

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**INCIDENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES
DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE LA
CIUDAD DE GUAYAQUIL.**

AUTORES:

**FAJARDO ARIAS, CRISTHIAN RAÚL
LOPEZ SALGUERO CARLOS STEEVEN**

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

TUTORA:

MUÑOZ AUCAPIÑA MIRIAM JACQUELINE

Guayaquil, Ecuador

8 de marzo del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Fajardo Arias Cristhian Raúl, López Salguero Carlos Steeven**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en enfermería**

TUTORA

f. _____

MIRIAM JACQUELINE MUÑOZ AUCAPIÑA, MGS

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

ÁNGELA OVILDA MENDOZA VINCES, MGS

Guayaquil, 8 de marzo del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

**NOSOTROS, FAJARDO ARIAS CRISTHIAN RAÚL, LOPEZ SALGUERO
CARLOS STEEVEN**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **INCIDENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**, previo a la obtención del título de **LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, 8 de marzo del 2019

LOS AUTORES

f. _____

FAJARDO ARIAS, CRISTHIAN RAÚL

f. _____

LOPEZ SALGUERO CARLOS STEEVEN



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **FAJARDO ARIAS CRISTHIAN RAÚL, LOPEZ SALGUERO CARLOS STEEVEN**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **INCIDENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 8 de marzo del 2019

AUTORES:

f. _____

FAJARDO ARIAS, CRISTHIAN RAÚL

f. _____

LOPEZ SALGUERO CARLOS STEEVEN

Documento	tesis_revisión_orkund.docx (D49066902)
Presentado	2019-03-13 13:11 (-05:00)
Presentado por	lopezcarlos_95@hotmail.com
Recibido	miriam.munoz.ucsg@analysis.orkund.com

0% de estas 14 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes	Bloques
Categoría	Enlace/nombre de archivo
	http://www.fao.org/right-to-food-around-the-globe/countries/mmr/es/
	http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/24533/1/Tesis%20Enfermedad%20Renal%20Cr...
	https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/end-stage-renal-disease/diagnosis-tre...
	http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10771/1/pdf-tesis%20de%20Insuficiencia%20re...
	http://cybertesis.uro.edu.pe/bitstream/uro/366/1/Le%C3%B3n_g.pdf
	http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/141/1/UNACH-EC-MEDI-2014-0003.pdf

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

INTRODUCCIÓN

Estudios realizados por varias instituciones han arrojado cifras alarmantes en referencia a los casos presentados sobre enfermedad renal crónica. En Estados Unidos se llega a estimar que 30 millones de personas que equivalen al 15% de los adultos mayores presentan una Enfermedad renal Crónica. En América Latina, países como Chile y Colombia muestran estadísticas de prevalencia de 5.8% y 2.8% respectivamente. A la enfermedad renal crónica se le atribuyen diversas causas, entre las de mayor auge se encuentran las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión y metabólicas como diabetes. Basado en los estudios que se han realizado, se ha propuesto que una buena información o conocimiento de la enfermedad puede salvar la vida de muchas personas, por lo cual se la puede llegar a diagnosticar y no llegar a complicaciones que pueden llegar a la muerte.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica en la actualidad está siendo denominada como una enfermedad catastrófica a razón del incremento de casos, el gasto que se genera para tratar la enfermedad, generalmente se detecta cuando ya está enfermedad ya se ha desarrollado y porque existe una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Según datos estimados existe una incidencia de 377

casos por millón de habitantes, prevalencia de 1,142; se estima un aproximado de 52.000 pacientes en terapias

INTRODUCCIÓN

Estudios realizados por varias instituciones han arrojado cifras alarmantes en referencia a los casos presentados sobre enfermedad renal crónica. En Estados Unidos se llega a estimar que 30 millones de personas que equivalen al 15% de los adultos mayores presentan una Enfermedad renal Crónica. En América Latina, países como Chile y Colombia muestran estadísticas de prevalencia de 5.8% y 2.8% respectivamente. A la enfermedad renal crónica se le atribuyen diversas causas, entre las de mayor auge se encuentran las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión y metabólicas como diabetes. Basado en los estudios que se han realizado, se ha propuesto que una buena información o conocimiento de la enfermedad puede salvar la vida de muchas personas, por lo cual se la puede llegar a diagnosticar y no llegar a complicaciones que pueden llegar a la muerte.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica en la actualidad está siendo denominada como una enfermedad catastrófica a razón del incremento de casos, el gasto que se genera para tratar la enfermedad, generalmente se detecta cuando ya está enfermedad ya se ha desarrollado y porque existe una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Según datos estimados existe una incidencia de 377

casos por millón de habitantes, prevalencia de 1,142; se estima un aproximado de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de estos el 80% de los afectados son tratados en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (1)

Las "enfermedades crónicas no comunicables" provocan hoy en día el 60% de decesos en el mundo, y también estas enfermedades acarrearán el 47% de los gastos en salud. Se presume que serán el principal motivo de fallecimientos y discapacidades para el año 2020, las peores consecuencias ocasionadas por estas enfermedades afectarán a los países tercermundistas. El desarrollo de estas patologías van vinculadas

al envejecimiento de la población, cabe recalcar que la expectativa de vida en América Latina ha incrementado de 70.5 años en el 2001 a 75.7 años en el 2008,

esto quiere decir que es una comunidad que envejece. (2) Se calcula que, en el mundo, más de 135 millones de personas sufren de diabetes y más de 1000 millones son hipertensos. Según la OMS, para el año 2025 habrá 300 millones de personas con diabetes mellitus en el mundo, la mayoría tipo2, y 1520 millones de hipertensos, quiere decir que se observará un incremento significativo en la enfermedad renal crónica. En este tipo de enfermedades, el rol económico es un factor muy importante. Costear este tipo de tratamientos es costoso, se estima que el precio anual está en 24.000 dolares, y con trasplante renal 17.000 dolares.

