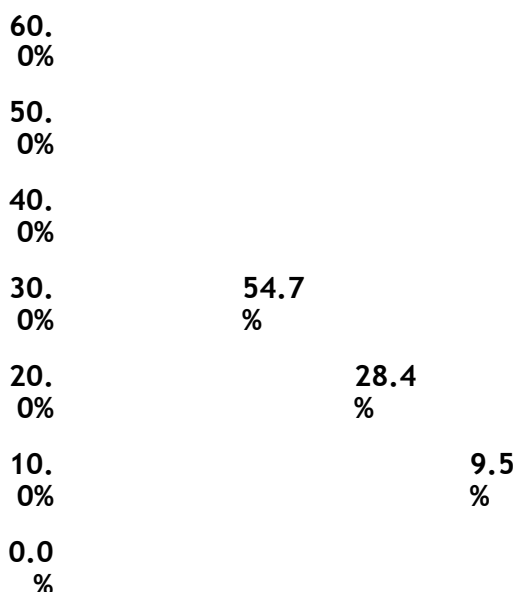


Gráfico 11 Distribución según causas de la Insuficiencia Renal Crónica

De este breve análisis estadístico, se concluye que las causas fundamentales de la insuficiencia renal crónica, por las cuales los pacientes requieren tratamientos con diálisis, obedecen mayormente a la diabetes, cuyos pacientes ocupan un 54.7% de la muestra y otro 28.4% ocupado por pacientes con hipertensión arterial. Estos grupos de pacientes enfermos ocupan 83% de la muestra, es decir, la

diabetes y la hipertensión arterial son las causas principales por la cuales los pacientes sufren de insuficiencia renal crónica y requieren ser tratados con diálisis. Otros segmentos menos significativos lo ocupan los quistes renales con un 9.5% y otro 7.4% por otras causas.

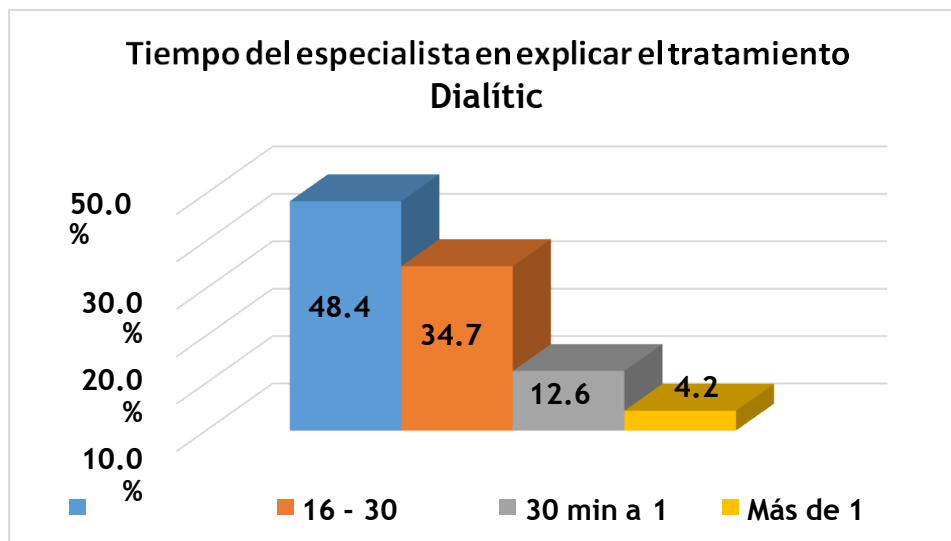


Tabla 12 Distribución según tiempo del especialista en explicar el tratamiento Dialítico

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
0 - 15 minutos	46	48,4%
16 - 30 minutos	33	34,7%
30 min a 1 hora	12	12,6%
Más de 1 hora	4	4,2 %
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 12 Distribución según tiempo del especialista en explicar el tratamiento Dialítico

Este resultado, refleja el tiempo utilizado por el especialista en explicar el tratamiento dialítico a sus pacientes, los datos indican que el 83 % de la muestra recibió la explicación en menos de 30 minutos, un 48% de ellos la recibió en menos de 15 minutos y otro 35% en menos de media hora, en ambos, casos muy poco tiempo para dar detalles de un tratamiento tan complejo y tan invasivo. Solo un 13% de los pacientes recibieron la explicación en lapsos de una hora y un 4% recibió la explicación en más de una hora.

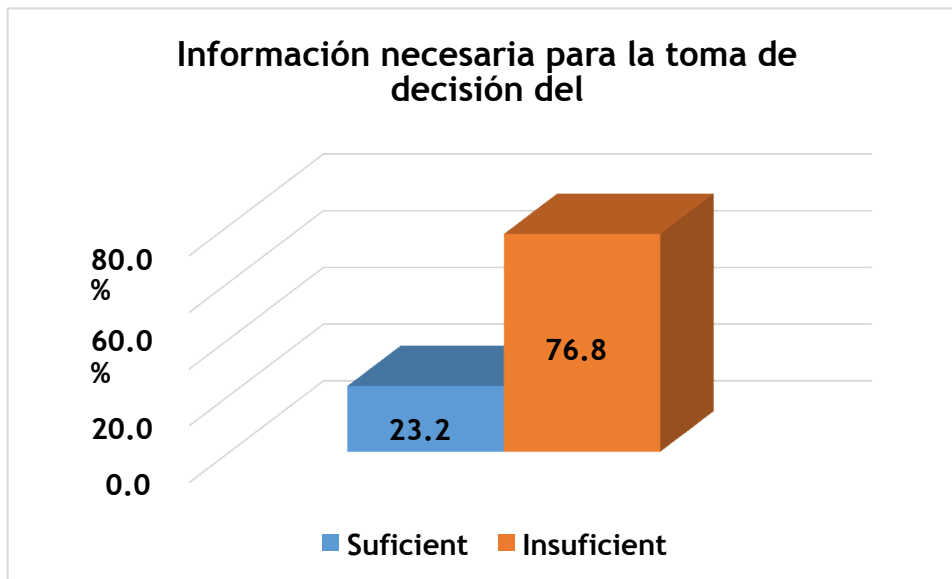


Tabla 13. Distribución según información necesaria para la toma de decisión del tratamiento

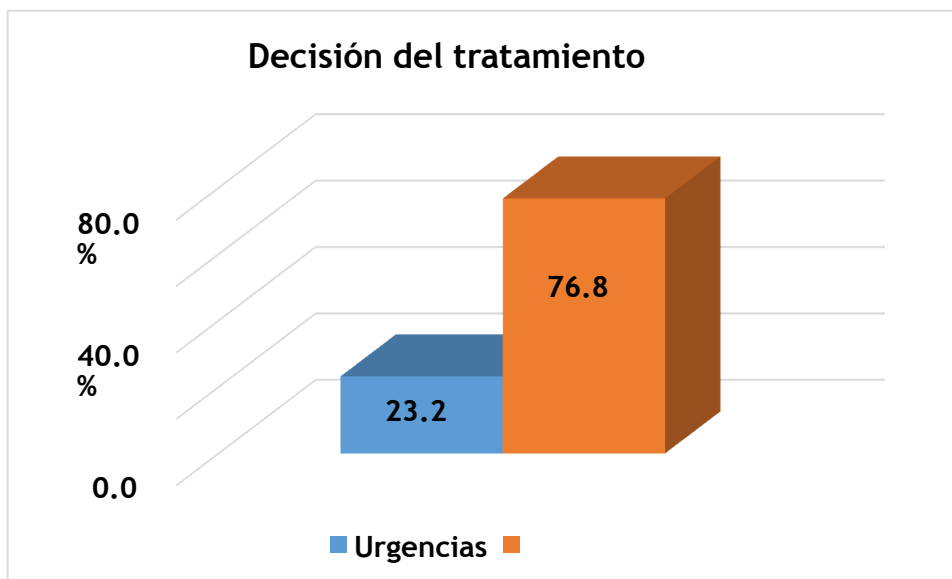
Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Suficiente	22	23,2%
Insuficiente	73	76,8%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 13 Distribución según información necesaria para la toma de decisión del tratamiento

Los resultados en cuanto a la obtención de la información necesaria para tomar la decisión, sobre el uso del tratamiento, reflejan que una contundente mayoría del 77% manifestó no recibir la información necesaria, es decir, esta mayoría abrumadora, tomo la decisión sin contar con la información necesaria para hacerlo, unas causas distintas a su conocimiento sobre el tratamiento, lo llevaron a tal determinación. Solo un 23% de la población objeto de análisis manifestó tener la información necesaria para decidir sobre someterse a la diálisis.