Preguntas de investigación

OBJETIVOS ESPECÍFICOS Indicar las características demográficas en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Identificar los factores de riesgo de la enfermedad renal crónica en los pacientes atendidos en el área de hospitalización. Describir el tratamiento que reciben los pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el área de hospitalización.

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

Antecedentes de la investigación En un estudio realizado en Cuba (Camagüey) por Dr. Fidel Silveira Díaz I; Dr. George A. Stewart Lemes I; Lic. Sandra Fernández Torres II, indican que: el envejecimiento demográfico en el mundo, trae aparejado un incremento de

las enfermedades crónicas no transmisibles. Dentro de ellas, la enfermedad renal crónica es catalogada en el mundo como una epidemia, y considerada también una enfermedad catastrófica. **Objetivo:** determinar la prevalencia de la enfermedad renal crónica en la provincia. **Métodos:** se realizó un estudio transversal descriptivo en 175 pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica en el servicio de Nefrología del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey, desde de enero de 2012 hasta diciembre de 2014 mediante muestreo probabilístico. Los datos relacionados con las variables de interés fueron extraídos de las historias clínicas. La clasificación de la enfermedad renal crónica se realizó a partir de filtrado glomerular más reciente, según la fórmula de Cockcroft-Gault. **Resultados:** se encontró mayor número de pacientes con edad entre 61-70 años del sexo masculino, nefropatías vascular, diabética y obstructiva, enfermedad renal crónica en estadios IV y V, para una prevalencia global de 25 por 100 mil habitantes en la provincia. **Conclusiones:** existió predominio de los adultos mayores y del sexo masculino, así como mayor prevalencia de las formas avanzadas de la enfermedad renal crónica, donde las causas fueron por nefropatías vascular y diabética. En El Salvador, en una zona rural costera llamada Bajo Lempa a través de una pesquisa activa. Orantes C. y sus compañeros ejecutaron una amplia, exhaustiva, y analítica investigación acerca de la enfermedad crónica y cuáles podrían ser sus orígenes y diversos factores de riesgo aplicado a personas con edades >18. Fueron analizados 375 familias y 775 individuos, entre 432 mujeres y 343 hombres; de la toda los habitantes de la región un 88.3%. Se pudo determinar que existía una alta prevalencia de factores de riesgo, como: registro familiar de patologías renales crónicas 21.6%; hipertensión 16.9%; diabetes mellitus 10,3%; hiperlipidemia 63.1%; aumento de peso 34%; problemas de obesidad 22.4%; afecciones metabólicas 28.8%; administración de fármacos anti-inZ, patologías infecciosas 86.9%. Segmentando y especificando características el 40.6% eran agricultores (80.6% del género masculino) de ellos el 50.3% estaban expuestos a agroquímicos. Según marcadores de deterioro renal, su prevalencia fue de aproximadamente 15% más en el sexo masculino: proteinuria-hematuria con el 0.3%; proteinuria de 5.7%; hematuria de 3.5% y microalbuminuria de 6.3%. Predominando la proteinuria. (3) Se estima que en el 2008 más de 45.000 personas en España, estaban sometidas al tratamiento renal sustitutivo, esto representa aproximadamente 1000 por millón de población, está estimado que esta cifra se incrementará en la próxima década debido al envejecimiento de los habitantes y la prevalencia de otras afecciones crónicas como diabetes mellitus, propensión a obesidad y problemas cardíacos. Esta situación es similar en otros países desarrollados,

AGRADECIMIENTO

Doy gracias de manera especial a mi madre, mi abuela y mi hermano; pilares fundamentales en mi formación personal y profesional, agradezco su apoyo y fortaleza en todo momento, a lo largo de la carrera, aplaudiendo mis aciertos, ayudándome a superar las adversidades, compartiendo mis alegrías y consolando mis tristezas.

Culminando con salud y éxito una etapa más en este largo camino llamado vida.
Gracias por todo.

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios, por brindarme sabiduría, discernimiento y viabilidad para tomar decisiones asertivas al momento de realizar esta tesis.

A mis padres por tanto esfuerzo y lucha, han sido mi motor principal para alcanzar esta meta.

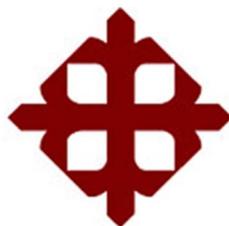
A mi hermano Douglas que nunca dejo de creer en mí; y demás familiares que son parte de esto.

A mi esposa Fátima León por su apoyo en todo momento.

Una mención especial a nuestra tutora Lcda. Miriam Muñoz por la dedicación, tiempo, y valiosa ayuda prestada a lo largo de este camino.

A nuestros profesores que fueron pieza clave para alcanzar este objetivo.

Y por último con mucho afecto; a todos mis amigos, su apoyo fue fundamental para poder cumplir este sueño. Gracias por todo.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES, MSG
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ, MSG
COORDINADOR DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL

f. _____

MIRIAM JACQUELINE MUÑOZ AUCAPIÑA, MSG
TUTORA

CARMEN GABRIELA SORIA SAGARRO, DRA
OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	- 2 -
CAPÍTULO I.....	- 3 -
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	- 3 -
PREGUNTAS DE INVESTIGACION	- 4 -
JUSTIFICACIÓN	- 5 -
OBJETIVOS	- 7 -
OBJETIVO GENERAL.....	- 7 -
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- 7 -
CAPITULO II.....	- 8 -
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	- 8 -
Antecedentes de la investigación	- 8 -
FUNDAMENTACION CONCEPTUAL	- 10 -
Estadío 1	- 11 -
Estadío 2	- 12 -
Estadío 3	- 13 -
Estadío 4	- 14 -
Estadío 5	- 15 -
FACTORES DE RIESGO.....	- 17 -
Factores de riesgo no modificables.....	- 17 -
Factores de riesgo modificables	- 18 -
TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	- 21 -
Hemodiálisis.....	- 21 -
Diálisis Peritoneal.....	- 22 -
Trasplante renal	- 22 -
Trasplante renal de donante vivo	- 23 -
Trasplante renal de cadáver	- 23 -
Tratamiento terapéutico de la enfermedad renal crónica	- 24 -

FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	- 28 -
Declaración Universal de Derechos Humanos.....	- 28 -
Constitución del Ecuador.....	- 28 -
TÍTULO VII	- 29 -
LEY ORGÁNICA DE SALUD	- 29 -
CAPITULO III.....	- 30 -
DISEÑO METODOLÓGICO.....	- 30 -
Métodos e instrumentos de la investigación.....	- 30 -
DISCUSIÓN.....	- 42 -
CONCLUSIONES.....	- 44 -
RECOMENDACIONES.....	- 45 -
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	- 46 -
GLOSARIO	- 49 -
ANEXOS	- 50 -

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 - DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD.....	34
TABLA 2 - DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO.....	35
TABLA 3 - DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA.....	36
TABLA 4- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN FACTORES ASOCIADOS MODIFICABLES.....	37
TABLA 5- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN FACTORES ASOCIADOS NO MODIFICABLES....	38
TABLA 6- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN TRATAMIENTO DIÁLISIS.....	39
TABLA 7- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	40
TABLA 8- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN TRATAMIENTO NO FARMACÓLOGICO.....	41

RESUMEN

La enfermedad renal crónica es un proceso prolongado y generalmente lento en el que los riñones pierden su función de manera gradual. En la actualidad los altos índices de enfermedad renal se han convertido en un grave problema de salud mundial. El presente estudio tiene como objetivo determinar la incidencia de enfermedad renal crónica en pacientes atendidos en la sala de Hospitalización de un Hospital de la ciudad de Guayaquil. Con respecto a los materiales y métodos nuestro estudio de tipo descriptivo, observacional y prospectivo, que se realizó en una población de 56 pacientes con enfermedad renal crónica mediante una guía de observación indirecta en usuarios ingresados en el servicio de hospitalización. La incidencia de enfermedad renal crónica fue del 62.92 %, los más afectadas fueron los hombres, mayores de 61 - 80 años de edad, hospitalizados entre 15 y 25 días de hospitalización. Los principales factores de riesgo fueron la diabetes y la hipertensión, y el tratamiento que recibieron los pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el área de hospitalización fueron diálisis peritoneal y tratamiento farmacológico.

Palabras clave: Incidencia, Enfermedad renal crónica, Factor de riesgo

ABSTRACT

Chronic kidney disease is a prolonged and usually slow process in which the kidneys gradually lose their function. Currently, high rates of kidney disease have become a serious global health problem. The objective of this study is to determine the incidence of chronic kidney disease in patients treated in the Hospitalization ward of a Hospital in the city of Guayaquil. With respect to the materials and methods, our descriptive, observational and prospective study was conducted in a population of 56 patients with chronic kidney disease through an indirect observation guide for users admitted to the hospitalization service. The incidence of chronic kidney disease was 62.92%, the most affected were men, older than 61 - 80 years of age, hospitalized between 15 and 25 days of hospitalization. The main risk factors were diabetes and hypertension, and the treatment received by patients with chronic kidney disease treated in the hospitalization area were peritoneal dialysis and pharmacological treatment.

Key words: Incidence, Chronic kidney disease, Risk factor

INTRODUCCIÓN

Estudios realizados por varias instituciones han arrojado cifras alarmantes en referencia a los casos presentados sobre enfermedad renal crónica. En Estados Unidos se llega a estimar que 30 millones de personas que equivalen al 15% de los adultos mayores presentan una Enfermedad renal Crónica. En América Latina, países como Chile y Colombia muestran estadísticas de prevalencia de 5.8% y 2.8% respectivamente. A la enfermedad renal crónica se le atribuyen diversas causas, entre las de mayor auge se encuentran las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión y metabólicas como diabetes.

Basado en los estudios que se han realizado, se ha propuesto que una buena información o conocimiento de la enfermedad puede salvar la vida de muchas personas, por lo cual se la puede llegar a diagnosticar y no llegar a complicaciones que pueden llegar a la muerte.

La enfermedad renal crónica es considerada un problema de talla global, por su importante incidencia y prevalencia, cada vez en nuevos pacientes, irónicamente a pesar de contar con mayor tecnología, el número de casos va en aumento, por ello el enfoque está en la prevención.

Basado en los estudios que se han realizado, se ha propuesto que una buena información o conocimiento de la enfermedad puede salvar la vida de muchas personas, por lo cual se la puede llegar a diagnosticar y no llegar a complicaciones que pueden llegar a la muerte.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica en la actualidad está siendo denominada como una enfermedad catastrófica a razón del incremento de casos, el gasto que se genera para tratar la enfermedad, generalmente se detecta cuando ya está enfermedad ya se ha desarrollado y porque existe una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Según datos estimados existe una incidencia de 377 casos por millón de habitantes, prevalencia de 1,142; se estima un aproximado de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de estos el 80% de los afectados son tratados en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).(1)

Las “enfermedades crónicas no comunicables” provocan hoy en día el 60% de decesos en el mundo, y también estas enfermedades acarrearán el 47% de los gastos en salud. Se presume que serán el principal motivo de fallecimientos y discapacidades para el año 2020, las peores consecuencias ocasionadas por estas enfermedades afectarán a los países tercermundistas. El desarrollo de estas patologías van vinculadas al envejecimiento de la población, cabe recalcar que la expectativa de vida en América Latina ha incrementado de 70.5 años en el 2001 a 75.7 años en el 2008, esto quiere decir que es una comunidad que envejece. (2)

Se calcula que, en el mundo, más de 135 millones de personas sufren de diabetes y más de 1000 millones son hipertensos. Según la OMS, para el año 2025 habrá 300 millones de personas con diabetes mellitus en el mundo, la mayoría tipo2, y 1520 millones de hipertensos, quiere decir que se observará un incremento significativo en la enfermedad renal crónica.