. **Tabla 14. Distribución según la decisión del tratamiento Dialítico**

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Urgencias	22	23,2%
Cronicidad	73	76,8%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 14 Distribución según la decisión del tratamiento Dialítico

Lo oportuno de la toma de decisión sobre la diálisis, es evaluada en esta estadística con los parámetros de urgencias o cronicidad. Los resultados indican que el 77% de los pacientes tomaron la decisión debido a la cronicidad de sus casos, es decir el nivel de deterioro de su salud fue el factor determinante para decidir sobre la diálisis, mientras que un 23% de la muestra baso su determinación en la urgencia de su enfermedad.

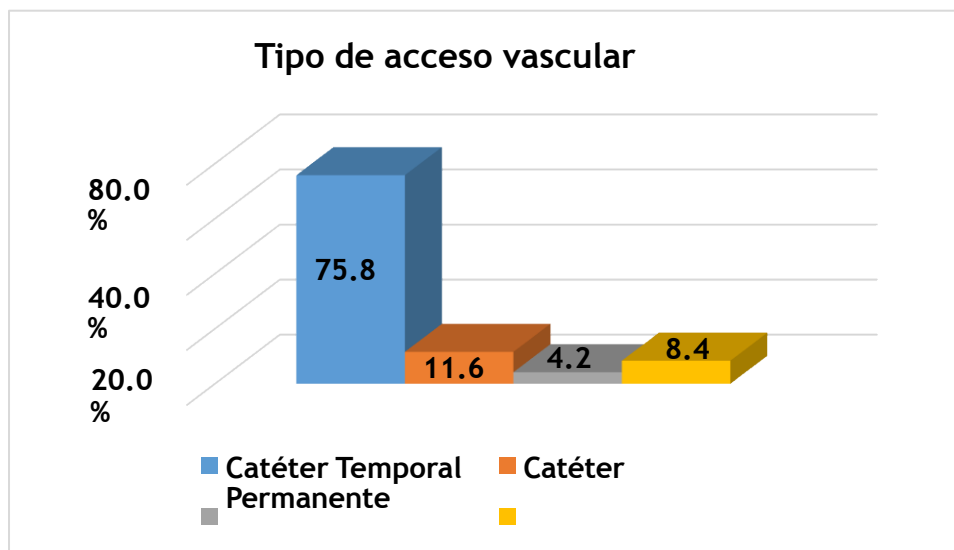


Tabla 15 Distribución según tipo de acceso vascular que utiliza

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Catéter Temporal	72	75,8%
Catéter Permanente	11	11,6%
Fistula arterio-venosa	4	4,2%
Catéter Tenkoff	8	8,4%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 15 Distribución según tipo de acceso vascular que utiliza

Los resultados referentes al tipo de acceso vascular utilizado al inicio del tratamiento dialítico reflejan que el 76% de los pacientes inicia su tratamiento con catéter temporal, seguido del 12% con catéter permanente, el 8% con catéter tenkoff para diálisis peritoneal, y un 4% con FAV. Estos resultados indican que las vías utilizadas para los procedimientos de diálisis comienzan con las más invasivas y se mueven hacia el uso de otras vías dependiendo de las condiciones de los pacientes

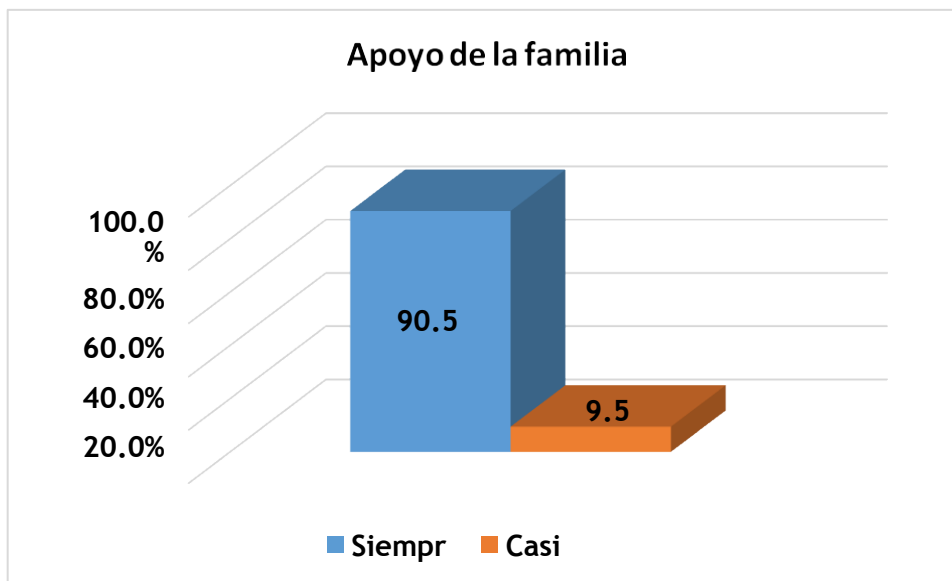


Tabla 16 Distribución según si tiene apoyo de la familia

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	86	90,5%
Casi siempre	9	9,5%
Total	95	100

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 16 Distribución según si tiene apoyo de la familia

Los resultados de este análisis son inherentes al apoyo familiar, afortunadamente, los datos arrojados indican que una gran mayoría de los pacientes, cuentan con el apoyo familiar para lidiar con este proceso. Un sólido 90.5% de los pacientes cuenta con el absoluto apoyo familiar y este signo, es sin duda determinante para el éxito, en este no tan fácil procedimiento. Solo un 9.5% refleja un apoyo relativo de su familia en el renglón “casi siempre”, mientras que en ningún caso se manifestó nunca tener el apoyo familiar.

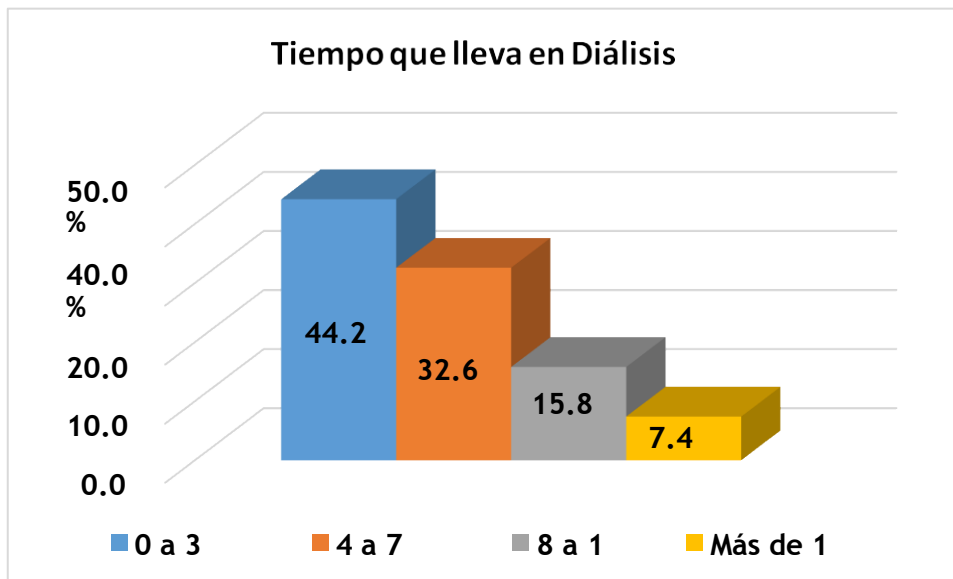


Tabla 17 Distribución según el tiempo que lleva en Diálisis

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
0 a 3 meses	42	44,2%
4 a 7 meses	31	32,6%
8 a 1 Año	15	15,8%
Más de 1 Año	7	7,4%
Total	95	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 17 Distribución según el tiempo que lleva en Diálisis

Los datos concernientes al tiempo que llevan en diálisis, muestran que más del 78% de los pacientes involucrados, llevan entre 1 a 7 meses en el tratamiento, segmentados en un 44% que tiene de 0 a 3 meses, seguido de un 33% que llevan de 4. a 7 meses. El restante 23% de la muestra alcanza hasta un año o más, practicándose el tratamiento. (16% tiene de 8 meses a 1 año, y solo el 7% llevamás de 1 año). La lectura de la muestra pareciera orientar hacia la idea de la práctica semestral como una generalidad, en tanto que el tiempo cercano al medio año es el más repetido en estos resultados.

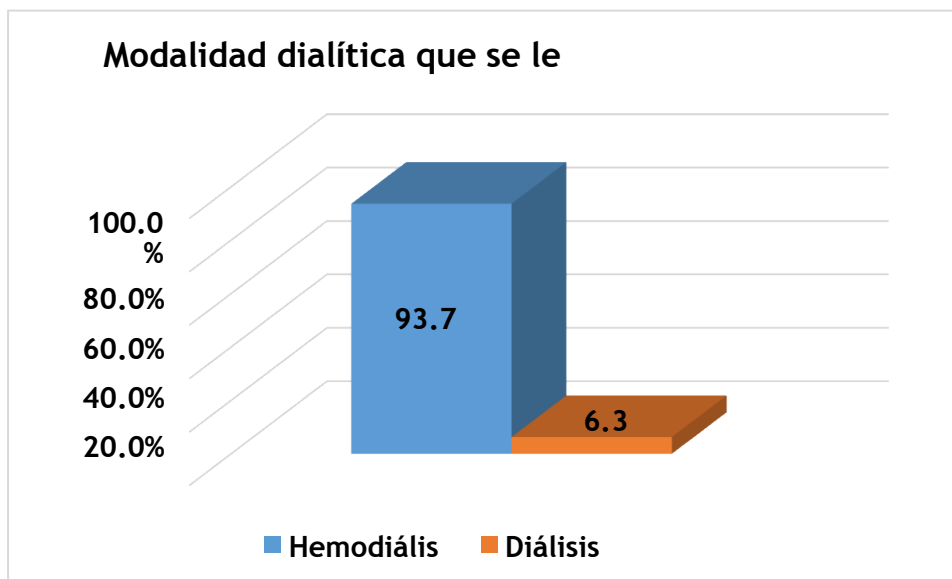


Tabla 18.- Distribución según la modalidad que se le realiza al paciente

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Hemodiálisis	89	93,7%
Diálisis Peritoneal	6	6,3 %
Total	95	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes atendidos en el área de Nefrología

Elaborado por: Mariela Acebo Murillo, maestrante

Gráfico 18. Distribución según la modalidad que realiza.

En cuanto a la modalidad dialítica que se les realiza, en el gráfico se evidencia que con un 94% son sometidos al tratamiento Renal sustitutivo de Hemodiálisis; y con un 6% se les practica Diálisis peritoneal; es decir que hay un alto porcentaje del tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Es decir que influye el factor socio cultural en esta modalidad, debido a que los pacientes se sienten más seguros en manos de la robótica, que siendo parte de la tecnología de la diálisis al usar su cuerpo como parte del equipo.

2. ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS

Se analizan prospectivamente los 95 pacientes que corresponde a la muestra, y que comienzan un tratamiento sustitutivo de diálisis en la unidad Hospitalaria Dr. Abel Gilbert Pontón, durante los 5 meses de estudio en todos los pacientes se registran los siguientes datos: edad, sexo, enfermedad de base, comorbilidad (índice de Khan, índice de Charlson), forma de inicio de diálisis (programada o urgente), tipo de diálisis elegida y motivos por los que elige una u otra técnica.

La investigación de Carol Criss Cossio Tanchiva. (2015) señaló que:

“Los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis están presentes porque la mayoría de los pacientes no confían en que el tratamiento los curará, sienten molestias al asistir tres veces por semana por tres horas acostados y con un miembro inactivo. Acerca de los factores familiares asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis, se revela, es porque la mayoría de la familia no les motiva para continuar el tratamiento; y en relación a los factores terapéuticos asociados a la no adherencia es porque la mayoría de los usuarios no reciben ayuda psicológica”. (p.32)

De igual manera el estudio investigativo realizado en el Hospital Ramón y Cajal, de Madrid, manifiesta que la mayoría de los pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo en España lo hacen con hemodiálisis, siendo utilizada la diálisis peritoneal en menos de un 11% de los casos incidentes. Los factores que condicionan este desequilibrio entre ambas técnicas no está claro: las preferencias del nefrólogo y el inicio no programado de la diálisis son las dos causas a las que se les atribuye la baja utilización de la diálisis peritoneal.

En el presente estudio investigativo en cuanto a la modalidad dialítica que se les realiza, en el gráfico se evidencia que con un 94% los pacientes son sometidos al tratamiento Renal sustitutivo de Hemodiálisis; y con un 6% se les practica Diálisis peritoneal; es decir que hay un alto porcentaje del tratamiento sustitutivo de hemodiálisis.

Además, la misma investigación realizada en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid-España indica también que:

“La derivación tardía al nefrólogo condiciona un aumento de la morbi-mortalidad en estos pacientes. Por ello, en los últimos años se han creado las Unidades de Pre diálisis, que se trata de consultas de Nefrología, donde al paciente no sólo se le evalúa globalmente (grado de insuficiencia renal, patología asociada, etc.), sino que también son informados de la evolución a insuficiencia renal terminal con necesidad de tratamiento renal sustitutivo.

Es decir, que “recién en este momento, al paciente se le informa de las técnicas de tratamiento sustitutivo disponibles, para que éste elija libremente”; salvo que haya contraindicación médica expresa de alguna de ellas; por lo que se comprende que, “de esta forma, la programación del tratamiento renal sustitutivo, debe planificarse con tiempo suficiente”. Infortunadamente en muchos casos, la ausencia de síntomas hasta un estadio avanzado de la enfermedad, condiciona la llegada tardía a los servicios de nefrología, iniciándose la diálisis de forma aguda.

De la variable estudiada, los resultados en cuanto a la obtención de la información necesaria para tomar la decisión, sobre el uso del tratamiento, reflejan que una contundente mayoría del 77% manifestó no recibir la información necesaria, es decir, esta mayoría abrumadora, tomo la decisión sin contar con la información necesaria para hacerlo, unas causas distintas a su conocimiento sobre el tratamiento, lo llevaron a tal determinación. Solo un 23% de la población objeto de análisis manifestó tener la información necesaria para decidir sobre someterse a la diálisis.

Objetivo específico 1: Identificar que terapia dialítica es la mayormente seleccionada por los pacientes que asisten al área de Nefrología del Hospital Abel Gilbert Pontón, durante 2018 - 2019.

Objetivo específico 2: Analizar las razones que determinan la elección de Hemodiálisis en los pacientes que asisten al área de Nefrología del Hospital Abel Gilbert Pontón, durante 2018 - 2019.

Objetivo específico 3: Diseñar un programa de información dirigido a los pacientes que asisten al área de Nefrología del Hospital Abel Gilbert Pontón, que permita coadyuvar el camino sobre la toma de decisiones en torno a terapia de diálisis más conveniente para cada caso en particular.

4.4 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

En la hipótesis general se planteó que: Determinando los factores que influyen para la elección de modalidad de diálisis en los pacientes que recibieron algún tratamiento dialítico en el área de Nefrología del Hospital Abel Gilbert Pontón, se obtendrá mayor conocimiento y adherencia a las diferentes modalidades dialíticas, analizando los diferentes medios que influyen para la elección de terapia dialítica y así implementar estrategias de información sobre las terapias de diálisis a los pacientes que inician tratamiento en el área de nefrología del Hospital.

La elección de la técnica renal sustitutiva (TRS) en pacientes con insuficiencia renal terminal (IRT) es una decisión crucial, porque influirá posteriormente en el estilo y calidad de vida del paciente, así como en el de sus cuidadores sean los familiares o los de atención sanitaria. El fracaso o éxito de la diálisis peritoneal va a depender en gran medida de la aceptación de la enfermedad, de la elección de técnica por el propio paciente y del apoyo familiar y profesional recibido.

Para verificar esta hipótesis, se deben conocer todos los factores, que influyen en los pacientes con enfermedad crónica renal, para que estos decidan, qué tipo de tratamiento de diálisis van a utilizar para resolver el problema de salud. Para obtener esta información se utilizaron encuestas personales, entrevistas confidenciales y otros instrumentos de recolección de información.

Es por ello que la decisión debe realizarse de forma informada y conjuntamente con sus cuidadores, como se acordó en la Conferencia de Múnich de 1990. La Sociedad Europea de Diálisis y Trasplante Renal acuerda: "Todos los pacientes con fracaso renal crónico deben ser informados de las distintas opciones terapéuticas, para que ellos mismos puedan escoger". Por otra parte, la Ley 41/2002, 14 de noviembre de

autonomía del paciente, recoge el derecho del paciente a la participación informada en la toma de decisiones.

Los datos analizados reflejan que distintos factores influyen para el criterio de elección de modalidad de diálisis, entre ellos; edad, sexo, lugar de residencia, nivel de educación, conocimiento sobre su enfermedad y sobre la diálisis, como el más relevante, además, la etapa de la enfermedad en que se encuentra, el tiempo del especialista en explicar el tratamiento dialítico y el tipo de acceso por el cual ingresa.