En este tipo de enfermedades, el rol económico es un factor muy importante. Costear este tipo de tratamientos es costoso, se estima que el precio anual está en 24.000 dólares, y con trasplante renal 17.000 dólares.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Cuál es la incidencia de enfermedad renal crónica en pacientes atendidos en la sala de medicina interna de un Hospital de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad Renal Crónica?

¿Cuáles son los factores asociados de la enfermedad renal crónica?

¿Cuál es el tratamiento que reciben los pacientes con enfermedad renal crónica?

JUSTIFICACIÓN

En tiempos modernos, la enfermedad renal es la causante de un alto número de muertes, esta situación afecta a varios países y el número de casos se va incrementando a diario, provocando consecuencias no solo en la seguridad integral del paciente, también en su núcleo familiar. (1)

La enfermedad renal crónica, es el estado final de un conjunto de patologías, estas terminan produciendo un deterioro que no se puede revertir, afectando al riñón gravemente, sus estructuras, a su vez las funciones del mismo llevando al paciente a morir. El paciente puede intentar combatir contra la enfermedad por medio de la diálisis (reemplazo renal) o por medio de un trasplante renal. Esta enfermedad está catalogada como una de las primeras diez causas de muerte, según datos fidedignos avalados por la Organización Mundial de la Salud, aunque que en la actualidad contamos con mayores avances tecnológicos para tratar enfermedades catastróficas como la enfermedad renal, esto no ha impedido que la cifra de fallecidos por esta afección vaya en aumento acelerado. (1)

A diario se puede evidenciar la llegada de cada vez más pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis, se puede observar como este mal trae consecuencias negativas a la expectativa de vida del paciente. Se ha podido observar que la intradiálisis, al momento de complicarse entre otras patologías que se dan a largo plazo, provocan discapacidad, invalidez o deformidad en el afectado como hipertensión arterial, desnutrición, anemias severas, uremia, desórdenes alimenticios, susceptibilidad a infecciones, entre otros.(1)

Todos estos acontecimientos conllevan a innumerables hospitalizaciones y aumento de defunciones. Gracias a la diálisis se ha extendido y mejorado la calidad de vida del paciente por la disminución de toxinas que son aquellas que producen las variantes y complicaciones de la enfermedad, estas se reducen y eliminan con la idónea aplicación del tratamiento depurativo y flujo apto por el acceso vascular. (1)

Con este estudio se pretende actualizar datos confiables sobre la problemática existente, la cual permitirá renovar competencias profesionales para la atención oportuna en estos pacientes, siendo éstos los beneficiarios directos.

Finalmente, como práctica inmediata, este tipo de investigaciones enriquecen y fortalecen el saber, en el medio laboral y en la vida cotidiana, en el camino de la prevención tanto en la alimentación adecuada como en los hábitos de vida individual o en la comunidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de enfermedad renal crónica en pacientes atendidos en la sala de Hospitalización de un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Indicar las características demográficas en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

Identificar los factores asociados de la enfermedad renal crónica en los pacientes atendidos en el área de medicina interna.

Describir el tratamiento que reciben los pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el área de medicina interna.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

Antecedentes de la investigación

En un estudio realizado en Cuba (Camagüey) por Dr. Fidel Silveira Díaz I; Dr. George A. Stewart Lemes I; Lic. Sandra Fernández Torres II, indican que: el envejecimiento demográfico en el mundo, trae aparejado un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Dentro de ellas, la enfermedad renal crónica es catalogada en el mundo como una epidemia, y considerada también una enfermedad catastrófica. Objetivo: determinar la prevalencia de la enfermedad renal crónica en la provincia. Métodos: se realizó un estudio transversal descriptivo en 175 pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica en el servicio de Nefrología del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey, desde de enero de 2012 hasta diciembre de 2014 mediante muestreo probabilístico. Los datos relacionados con las variables de interés fueron extraídos de las historias clínicas. La clasificación de la enfermedad renal crónica se realizó a partir de filtrado glomerular más reciente, según la fórmula de Cockcroft-Gault. Resultados: se encontró mayor número de pacientes con edad entre 61–70 años del sexo masculino, nefropatías vascular, diabética y obstructiva, enfermedad renal crónica en estadios IV y V, para una prevalencia global de 25 por 100 mil habitantes en la provincia. Conclusiones: existió predominio de los adultos mayores y del sexo masculino, así como mayor prevalencia de las formas avanzadas de la enfermedad renal crónica, donde las causas fueron por nefropatías vascular y diabética.

En El Salvador, en una zona rural costera llamada Bajo Lempa a través de una pesquisa activa. Orantes C. y sus compañeros ejecutaron una amplia, exhaustiva, y analítica investigación acerca de la enfermedad crónica y cuáles podrían ser sus orígenes y diversos factores de riesgo aplicado a personas con edades X18. Fueron analizados 375 familias y 775 individuos, entre 432 mujeres y 343 hombres; de la toda los habitantes de la región un 88.3%. Se pudo determinar que existía una alta prevalencia de factores de riesgo, como: registro familiar de patologías renales

crónicas 21.6%; hipertensión 16.9%; diabetes mellitus 10,3%; hiperlipidemia 63.1%; aumento de peso 34%; problemas de obesidad 22.4%; afecciones metabólicas 28.8%; administración de fármacos anti-inZ, patologías infecciosas 86.9%. Segmentando y especificando características el 40.6% eran agricultores (80.6% del género masculino) de ellos el 50.3% estaban expuestos a agroquímicos. Según marcadores de deterioro renal, su prevalencia fue de aproximadamente 15% más en el sexo masculino: proteinuria-hematuria con el 0.3%; proteinuria de 5.7%; hematuria de 3.5% y microalbuminuria de 6.3%. Predominando la proteinuria.(3)