Por lo que hay que recalcar que el momento y la calidad de la asistencia pre- diálisis se reconoce actualmente como un factor determinante en la morbilidad y calidad de vida de los pacientes. Por lo que es imprescindible la creación en la unidad de Nefrología, de la consulta de enfermería pre-diálisis, ya que el Enfermero dentro de su rol educativo, y entre sus funciones incluye la de brindar a estos pacientes información sobre las opciones terapéuticas y el asesoramiento adecuado ante la elección de TRS.

CONCLUSIONES

Múltiples factores influyen para que los pacientes puedan decidir sobre el tipo de diálisis que necesitan para el tratamiento de su enfermedad renal crónica, sin embargo, se ha logrado determinar que el factor que más influye en esta decisión, es inherente a la información que poseen, en torno a los tratamientos dialíticos que se les ofrece, siendo como tópico relevante el tiempo destinado por el especialista para explicarles sobre su enfermedad, complicaciones, beneficios y necesidad del tratamiento dialítico.

Se pudo evidenciar además que la terapia dialítica de mayor elección es la hemodiálisis, ya que los factores que condicionan este desequilibrio entre ambas técnicas de tratamiento renal sustitutivo no está claro; debido a que son las preferencias del médico nefrólogo y el inicio no programado de la diálisis son las dos causas a las que se les atribuye la baja utilización de la diálisis peritoneal; por lo que su condición termina siendo más que una decisión, una recomendación aceptada.

En relación a la información sobre la enfermedad del paciente, incide directamente en lo oportuno que sea tomada la decisión y obviamente se puede constatar que pacientes que están mejor informados sobre la enfermedad y de las soluciones científicamente ofrecidas, pueden tomar decisiones de forma más oportuna y conscientes incrementando las posibilidades de éxito de la terapia y podrá influir positivamente en su salud y mejorar su estilo de vida.

Debido a esto es imperativamente y necesario, ofrecer una alternativa efectiva, capaz de minimizar el tema de la desinformación y desconocimiento que los pacientes y familiares padecen en torno a su enfermedad y las salidas que la ciencia moderna ofrece, mediante la creación de una Unidad de pre-diálisis en el servicio de Nefrología, pues es importante reforzar su decisión cada vez que venga a consulta, para vincularlos más a la técnica y facilitar contactos con pacientes ya en Diálisis Peritoneal.

RECOMENDACIONES

Concluida esta investigación y evaluados sus resultados, se recomienda diseñar y estructurar un programa de información, enfocándose en aquellos pacientes con enfermedad renal crónica, parientes y comunidad en general, con la finalidad de ofrecer a estos grupos, los conocimientos básicos y necesarios en torno a la enfermedad renal crónica, sus causas, sus consecuencias y a las soluciones médicas que ofrece la ciencia moderna. En este sentido, el programa debe hacer énfasis en promover la información necesaria para entender e internalizar de forma consciente, todo lo relativo al proceso dialítico, ya que este, es el procedimiento medico alternativo más importante para los casos de enfermedad renal crónica.

Es necesario, además, incluir como parte fundamental de este programa, la revisión de las iniciativas existentes, en torno a la formación de los pacientes con enfermedad crónica renal, de ser posible, partir de estas experiencias para abordar esta nueva propuesta de forma más profunda y metodológicamente mejor acabada, de forma que, pueda llegar a toda la comunidad y sea efectivamente más productivo en razón de los fines perseguidos.

Se debe incluir, como parte importante de este programa de información, a todos aquellos pacientes afectados por enfermedades, que, por su evolución y características, están relacionadas con la enfermedad renal crónica, vale decir, diabetes y enfermedades del corazón.

Este programa de información, debe considerar como estrategia, que todos aquellos pacientes con enfermedad Crónica renal y especialmente aquellos, que, por su condición, sean candidatos a programas de diálisis, deben participar de forma ineludible de este programa, hacer los esfuerzos necesarios para que participe del mismo, además se debe involucrar a todo el equipo multidisciplinario para que aporte con sus conocimientos y hacer concientización a la comunidad en general, brindando los servicios de salud

que las instituciones hospitalarias ofrecen, sin omitir por supuesto, la sensibilización de los entes del estado y de forma especial de las autoridades sanitarias.

El programa de información para pacientes con enfermedad crónica renal debe incluir en sus contenidos, los conceptos básicos y necesarios inherentes a la enfermedad renal y a las enfermedades relacionadas con esta, como la diabetes o la hipertensión arterial entre otras. Además, contemplar tópicos como la alimentación, hábitos, modo de vida etc., de igual manera detalles relativos a la diálisis, como una salida a la enfermedad crónica renal; detalles del procedimiento, síntomas, causas y consecuencias y los conceptos básicos de todos los elementos utilizados en el proceso dialítico, todas las herramientas y equipos utilizados en el tratamiento.

El paciente y sus familiares, deben conocer de todos estos elementos, pues formaran parte de sus vidas, y, por último, y de forma muy importante el desarrollo de una parte vivencial donde los pacientes tenga contacto directo con otros pacientes de distintos estadios de la enfermedad, incluidos los que han comenzado el proceso dialítico. Esto ofrecerá a los pacientes y familiares, una suerte de pasantías de práctica profesional, por un camino que en un futuro cercano que deben andar.

CAPITULO V

PROPUESTA

1. TEMA

Elaboración de un programa de información para paciente con enfermedad renal crónica individualizada e integral.

2. FUNDAMENTACIÓN

En base a los estudios realizados, es necesario que los pacientes con insuficiencia renal crónica, ya diagnosticada por el especialista, y en cualquiera de los estadios que se encuentre, sea provisto del canal de información pertinentes y adecuados, con el propósito de afrontar las complicaciones que, dadas la enfermedad, al paciente le tocara enfrentar. A partir del momento en el que se diagnostica su enfermedad, el paciente debe recibir los insumos adecuados, además de la información y orientación correspondiente a su situación, para de esta forma, tener la capacidad real y objetiva de seleccionar acertadamente la terapia dialítica más adecuada y conveniente de acuerdo a su estado de salud. La diálisis, es un procedimiento en la cual se eliminan los productos de desechos y el exceso de líquido de la sangre, que los riñones no pueden eliminar. Cuando se practica la diálisis, es para suplir la función que normalmente realizan los riñones cuando están sanos.

Existen dos tipos de diálisis; La hemodiálisis y la diálisis peritoneal. La selección de una u otra modalidad obedece en algunos casos a criterios estrictamente médicos, avalada por las recomendaciones de estos. En otros casos, y como es el estado ideal, deberían ser los pacientes quienes asuman esta determinación.

Actualmente, la enfermedad renal crónica (ERC) es uno de los principales problemas de salud pública en todo mundo. Exige millonarias inversiones de recursos económicos y pocas economías del mundo, pueden sufragar dichas erogaciones, su incidencia es cada vez más creciente, y, por otro lado, en los pacientes con estadios avanzados de la enfermedad, los desenlaces fatales son preocupantes. La oportuna detección de la enfermedad y un adecuado tratamiento, podrían prevenir muchas de sus complicaciones y reducir considerablemente la morbimortalidad cardiovascular derivada de la misma.

3. JUSTIFICACIÓN

Reconocer e identificar los factores reales que llevan a las personas a seleccionar una terapia de diálisis en particular, por considerarla la más adecuada para su salud, es una necesidad apremiante, más aún cuando la cantidad de pacientes que presentan enfermedades renales ha ido en aumento y además, como agravante a esta situación, la mayoría de los pacientes, deciden por una terapia de diálisis durante el último estadio de su enfermedad renal, lo que indudablemente limita sus posibilidades y acorta su tiempo. La elección del tratamiento de manera más oportuna, puede hacer que este, sea más cómodo y ofrezca mayor posibilidad de prolongar la vida.

El presente proyecto es de vital importancia para la salud de la comunidad en general puesto que la enfermedad renal crónica, es una enfermedad catastrófica que estadísticamente, ha venido cada día en aumento, las estadísticas locales e internacionales así lo indican. Si el paciente no tiene la suficiente información de su enfermedad y de los tratamientos que requiere, este padecimiento lo puede llevar a la muerte, una decisión correcta y oportuna, en torno a los tratamientos adecuados y necesarios para la enfermedad crónica renal, puede ser un elemento muy importante para mitigar su enfermedad y los efectos que pueda ocasionarle, los tratamientos necesarios para esta. La carencia de información y conocimientos en torno a la enfermedad, y a las alternativas científicas ofrecidas como salida, es una realidad que definitivamente, oscurece el futuro del paciente renal. Elegir el tratamiento acertado y en el momento oportuno, puede significar la diferencia entre la vida y la muerte

La claridad sobre los riesgos, beneficios y consecuencias de estos tratamientos debe ser una cuestión de dominio absoluto por el personal de enfermería y médicos que forman parte de estos equipos de apoyo. Es la manera de garantizar que tanto pacientes, como su grupo familiar sientan que se encuentran en las mejores manos y la seguridad y garantía, que tanto las decisiones tomadas, como el tratamiento mismo, estarán plagados de aciertos y de los mejores resultados, aun, cuando tengan también la certeza, que el camino a recorrer es difícil y no

grato, sobre todo al compararlo con el ritmo de vida que hasta ahora conocen.