Se estima que en el 2008 más de 45.000 personas en España, estaban sometidas al tratamiento renal sustitutivo, esto representa aproximadamente 1000 por millón de población, está estimado que esta cifra se incrementará en la próxima década debido al envejecimiento de los habitantes y la prevalencia de otras afecciones crónicas como diabetes mellitus, propensión a obesidad y problemas cardíacos. Esta situación es similar en otros países desarrollados, aunque la incidencia ha estado estabilizándose en pacientes que reciben tratamientos renales o trasplante, a su vez sigue el incremento acelerado alcanzando cifras de 1500-1800/millón de habitantes en el 2003 en países como Japón, Taiwan y Estados Unidos, estos datos no son comparables a los que se tienen previstos en países en vías de desarrollo, las cuales son cifras superiores.(4)

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

La enfermedad Renal Crónica es un proceso que empieza cuando algunas nefronas pierden su función y finaliza cuando las nefronas restantes son incapaces de prolongar la vida del paciente, siendo esto necesario, el inicio del tratamiento sustitutivo como la diálisis o el trasplante. Específicamente la Enfermedad Renal Crónica produce la pérdida irreversible del filtrado glomerular de los riñones. En las fases iniciales, los pacientes suelen permanecer sin sintomatología.(5)

Según obtenida de la clasificación de la enfermedad renal crónica que llegó a ser propuesta por KDIGO, (Kidney Disease Improving Global Outcomes) se obtiene que la tasa de filtración glomerular se llega a explicar de la siguiente manera.(5)

TASA DE ESTADIOS DE LA FILTRACION GLOMERULAR		
Estadio 1	90 – 104 mm/min/1.73m ²	Función renal normal o casi normal
Estadio 2	60 – 89 mm/min/1.73m ²	Ligera pérdida de la función renal
Estadio 3	A 45 - 59 mm/min/1.73m ²	Pérdida de ligera a moderada de la función renal
	B 30 – 44 mm/min/1.73m ²	Pérdida de moderada a grave de la función renal
Estadio 4	15 – 29 mm/min/1.73m ²	Grave pérdida de la función renal
Estadio 5	< 15 mm/min/1.73m ²	Enfermedad renal

Fuente: Farreras Rozman Medicina Interna XVIII

Elaborado por: Cristhian Fajardo y Carlos López

Las tasas de filtración glomerular podemos analizar y valorizar, verificado el funcionamiento de los riñones. Particularmente, nos ayuda arrojando datos aproximados del nivel de sangre que atraviesa los glomérulos en cada minuto. Los glomérulos son muy pequeños filtros que se encargan de los residuos de la sangre, ubicados en los riñones. (6)

Estadío 1

Daño renal con FG \geq 90ml/min

Seguimiento	
<p>Control semestral:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tension arterial• Laboratorio General: hemograma, glicemia, uremia, creatininemia• Interconsultas: cardiólogo, nutricionista• Ecografía renal• Control Ginecológico, Serologías de hepatitis B y C, HIV.	<p>Lograr niveles estables de presión arterial :</p> <ul style="list-style-type: none">• <130/80 mmhg (si proteinuria <1000 mg/g de creatinina).• <125/75 mmhg (si proteinuria > 1000 mg/g de creatinina).• Realizar actividad física moderada.• Consejería para cesación tabáquica.• Evitar medicamentos y sustancias potencialmente nefrotóxicas• Plan de alimentación adecuado apacientes que padezcan diabetes, hipertensión, obesidad o dislipemia.

Fuente: Detección precoz, seguimiento y tratamiento de la enfermedad renal crónica según estadío en personas mayores de 18 años

Estadío 2

Daño renal con FG 60-89 ml/min

Seguimiento	Tratamiento
<p>Control semestral:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tension arterial• Laboratorio General: hemograma, glicemia, uremia, creatininemia.• Proteinuria en orina de 24 hs.• Si es diabético microalbuminuria de 24h• Interconsultas: cardiólogo, nutricionista• Ecografía renal• Control Ginecológico, Serologías de hepatitis B y C, HIV.	<p>Lograr niveles estables de presión arterial :</p> <ul style="list-style-type: none">• <130/80 mmhg (si proteinuria <1000 mg/g de creatinina).• <125/75 mmhg (si proteinuria > 1000 mg/g de creatinina).• Realizar actividad física moderada.• Consejería para cesación tabáquica.• Evitar medicamentos y sustancias potencialmente nefrotóxicas• Plan de alimentación adecuado apacientes que padezcan diabetes, hipertensión, obesidad o dislipemia.

Fuente: Detección precoz, seguimiento y tratamiento de la enfermedad renal crónica según estadío en personas mayores de 18 años.

Estadío 3

FG 30-59 ml/min

Seguimiento	Tratamiento
<p>Control cuatrimestral:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tension arterial• Laboratorio General: hemograma, glucemia, uremia, creatininemia.• Proteinuria en orina de 24 hs.• Si es diabético microalbuminuria de 24h• Control del perfil férrico• Ecografía renal• Control Ginecológico <p>Serologías de hepatitis B y C, HIV.</p> <p>Aporte de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hierro• Ácido fólico• Complejo Vit.. B	<p>Lograr niveles estables de presión arterial :</p> <ul style="list-style-type: none">• <130/80 mmhg (si proteinuria <1000 mg/g de creatinina).• <125/75 mmhg (si proteinuria > 1000 mg/g de creatinina).• Realizar actividad física moderada.• Consejería para cesación tabáquica.• Descenso de peso en hombres con una circunferencia de cintura >o igual a 94 cm y 80 cm en la mujer.• Evitar medicamentos y sustancias potencialmente nefrotóxicas• Plan de alimentación adecuado a pacientes que padezcan diabetes, hipertensión, obesidad o dislipemia.•

Fuente: Detección precoz, seguimiento y tratamiento de la enfermedad renal crónica según estadío en personas mayores de 18 años