Por consecuente, se presenta la necesidad de desarrollar nuevas estrategias informativas referentes a esta temática, y así lograr que los pacientes que ingresan a diálisis, lleguen por voluntad propia a escoger la terapia dialítica que mejor se adhiera a su caso y evitar complicaciones futuras, de esta manera, podrán alcanzar una calidad de vida aceptable y en el contexto de la salud pública ayudar a reducir los costos de estos tratamiento que son sufragados por el estados y más personas puedan ser beneficiadas de estos programas sociales.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General de la propuesta

Proporcionar a los usuarios que padecen insuficiencia renal crónica, información y las recomendaciones necesarias para que sean capaces de consolidar el criterio necesario para elegir de forma acertada y consciente el tratamiento de diálisis más conveniente a sus necesidades.

4.2. Objetivos Específicos de la propuesta

- Diseñar un programa de información, dirigido a pacientes, parientes, comunidad en general, a través del cual, se pueda proveer una herramienta practica para que los grupos involucrados, consoliden criterios unificados y tengan acceso a una misma información en torno a la enfermedad renal y sus soluciones.
- Proporcionar a pacientes y familiares, los conocimientos e información necesarios para que la elección del tratamiento dialítico, diálisis peritoneal o hemodiálisis, sea al más adecuado y conveniente.
- Promover la participación activa del personal de salud, médicos, enfermeros y otros, en el desarrollo del programa de formación para pacientes con ERC, Involucrarlos como personal docente, asesores, consejeros y conferencistas, de manera que sean parte intrínseca del programa.

5. UBICACIÓN

El hospital Abel Gilbert Pontón, es un centro de salud de propiedad pública ubicado en la provincia de Guayas, específicamente en la ciudad de Guayaquil, una de las más importantes de la República del Ecuador. Administrativamente depende del Ministerio de salud pública se encuentra ubicado en las calles 29 y Galápagos. Actualmente, se trata de un hospital de complejidad alta y de referencia nacional, con el propósito de otorgar atención ambulatoria, recuperación, hospitalización y rehabilitación hacia la población más vulnerable de la costa ecuatoriana. Esta institución cuenta con una variada oferta de servicios, además de contar con personal especializado en brindar atención de calidad, garantizando de este mismo modo la gratuidad de los servicios que ofrece, además de los medicamentos e insumos recetados.

Figura 2



Fuente: Google maps.

6. FACTIBILIDAD

El diseño y la ejecución del programa es técnicamente factible, ya que el hospital, cuenta con los profesionales médicos, enfermeros y otros especialistas, que son el principal talento humano necesario para la ejecución de la parte docente y práctica del programa. Además, el hospital Abel Gilbert Pontón, cuenta con las infraestructuras necesarias para llevar a cabo esta iniciativa. Posee aulas, salones de clases y de conferencias, equipos auxiliares para ejecutar la parte docente y didáctica, y por supuesto las instalaciones referentes a la unidad de nefrología para la parte vivencial del programa.

En su conjunto la institución hospitalaria, cuenta con casi todos los elementos necesarios para la ejecución del programa de formación. El cuerpo docente estaría compuesto por el grupo de profesionales, médicos, enfermeros y especialistas que hacen vida en la institución, y por supuesto los espacios físicos ya mencionados para la parte académico-docente del programa. Cuenta también con la presencia permanente de los beneficiarios y receptores de la información, que será ofrecida a través del programa, es decir, el grupo de pacientes y sus parientes, deben acudir periódicamente al centro de salud.

7. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta se llevará a cabo a través de una serie de actividades académicas docentes, recreativas y de información, que, en su conjunto, promuevan la información necesaria para seleccionar la terapia dialítica más conveniente orientando sus esfuerzos a incrementar los beneficios de los pacientes y disminuir los riesgos de morbimortalidad

7.1. Actividades

Distribución permanente de folletos, trípticos y otros materiales impresos, entre las personas asistentes a las instalaciones del centro de salud, con información general sobre la enfermedad renal crónica y las soluciones médicas existentes hoy en día.
Realización de ciclo de clases y exposiciones con los contenidos

seleccionados para el programa de formación y apoyados académicamente con los médicos y el equipo de enfermería.

Realizar ciclo de conferencias periódicas dirigido a la comunidad pacientes-familiares, pero abierto a toda la comunidad, con tópicos inherentes a la enfermedad renal crónica y sus soluciones.

Realizar talleres vivenciales, para que los pacientes puedan observar los procesos de diálisis antes de ser dializados, y puedan familiarizarse con los pasos del proceso, la preparación y los equipos tecnológicos utilizados para esto. Contando, además, con las experiencias vividas por otros pacientes ya en proceso de diálisis.

Promover un ciclo de formación permanente de los especialistas médicos y enfermeros para que puedan ser agentes repetidores y facilitadores, como expositores, conferencistas y docentes de este programa.

7.2. Recursos, Análisis Financiero

Los materiales y recursos que serán empleados en el estudio serán detallados a continuación:

Tabla 19 Materiales a utilizar para capacitación

Descripción	Cantidad
Trípticos	3000
Laptop	1
Proyector	1
Sillas	40

Tabla 20 Recursos Humanos

Profesionales	Cantidad
Nefrólogo	1
Internista	2
Psicólogo	1
Enfermeras	7

Tabla 21 Recursos Financieros

Descripción	Cantidad	Prec. Unit.	Total
Trípticos	3000	0,27	810,00
Volantes	100	0,13	13,00
Ampliaciones para rotafolio	30	1,25	37,50
Rotafolios	3	Autogestión	
Laptop	1	Autogestión	
Proyector	1	Autogestión	
Auditorio	1	Autogestión	
Sillas	40	Autogestión	
Total			860,50

7.3. Impacto

Este estudio pretende causar gran impacto en la comunidad, en tanto que aquellos pacientes que son atendidos en el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de Guayaquil, tendrán al alcance herramientas informativas, científicas y académicas, necesarias y útiles, para elegir o seleccionar con criterio propio, sustentado y consciente, la terapia dialítica necesaria para cada caso en particular y de esta forma, además proponerse la adherencia adecuada y necesaria que le permitirá alcanzar una mayor calidad de vida y oportunidad más real de prolongarla.

7.4. Cronograma

Con el desarrollo de la propuesta se deberán enfatizar las diversas actividades que se deberán realizar con anterioridad a las capacitaciones que se plantean realizar, por este motivo se desarrollo es uso de un cronograma donde se detallan las acciones que se deben llevar a cabo durante el periodo de tiempo establecido en el estudio.

Tabla 22 Cronograma de actividades para la propuesta

Descripción de Actividades	2019											
	E N	F E	M A	A B	M A	JU	J U	A G	S E	O C	N O	D I
Reunión con autoridades para establecer planes de acción.	X											
Elección de profesionales para elaborar una guía.		X										
Discusión de los temas que se colocaran en la guía.			X									
Personal empieza a desarrollar los temas relevantes que lleva la guía.				X								
Se entrega el borrador de la guía a expertos en el tema para revisión.					X							
Se termina la elaboración de la guía con las correcciones.						X						
Se entrega guía al líder del servicio.							X					
Se aplica la guía en charlas de inducción a pacientes que iniciaran terapia dialítica.							X	X	X	X	X	X

7.5. Lineamiento para evaluar la propuesta

La evaluación de la propuesta será procesada en primera instancia, una vez culminada cada actividad, sea charla, conferencia, video conferencia, conversatorio o cualquier otro modelo, debe ser promovida una discusión en torno a los tópicos tratados. Buscar la participación de los asistentes a manera de involucrarlos como protagonistas de una experiencia vivencial, tratando de relacionar los puntos tratados con las experiencias personales de los asistentes o con sus expectativas. Explorar las posibles dudas conceptuales y aclarar en lo posible los puntos no entendidos.

Una estrategia de asimilación y compromiso, es responsabilizar a los pacientes de ser repetidores de la información, a otros parientes que no hayan podido asistir a la actividad, es decir, los asistentes, tanto pacientes como parientes deben asumir el compromiso de documentar e instruir a por lo menos, otros dos miembros cercanos de la familia, esto ofrecerá la posibilidad de ejercitar los conceptos y los conocimientos adquiridos.

Otra etapa para evaluar la efectividad de la propuesta, es inherente a la parte vivencial, es fundamental que los pacientes, participen activamente de los talleres en las estaciones de diálisis, que observen de cerca los detalles de estos procedimientos, y aprendan los pasos y técnicas empleados por el equipo de enfermería. Estos conocimientos reforzados con material audio visual, pueden ofrecer una mediana capacitación a los pacientes al punto que puedan con propiedad explicar a sus parientes y otros pacientes los detalles del proceso de diálisis.

Para consolidar el proceso de evaluación se utilizarán métodos convencionales, como entrevistas, encuestas y sencillos interrogatorios a los participantes, para detectar el nivel asimilación y familiaridad con los temas relacionados; enfermedades renales, diálisis, hemodiálisis y decisiones oportunas.

REFERENCIAS

(NKF), T. N. (2019). Etapas de la enfermedad Renal. *A TO Z HEALTH GUIDE*, 1.

Acuerdo Ministerial - Ecuador. (2014). *Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y de los Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS)*. Quito.

Agencia de noticias UN. (2013). *Unimedios*.

Obtenido de <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/cuidadores-informales-de-carros-en-situacion-de-pobreza.html>

Álvaro Boj, María Gabriela. (2014). *Complicaciones de pacientes en la unidad de hemodiálisis*.

Obtenido de http://www.repositorio.usac.edu.gt/1512/1/05_9438.pdf

Arias, Y. G. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1.

Arrieta, Javier. (2010). *Evaluación económica del tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante) en España*. Obtenido de <https://www.revistanefrologia.com/es-evaluacion-economica-del-tratamiento-sustitutivo-articulo-X2013757510002348>

Arroyo, L. (16 de Febrero de 2016). *INFOMED - RED SALUD DE CUBA*. Obtenido de Factográfico de Salud feb 2016: Enfermedades renales. Estadísticas mundiales: <http://www.sld.cu/anuncio/2016/02/16/factografico-de-salud-feb-2016-enfermedades-renales-estadisticas-mundiales>

ASAMBLEA NACIONAL, E. (2008).

ASAMBLEANACIONAL. (2012). *LEY ORGANICA DE SALUD PUBLICA*.

Asamblea Nacional. (2008). *CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR*.

Avalia-t. (2015). *Eficacia y efectividad del inicio precoz del tratamiento renal sustitutivo en la insuficiencia renal crónica avanzada*.

Obtenido de https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/IA2009_01TRenalSus.pdf

Avendaño, L. H. (2012). *Historia de la Nefrología en España*. Barcelona, España: Pulso Editores. Sociedad Española de nefrología.

Bermeo, M., & Jiménez, j. (2015). *Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro Hemodial Azoguez*.

Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21563/1/Tesis%20Pregrado.pdf>

Bermudez, M. N. (2011). Desarrollo e implementación de una vía clínica a los pacientes que inician la hemodiálisis de forma programada. *Rev Soc Esp Enferm Nefrologia*, 8.

Buch Lopez, A. (2008). ¿COMO MEJORAR EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA? CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES PRACTICAS. *Rev. Haban med La Habana*, 22.

C, L. H. (2016). Características epidemiológicas de los pacientes que inician hemodiálisis crónica en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015. *Horiz Med*, 7.

Calderón, H., Salazar, C., Ormeño, P., Valencia, A., & Arroyo. (2015). *Efecto hipoglucemiante del extracto etanólico de Geranium ruizii Hieron. (pasuchaca) en la hiperglucemia inducida por aloxano en ratas.*

Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000300002

Campos Rodríguez, R., & Peña Ajalcuña, H. P. (2018). *Calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal en un hospital nacional Lima.*

Obtenido de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3918/Calidad_Campos_Rodriguez_Roxana.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chinchilla Godoy. (2014). *Factores de riesgo asociados a peritonitis en diálisis peritoneal continua ambulatoria.*

Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/03/Chinchilla-Jeda.pdf>

Crespo Montero , R., Contreras Abad , M. D., Casas Cuesta, R., Muñoz Benitez, I., Moreno Delgado, M. C., & Suanes Cabello, L. (2011). Estudio retrospectivo de las complicaciones de los catéteres temporales para hemodiálisis. *Servicio de Nefrología del Hospital Reina Sofía de Córdoba*, 8.

Darbas Barbe, R., Cabot Franco, K., Balada Sancho, C., Tinto Iborra , G., Jesús Taboada, M., & Domínguez Orgaz, C. (2015). Punción del acceso vascular mediante catéter-fístula: efecto sobre el dolor del paciente y la adecuación de hemodiálisis. *Enfermería del área nefrológica*, 5.

Díaz de León Ponce, M. A., Briones Garduño, J. C., & Basilio Olivares, A. (2013). Insuficiencia renal aguda (IRA) y terapia de reemplazo renal temprano (TRR). *Revista de la asociación Mexicana de medicina*, 8.

expreso.ec. (15 de 03 de 2015). *Expreso.ec*. Obtenido de *Expreso.ec*: 8.000 enfermos renales necesitan diálisis en el país

Fundación para diabetes. (2013). *Concepto Dislipemia*.

Obtenido de <https://www.fundaciondiabetes.org/general/196/glosario-de-terminos-diabetes>

Fundación Renal. (23 de 09 de 2013). *Incidencia de la enfermedad renal*.

Obtenido de Nefrodiet: <https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/insuficiencia-renal- crónica/incidencia-de-la-enfermedad/>

Gobierno de la Rioja Salud. (s.f.). Obtenido de Hemodiálisis. - es una técnica que sustituye las funciones principales del riñón, haciendo pasar la sangre a través de un filtro (funcionando como riñón artificial) donde se realiza su depuración, retornando nuevamente al paciente libre de impurezas.

Gobierno Nacional de México. (2015). *Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal. Diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención*.

Obtenido de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMS-S-727-14-DialisisyhemodialisisIRC/727GRR.pdf>

Gruss, E., Portoles , J., Tato, A., Hernandez , T., Lopez sanchez, P., Velayos, P., . . . Jimenez, P. (2009). Repercusiones clinicas y economicas del uso de catéteres tunelizados de hemodiálisis en un área sanitaria. *Organo Oficial de la sociedad Española de nefrologia*, 7

Herminia, M., Gonzalez, R., Cabrera, N., & Arzate, R. (2016). IMPACTO DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. *REVISTA ELECTRONICA DE PSICOLOGIA IZTACALA*, 993.

Hernández M., C. (2016). *EL MODELO DE V. HENDERSON EN LA PRACTICADE ENFERMERÍA*. Valladolid.

Herrera, J. (2 de 03 de 2017). *LA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD*

RENAL CRÓNICA EN ESPAÑA CRECE UN 20% EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS.

Obtenido de sociedad española de nefrología: http://www.enfoc.org/estudios/comunicacion/6_Peñalca_Mundial_del_Rin_.pdf

Ibeas, J., Roca - Tey, R., Vallespin, J., Moreno, T., Moñux, G., Marti Monros, A., . . . Barba, A. (2016). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. Revista de la sociedad española de nefrología, 191.

Javier Arrieta, e. a. (2004). Guías de Acceso Vascular en Hemodiálisis. *Sociedad Española de Nefrología*.

Jerez Camino, C.M. (2012). *Factores que afectan el pronóstico de los pacientes con enfermedad renal crónica, relacionado con el inicio del tratamiento renal sustitutivo en el hospital regional docente Ambato, durante el período enero 2010 – diciembre 2011*. Obtenido de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/4345/1/tesis%20lista%20completa.pdf>

Jerez Camino, Carlos Milton. (2012). *Factores que afectan el pronóstico de los pacientes con enfermedad renal crónica, relacionado con el inicio del tratamiento renal sustitutivo en el hospital regional docente ambato, durante el período enero 2010 – diciembre 2011*". Obtenido de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/4345/1/tesis%20lista%20completa.pdf>

La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. (10 de marzo de 2015).

Obtenido de

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=105 42:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal- mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=pt

Liliana Martínez, H., & Augusto Restrepo, c. (2015). Calidad de vida y estado funcional de ancianos con enfermedad renal crónica estadio 5 en terapia dialítica. *Acta médica colombiana*, 7.