Estadío 4

FG 15-29 ml/min

Seguimiento	Tratamiento
<p>Control trimestral:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tension arterial• Laboratorio General: hemograma, glucemia, uremia, creatininemia.• Proteinuria en orina de 24 hs.• Si es diabético microalbuminuria de 24h.• Ecografía renal• Control Ginecológico• Serologías de hepatitis B y C, HIV.• Ofrecer oportunamente amplia y adecuada información acerca de las alternativas que la medicina actual le ofrece para reemplazar la función renal, si fuera necesario jerarquizando como primera opción el trasplante	<p>Lograr niveles estables de presión arterial :</p> <ul style="list-style-type: none">• <130/80 mmhg (si proteinuria <1000 mg/g de creatinina).• <125/75 mmhg (si proteinuria > 1000 mg/g de creatinina).• Corregir el aumento de Fósforo• Vit D análogos• Control de P, Na y K• Descenso de peso en hombres con una circunferencia de cintura >o igual a 94 cm y 80 cm en la mujer.• Evitar medicamentos y sustancias potencialmente nefrotóxicas• Plan de alimentación adecuado a pacientes que padezcan diabetes, hipertensión, obesidad o dislipemia.• Aporte de:• Hierro• Ácido fólico• Complejo Vit.. B

Fuente: Detección precoz, seguimiento y tratamiento de la enfermedad renal crónica según estadio en personas mayores de 18 años

Estadío 5

FG < 15 ml/min

Seguimiento	Tratamiento
<p>Control mensual:</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluar estado nutricional• Sintomatología urémica• Tensión arterial• Sobrecarga de volumen <p>Laboratorio General: hemograma, glucemia, uremia, creatininemia,</p> <ul style="list-style-type: none">• Serologías de hepatitis B y C, HIV.• Parathormona• Ecografía renal• Control Ginecológico• Serologías de hepatitis B y C, HIV.• Cuando corresponda, programación del acceso definitivo (catéter de diálisis peritoneal o acceso vascular nativo o protésico para hemodiálisis).	<ul style="list-style-type: none">• Control de P, Na y K.• IMC entre 20 y 25• Descenso de peso en hombres con una circunferencia de cintura >o igual a 94 cm y 80 cm en la mujer.• Hierro• Ácido fólico• Complejo Vit.. B• Eritropoyetina• Ofrecer amplia y adecuada información acerca de las alternativas que la medicina actual le ofrece para, llegado el caso reemplazar la función renal, jerarquizando como primera opción el trasplante.• Suministrar información acerca de las dos modalidades de diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal)

Fuente: Detección precoz, seguimiento y tratamiento de la enfermedad renal crónica según estadío en personas mayores de 18 años

Los estadios 1 y 2 deben de haber riesgos de una reducción progresiva de la TFG (Tasa de filtración glomerular). Hay que ver con detenimiento estos puntos para no confundir otras afecciones como ERC, como quistes renales simples. (3)

Con los estadios 3 y 4 se relaciona a la enfermedad crónica temprana y tardía, al estadio 5, la falla renal, uremia o IRC en estado terminal. Sin embargo, se recomienda utilizar la terminología de los 5 estadios de la ERC en vez de otros términos que no son tan precisos y pueden desembocar en confusión.(3)

Desde la perspectiva clínica, la disminución paulatina progresiva de la TFG secundaria a la pérdida irreversible de nefronas que continúan funcionando, acerca de la causa, inicialmente se produce por un incremento persistente, más de tres meses, de los niveles de plasma, estos son desechos del metabolismo que se dan por medio del riñón, como el Nitrógeno ureico en la sangre y la creatinina. En cuanto la patología renal se desarrolla aparecen otras dolencias y alteraciones de laboratorio, luego acontecen manifestaciones clínicas.(3)

En las etapas avanzadas de la enfermedad renal crónica se presentan algunos síntomas y signos los cuales se denominan como síndrome urémico, este llega a reflejarse en problemas en todos los órganos y sistemas del cuerpo además de la uremia.(3)

Hay que tener en cuenta que cuando existe filtración glomerular baja probablemente a la toxicidad que generan algunos medicamentos a niveles renales, en algunas situaciones están contraindicados y en otros se debe regular la dosis y administración de los fármacos, para así reducir el daño renal.(3)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgos que generan la aparición o alteran el desarrollo de la ERC, pueden ser modificables y no modificables.(7)

Factores de riesgo no modificables

Predisposición genética

Basados en estudios genéticos se establece un vínculo entre la ERC y la variedad de polimorfismos de diversos genes que ayudan a sintetizar moléculas, un ejemplo de estos son los factores del eje del sistema rena angiotensina aldosterona, factor de necrosis tumoral alfa y múltiples citoquinas. (7)

Raza

En la población afroamericana y afro-caribeña existe una mayor susceptibilidad a la enfermedad crónica renal, esto lo podemos observar en la característica común de HTA y DM en su población.(7)

Características materno – fetales

Como factor comprobado de aparición de DM, HTA, Síndrome metabólico, y ERC en adultos, proviene de la mala práctica alimenticia en la maternidad, como la desnutrición que sufre la madre durante el proceso de gestación y el consumo excesivo de calorías por el recién nacido. También el peso por debajo de la media se vincula con HTA por la baja cantidad de nefronas al nacer (oligonefronia).(7)

Edad

Se estima que a mayor aumento de edad existen más casos de ERC y su tasa de progresión incrementa.(7) A pesar de que la edad no está establecido como un factor determinante, se sabe que al pasar los años la función renal está propensa a deteriorarse progresiva y paulatinamente.(8)

Género

En algunos estudios se ha podido asociar al género masculino con un deterioro superior de filtración glomerular en relación al género femenino.(7)

Factores de riesgo modificables

Estos factores están vinculados y asociados, no se dan por casualidad y en ocasiones de modo no constante. Entre los factores de riesgo también a su vez pueden ser susceptibilidad, de progresión e iniciadores, como la HTA.(3) La corrección de estos ha demostrado la prevención del desarrollo de IRC y bajar los riesgos de daños cardiovasculares en la comunidad. (9)

Según investigaciones clínicas se ha probado que la existe una relación entre el grado de proteinuria y el deterioro renal, en base a estos datos consideramos la proteinuria como un fuerte determinante de desarrollo de la IRC. Ente factores de riesgos posiblemente modificables tenemos:(9)

- Diabetes
- Obesidad
- HTA
- Tabaquismo
- Hiperlipemia
- Proteinuria

Diabetes

Una proporción del 40% de nuevos grupos de pacientes de diálisis padecen de diabetes, llegando así a ser considerado como el factor de riesgo más peligroso vinculado a la progresión de la enfermedad renal. La diabetes tipo 2 es considerado como uno de los principales factores, asociado a dos de cada tres nuevos casos de ERC.(3)

La enfermedad renal no siempre afecta a personas con diabetes, para ello existe la prevención por medio del control de la presión arterial y los niveles de glucosa en la sangre. Mientras exista un eficiente control y monitoreo se reducen los riesgos de enfermedad renal.(3)

Obesidad

La obesidad ha llegado a convertirse en una epidemia mundial, y se proyecta que su prevalencia se incrementará hasta en un 40% en la próxima década(10). La obesidad es un factor que genera la aparición de afecciones cardíacas como hipertensión y diabetes tipo 2, este tipo de enfermedades produce variables circulatorias haciendo que los riñones se sobreesfuerzen. Por este hecho, los riñones dejan de funcionar correctamente por lo que finalmente deberá hacerse diálisis o trasplante.(11)

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es considerado un factor de riesgo cardiovascular, también acelera el progreso de ERC ya que eleva la presión capilar glomerular y, por consiguiente generan los fenómenos de la hiperfiltración y glomerulosclerosis, además las alteraciones que se producen por la hipertensión arterial ocasionan que el flujo plasmático renal disminuya (3). Un control adecuado de la tensión arterial ha demostrado que retarda la progresión del daño renal. (12)

La tensión arterial a nivel normal es de 130/85 o menor, este debe ser el tope para las personas que padecen diabetes, enfermedad cardíaca o IRC. La tensión arterial puede controlarse vigilando el peso, realizando ejercicio y con medicamentos e incluso se puede prevenir o frenar el progreso de enfermedad renal a enfermedad renal.(3)

Existen varios tipos de fármacos que ayudan a controlar la tensión arterial, como la enzima conversiva de la angiotensina (ECA), los inhibidores, los antagonistas del receptor de la angiotensina (ARA), también los bloqueantes beta pueden ayudar a proteger los riñones en algunas situaciones. (3)

Hiperlipemia.

Se estima que la hiperlipemia agrava la lesión renal debido a que activa la proliferación de las células mesangiales, fibronectina, factores quimiotácticos de los macrófagos y especies que reaccionan al oxígeno. No obstante los resultados clínicos no son suficientes para avalar el efecto del tratamiento de la hiperlipemia en el desarrollo de la enfermedad renal crónica, así como el medio terapéutico apropiado (3). Se la puede tratar con dieta, perdiendo peso y haciendo ejercicio.(13)

Tabaquismo

El acto de fumar representa un factor directo para acelerar la enfermedad renal, debido a que produce hiperfiltración glomerular, disfunción endotelial y eleva los niveles de proteinuria. No obstante no existen estudios que sustenten que suspender el tabaco produzca cambios en el progreso de la ERC.(3)

Proteinuria

La proteinuria es un indicador de la enfermedad renal evidente, también es el primer indicador cuando se produce un daño renal silente; además de un

determinante de enfermedad renal crónica y factor de riesgo de progresión de dicha enfermedad, y se llega a describir como una condición en la cual la orina contiene una carga anormal de proteína.(14)

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

El tratamiento para la enfermedad renal opta por todas las maneras de retardar el progreso de esta enfermedad. Como tratamiento se sugieren medios farmacológicos, restricciones y cuidado alimentario, diálisis o trasplante renal. La medicación que se usa para tratar las complicaciones contiene antiácidos para hiperfosfatemia/hipocalcemia, agentes anticonvulsivos, antihipertensivos, Eritropoyetina sintética o suplementos de hierro para combatir la anemia.

Entre otras opciones existen tratamientos sustitutos que se ejecutan en pacientes con ERC:

Hemodiálisis

La hemodiálisis es un tratamiento médico que tiene como objetivo suprimir los desechos y el líquido adicional que se presenta en la sangre. En este proceso, la sangre se bombea y está pasa por medio de unos tubos blandos a una máquina especial para hacer diálisis, a su vez pasa por un **filtro** llamado dializador que simula un riñón artificial (15). Para este proceso la sangre fluye una onza por vez a través del filtro ya descrito.(16)

Una vez que se ha filtrado o dicho popularmente “limpiado” la sangre, está regresa al cuerpo. Gracias a que se ha podido eliminar los desechos, los líquidos innecesarios y la sal, ayuda a controlar la presión arterial y a llevar un equilibradamente las sustancias químicas del cuerpo como el sodio y potasio (16). Este proceso es realizado 3 veces por semana y cada tratamiento tiene una duración de entre 3 y 5 horas.(15)

Diálisis Peritoneal

La diálisis peritoneal es una técnica en el cual se usa el recubrimiento del abdomen (peritoneo) y una solución llamada dializador. El dializado absorbe los desechos y líquidos de la sangre, usando de filtro al peritoneo. En la diálisis, el líquido se lo introduce en la cavidad peritoneal, por medio de un catéter implantado por medio de una pequeña intervención quirúrgica, luego este se llega a extraer después de un periodo de tiempo, después del proceso de intercambio de solutos en el tejido.(17)

Trasplante renal

El trasplante renal es el tratamiento con mayor impacto hacia la mejoría de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal, constituye actualmente la mejor opción terapéutica para la insuficiencia renal en estadio terminal.(18)

Los resultados positivos dentro de la expectativa y la mejora en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica dependiendo del tratamiento aplicado, ya sea terapia de sustitución o diálisis, o con un trasplante renal debe ser analizado y valorizado individualmente según el caso. Para esto se debe realizar necesariamente una evaluación antes de hacer el trasplante, determinando cuáles serían los riesgos y que beneficios se obtendrían en diferentes puntos: médicos, quirúrgicamente, riesgos inmunológicos, trastornos psicológicos y sociales; con estos datos podremos ver qué posibilidad de recuperación posterior a la intervención de trasplante, bajo estos datos se maximizara los estándares e impactos en la calidad de vida del paciente.(19)