MedlinePlus. (2013). *Diálisis - peritoneal*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007434.htm>

Merino García, E., García Cortes, J., & Biechy Baldan, M. (2017). Valoración del flujo de la fístula arteriovenosa en pacientes en tratamiento con quelantes con calcio. *UGC de nefrología*, 7.

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Programa Nacional de Salud Renal*. Obtenido de Viceministerio de Atención Integral en Salud

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Guía de Práctica Clínica (GPC)*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_preencion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf

Molina Alonso, S., Gutiérrez García, F., & Orret Cruz, D. (2015). Comportamiento de las fístulas arteriovenosas para hemodiálisis en el anciano. *Revista cubana de cirugía*, 9.

Monserate, C. M. (2018). *Factores de riesgo que inciden en el aumento de enfermedades relacionadas a la atención de salud*. Tampico -Tamaulipas - México.

Moreno, D. M. (2016). Factores pronósticos de las complicaciones de las fístulas arteriovenosas autólogas para hemodiálisis. *Medisan*, 7.

Mosquera, Diego. (2016). *Nuevo tratamiento para pacientes con insuficiencia renal*. Obtenido de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/gestion/nuevo-tratamiento-para-pacientes-con-insuficiencia-renal-88553>

Núñez marrufo, j., Jiménez Gonzalez, M., Moreno Pérez, N., Padilla Raygoza, N., & Flores Polanco, S. (2017). Estandarización del manejo de accesos vasculares de hemodiálisis en el hospital de alta especialidad de Yucatan. *Enfermería Universitaria*, 7.

Oliva Díaz, J. P., Pérez Campa, R., Herrera Valdez, R., Almaguer L, M., & Brisquet, E. (2012). Terapia renal de reemplazo dialítica en cuba: tendencia durante los últimos 10 años. *Revista Habanera de ciencias medicas*, 10.

OMS. (2014). *Factores de riesgo*.

Obtenido de https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

OPS. (2015). *La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento*.

Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es

Palau Osuna, Sheila. (2017). *Factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo, mediante hemodiálisis hospitalaria en comparación con la diálisis peritoneal*.

Obtenido de

http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4247/Palau_Osuna_Sheila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Perez Escobar, M. M., Herrera Cruz, N., & Perez Escobar, E. (2016). Comportamiento de la mortalidad del adulto en hemodiálisis crónica. *Rev. Arch Med Camagüey*, 14.

Pérez García, R., Palomares, I., Merello, J. I., Ramos, R., Maduell, F., Molina, M., . . . Marcelli, D. (2015). Hiponatremia, mortalidad y hemodiálisis: una asociación no explicada. *Revista de la Sociedad española de nefrología*, 9.

Pereira Rodríguez, J., Boada Morales, L., Peñaranda Florez, D. G., & Yoryely, T.-N. (2017). *Diálisis y hemodiálisis. Una revisión actual según la*

evidencia.

Obtenido

de http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2017/volumen15_2/articulo2.pdf

Rajoy Fernande, G., Rionda Alvarez, M., & Perez Rodriguez, C. F. (2014). Análisis de los factores que influyen en la aparición de complicaciones y supervivencia de los catéteres venosos centrales para hemodiálisis. *Enfermería nefrológica*, 6.

Rebollo Rubio, A. (2016). *Factores biológicos y psicológicos asociados a la mortalidad en pacientes que inician terapia renal sustitutiva. Estudio longitudinal prospectivo.*

Obtenido

de

https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/14924/TD_REBOLLO_RUBIO_Analy.pdf?sequence=1

Revista Nefrología. (2017). *Historia de la Nefrología en España.* Obtenido de <https://www.revistanefrologia.com/files/cap2.pdf>

Revista portales médicos. (2017). *Cuidados de Enfermería en la diálisis peritoneal.* Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-dialisis-peritoneal/>

Rioja Salud. (2014). *¿Qué es la diabetes?* Obtenido de <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/endocrinologia/que-es-la-diabetes>

Rojas de P., E., Molina, R., & Rodríguez, C. (2012). *Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes Mellitus.* Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3755/375540232003.pdf>

Sacoto Romo, V. M. (2018). *Sobrevida de los pacientes con tratamiento sustitutivo renal y factores asociados. enero 2013-julio 2014. Cuenca – Ecuador.*

Obtenido

de [https://dspace.ucuenca.edu.ec/](https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30558/1/TESIS.pdf)

[bitstream/123456789/30558/1/TESIS.pdf](https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30558/1/TESIS.pdf)

Saralegui, I. (2014). La suspensión de 10 Diálisis en pacientes con Insuficiencia

Renal Crónica. *Enfermería Nefrológica*, 119.

Sociedad Latinoamericana de Nefrología. (2018). Obtenido de [https://slanh.net/Sosa Barberena, N. P. \(15 de Julio de 2016\). Caracterización de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.](https://slanh.net/Sosa_Barberena_N.P._(15_de_Julio_de_2016).Caracterización_de_pacientes_con_enfermedad_renal_crónica_en_tratamiento_de_hemodiálisis)

Obtenido de MediSur: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000400006&lng=es&tlng=pt.

Tey, R. R. (2010). El acceso vascular para hemodiálisis. © 2010 Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología, 8. Obtenido de revista nefrologia.

Tobar, D. S. (2016). Hemodiálisis: antecedentes históricos en Ecuador. *UNIANDÉS EPISTEME: Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 48.

Valetanga, Jonathan. (2016). *En Ecuador cerca de 10 mil personas necesitan diálisis*. Obtenido de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/en-ecuador-cerca-de-10-mil-personas-necesitan-di-lisis-87408>

Villalobos, F., Castillo, H., & Araya, B. (2017). *Factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v20n2/2255-3517-enefro-20-02-00149.pdf>

Yanza Borja, H. A. (2014). *Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en el hospital Teófilo Davila de julio a septiembre del 2013.*

Obtenido de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/2216/1/CD00119-TESES.pdf>

Ydalsys Naranjo Hernández, D. J. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*.

Horizonte Médico (Lima) versión impresa ISSN 1727-558X Horiz. Med. vol.16 no.2 Lima a b r . / jun.2016.<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>

Avendaño, L. H. (2012). *Historia de la nefrología en España*. Barcelona: Pulso ediciones

ANEXOS.



Certificación N° 350-UDI-HAGP
Guayaquil, junio 15 del 2020

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente **CERTIFICO** que la Lcda. **MARIELA DEL ROCIO ACEBO MURILLO** en base a la documentación entregada ha sido revisada y aprobada el Anteproyecto de Investigación con el tema: **"FACTORES QUE INFLUYEN PARA EL CRITERIO DE INICIO DEL TRATAMIENTO DE MODALIDAD DE DIÁLISIS EN PACIENTES"** para su titulación en la Maestría en Salud Pública,

Atentamente,

Dra. Marcia Sig-tu-Meza

Líder de la Gestión de Docencia e Investigación
Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón"



Elaborado: Glenda

ENCUESTA
 PROYECTO: FACTORES QUE INFLUYEN PARA EL CRITERIO DE INICIO DEL
 TRATAMIENTO DE MODALIDAD DE DIÁLISIS - HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN
 -2019.

INFORMACIÓN GENERAL DEL ENCUESTADO

Historia Clínica N.º _____ Cédula de Identidad N.º _____
 Edad: _____ años Sexo: Masculino
 Femenino Lugar de residencia: Urbano Rural
 Urbano marginal
 Nivel de educación: Primaria Secundaria Superior
 Ninguna Ocupación: Quehaceres Doméstico Jubilado
 Empleado
 Desempleado

1. ¿Sabe Ud. lo que es una Diálisis?	Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No
2. ¿Conoce Usted cuales son las modalidades de Diálisis que existen?	Conoce <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desconoce
3. ¿Tuvo el conocimiento necesario para tomar la decisión de modalidad de Diálisis?	Mucho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poco
	Nada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Conoce usted que es la Hemodiálisis?	Conoce <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desconoce
5. ¿Conoce usted que es la Diálisis Peritoneal?	Conoce <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desconoce
6. ¿Cuáles fueron las causas que le llevaron a la Insuficiencia Renal?	Diabetes <input type="checkbox"/>		Hipertensión
	Quistes Renales <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros
7. Que tiempo se tomó el especialista Para explicar la modalidad del tratamiento	1.a 15 minutos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 minutos
	2.hora <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	más de 1 hora

8. ¿El criterio para la selección de Modalidad Dialítica fue?

Decisión Propia

Decisión

sugerida:

Medico

Enfermera

Familiares

Medio de Infusión

	Internet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
9. ¿Obtuvo la información necesaria para la toma de estadecisión?	Suficiente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiente
10. ¿Conoce las ventajas de laHemodiálisis?	Conoce <input type="checkbox"/>	Desconoce <input type="checkbox"/>	
11. ¿Qué tiempo le llevo en elegir el tratamiento dialítico una vezque el especialista le informo?	Inmediato <input type="checkbox"/>	De 2 semana a 1 mes <input type="checkbox"/>	de 1 día a 1 semana más de 1 mes <input type="checkbox"/>
12. ¿Conoce las ventajas de laDiálisis Peritoneal?	Conoce <input type="checkbox"/>	Desconoce <input type="checkbox"/>	
13. ¿La decisión del tratamientoDialítico fue tomada por?	Urgencias <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cronicidad
14. ¿Cuál fue la modalidad delIngreso?	C. Externa Hospitaliza <input type="checkbox"/>	ón <input type="checkbox"/>	emergencia <input type="checkbox"/>
15. ¿Qué tipo de acceso vascularutiliza?	Catéter temporal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FAV Catéter tunelizado <input type="checkbox"/>
16. ¿Tiene apoyo de la Familia?	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>	Nunca
17. ¿De quién obtuvo Ud. apoyo?	Padres <input type="checkbox"/>	Hermanos <input type="checkbox"/>	Hijos
	Nietos <input type="checkbox"/>	Amigos <input type="checkbox"/>	Esposa/o
18. ¿Cuánto tiempo lleva en Diálisis y que Modalidadrealiza?	0 a 3 meses meses <input type="checkbox"/>	8 meses a 1 año <input type="checkbox"/>	4 a 7 Más de 1
	año Hemodiálisis 10 peritoneal	<input type="checkbox"/>	Diálisis

DATOS DEL EVALUADOR:

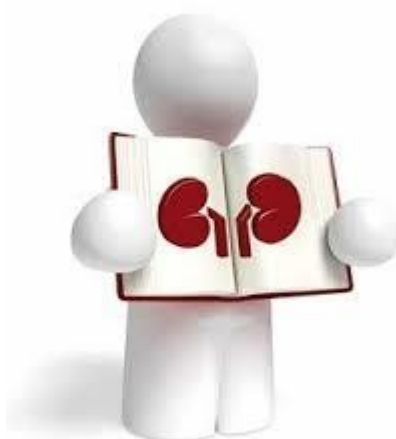
NOMBRE: _____

TITULO ACADÉMICA: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

CÉDULA DE IDENTIDAD N°: _____

GUIA PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA DEL HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTON.



Elaborado por: Lcda. Mariela Del Rocio A cebo
MurilloMaestrante de la Universidad Statal de Milagro.

Milagro - Ecuador

CONTENIDO

Objetivos	2
Introduccion	3
Causas y Sintomas	4
Estadios de la Enfermedad	5
Criterios para Dialisis	6
Tratamientos de la I.R.C	7
Tratamientos Sustitutivos	8
Dialisis Peritoneal	9
Hemodialisis	10
Recomendaciones	11

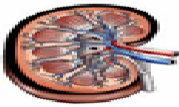
OBJETIVOS

- Informar a los Pacientes y familiares sobre las terapias Dialíticas existentes para el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.
- Servir de guía práctica a los pacientes ayudándoles a seleccionar la terapia dialítica de acuerdo a sus necesidades, de manera oportuna y con bases científicas.

INTRODUCCION

La Enfermedad Renal Crónica es un problema de salud pública mundial. La manifestación más grave de la enfermedad renal es la insuficiencia renal crónica terminal que lleva al paciente a la necesidad de terapia de sustitución renal. (Dialisis Peritoneal Hemodialisis) o al trasplante renal.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal que tiene como consecuencia que el riñón pierde la capacidad de producir orina, y a su vez de eliminar las toxinas de la sangre, entre otras funciones que son necesarias para la vida.



CAUSAS DE LA ENFERMEDAD RENAL.

Son muchas las causas de la enfermedad renal crónica (ERC).

Las dos causas más comunes, son la diabetes y la hipertensión arterial.

Otros problemas que pueden causar falla renal pueden incluir:

Las enfermedades autoinmunes, como el lupus y la nefropatía IgA

Enfermedades genéticas (naces con ellas) tales como la enfermedad renal poliquística
Síndrome nefrótico

Problemas de vías urinarias

SINTOMAS:

Comezón

Calambres

musculares Náuseas o

vómitos Pérdida del

Apetito

Hinchazón de los pies y tobillos

Exceso de orinar o no orinar

suficiente Dificultad para respirar

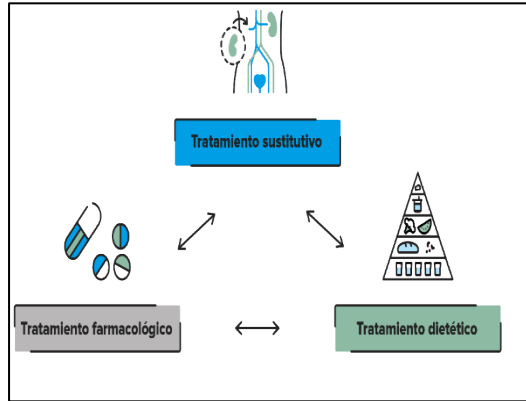
Problemas para dormir.

Estadio	Descripción	VFG (ml/min/1,73)	Prevalencia %
I	Riñón dañado con VFG normal o aumentada	≥ 90	3,3%
II	Riñón dañado con VFG levemente disminuido	60-89	3,0%
III	VFG moderadamente disminuido	30-59	4,3%
IV	VFG severamente disminuido	15-29	0,2%
V	Falla renal	< 15 o diálisis	0,1%

Criterios para Diálisis IRA

- ✓ Severa sobrecarga de líquidos
- ✓ Hipertensión refractaria
- ✓ Hiperkalemia refractaria al tratamiento médico
- ✓ Náuseas, vómitos, hipoxemia, gastritis con hemorragia
- ✓ Letargo, malestar, somnolencia, estupor, coma, delirio, asterixis, temblores, convulsiones
- ✓ Pericarditis (riesgo de hemorragia o taponamiento)
- ✓ Diálisis hemorrágica (epistaxis, sangrado GI, etc.)
- ✓ Acidosis metabólica severa
- ✓ Urea nitrogenada en sangre (BUN) >70-100 mg/dL

ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD RENAL.



Tratamientos de la Insuficiencia Renal Crónica

TRATAMIENTOS



SUSTITUTIVOS IRC.

DIALISIS PERITONEAL

Dialisis Peritoneal



Automatizada

Dialisis Peritoneal Manual

¿Qué es la Dialisis Peritoneal?

La diálisis peritoneal (DP) es un procedimiento que permite depurar líquidos y electrolitos en pacientes que sufren insuficiencia renal. La diálisis peritoneal utiliza una membrana natural –el peritoneo– como filtro.

Esta terapia manual se realiza en el domicilio con sesiones de 3 a 4 veces al día según prescripción médica los 7 días de la semana, y la automatizada el paciente se conecta por las noches mientras descansa.

HEMODIÁLISIS



¿Que es la Hemodialisis?


La hemodiálisis es un tratamiento de sustitución de la función renal que consiste en filtrar la sangre periódicamente. Durante este proceso, la sangre se extrae del organismo y se la hace circular por el dializador, o filtro, donde se eliminan las toxinas acumuladas y el exceso de líquidos.

La hemodialisis se lo realiza en un centro especializado, el paciente se realiza el tratamiento 3 veces por semana con duración de 4 horas por sesión.

HEMODIALISIS

Ventajas

- Mayor extracción de solutos.
- Eliminación del exceso de agua corporal con mayor rapidez.
- Menor pérdida proteica
- Menor tiempo de exposición (4 horas)
- Seguimiento médico más cercano.



RECOMENDACIONES.

Visitas Periódicas al especialista. Tomar la medicación prescrita Llevar una dieta saludable.

Realizar ejercicios diarios o caminata.

Tomar la decisión a tiempo si necesita Dialisis.

Escoger la terapia que mas se adapte a sus necesidades.

Informarse sobre su patología por los diferentes medios.

Acudir a las capacitaciones informativas hospital.

HEMODIALISIS

Desventajas

- Rápida corrección electrolítica predispone a arritmias.
- Poca tolerancia en pacientes inestables y con enfermedad cardíaca avanzada.
- Hospitalización
- Riesgo de diálisis inadecuada por hipotensión
- Hepatitis C
- Mayor Deterioro de la función renal residual.
- Disfunción del acceso vascular
- Hipoglucemia.
- Riesgo de Hemorragia por necesidad de anticoagulación.

al



ARBOL DE PROBLEMA