Los afectados que se realizan un trasplante previo a empezar la diálisis o en los primeros seis meses, llegan a ganar una sobrevivida de 5 a 10 años, esto representa un porcentaje 20 a 30% superior que los pacientes que se han sometido a diálisis por periodos mayores a dos años, este positivo resultado está vinculado a las patologías cardiovasculares que la diálisis produce a largo plazo.(19)

Trasplante renal de donante vivo

Se trata de un procedimiento con un porcentaje muy positivo de seguridad, con bajas tasas de mortalidad y morbilidad. El proceso para obtener un órgano de un donante vivo va a repercutir en muchos aspectos no solo económico, social y emocional, como también antes y después del trasplante. Cabe recalcar que dicho procedimiento conlleva una gran responsabilidad al momento de la evaluación y selección, ya que se trata de un donante vivo.(20)

Principales ventajas

- Ausencia de las repercusiones hemodinámicas de la Muerte Encefálica sobre el injerto renal.
- Reducción significativa en los tiempos de isquemia fría del injerto renal.
- Inicio de inmunosupresión en el receptor de forma anticipada, ya que se conoce la fecha y la hora del trasplante.
- Disminución de tiempo en lista de espera.

“Estudios internacionales confirman mejores resultados con el TxR de donante vivo en virtud de una edad más temprana al momento de practicar el trasplante, mejor compatibilidad HLA y menor tiempo en lista de espera/diálisis” (20).

Trasplante renal de cadáver

La elección de un paciente para un trasplante de donante cadavérico, implica que tiene que tener negada toda posibilidad de un donante vivo. Lo primero es incluir a la lista de espera de donante cadavérico y se realizara teniendo en cuenta el grado de compatibilidad sanguínea ABO Y HLA.(21)

Se valoran factores como edad, índice de masa corporal de donante y receptor, tiempo que el paciente lleva en la lista de espera de trasplante, si es un primer trasplante renal o de un segundo, grado de sensibilidad.(21)

Para el trasplante se considera lo siguiente:(21)

- El donante debe de tener menos de 60 años.
- No tener cáncer ni infecciones intratables.
- Función renal óptima.

Se debe incluir:(21)

- Hemograma
- Perfil lipídico
- Perfil bioquímico
- Electrolitos, plasmáticos
- Glicemia.
- Estudio completo de coagulación, creatinina plasmática.
- Serología de VIH, hepatitis B y C, VDRL, citomegalovirus.
- Radiografía de tórax.

“Los riñones de donantes no emparentados o cónyuges antígeno leucocitario humano (HLA) incompatibles tienen más éxito que los de donador de cadáver con incompatibilidad similar, lo que sugiere que es importante la lesión isquémica adicional producida durante el almacenamiento del órgano”. La valoración del donador debe de pasar por un criterio diagnóstico minucioso que contenga arteriopatía coronaria corregible, presencia de infección latente o indolente (virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis B o C, tuberculosis) y neoplasias.(21)

Tratamiento terapéutico de la enfermedad renal crónica

Dieta de restricción salina

Para pacientes con enfermedad renal se recomienda dietas hiposódicas controladas (3-6 g/día, es decir, 50-100 mEq de sodio), esto se consigue evitando embutidos, no sazonar exageradamente los alimentos, evitar alimentos prefabricados, congelados y enlatados. Una dieta alta en sal reduce los efectos de los medicamentos antiproteinúricos de los bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona(22). Una de las recomendaciones es que se debe consumir menos de 5 gramos de cloruro sódico al día. Esto se conseguirá si no se añade sal a los alimentos y evitando los alimentos salados.(23)

Bloqueantes del eje renina-angiotensina-aldosterona

Los bloqueantes tienen efectos renoprotectores, cardioprotectores y antihipertensivo. Son efectivos en las nefropatías proteinúricas, como ejemplo recurrente tenemos a la nefropatía diabética. Se reduce la presión intraglomerular, como resultado la proteinuria en un 30% a 40%. Este método es más efectivo en pacientes que siguen una dieta hiposódica y consumen diuréticos. No se confirman efectos renoprotectores en casos avanzados de enfermedad renal crónica.(22)

Los suspensivos de la enzima de transformación de la angiotensina y los agentes antagonistas del receptor de angiotensina, estos se han mostrado efectivos y con reacción antihipertensiva y antiproteinúricas, no obstante este (IECA) la mayoría de las veces produce tos, por ello está limitado el suministro del mismo.(22)

Antagonistas del calcio

Cuando existen casos de proteinuria e hipertensión arterial, se recomienda la utilización de antagonistas del calcio, de preferencia no dihidropiridínicos ya tiene efectos secundarios antiproteinúricos que anulan los efectos del fármaco.(22)

Diuréticos

Se recomienda usar diuréticos del asa ((furosemida, torasemida, bumetanida), los diuréticos tiazídicos no son efectivos con cantidades de creatinina

sérica superior a 2mg/dl. En caso necesario los ahorradores de potasio como la espironolactona que posee un gran efecto antiproteinúrico, sin embargo no es recomendable ser administrado por riesgos de hiperpotasemia en las etapas 3-5 de la enfermedad renal crónica. Llevar este tratamiento requiere control y monitoreo frecuente.(22)

Bloqueantes α y β

Evita la dilatación de la arteriola eferente, aunque poseen menos efecto antiproteinúrico.(22)

Estatinas

Estos medicamentos ayudan a mejorar el perfil lipídico, puede inclusive parcialmente prevenir la lesión glomerular. Sin embargo no está indicado como renoprotector directo.(22)

Insulina

Existen afecciones que son denominados como problemas de salud mundial a nivel mundial entre ellos destacan la diabetes mellitus (DM 2) y la enfermedad renal crónica. Los pronósticos de estas enfermedades están estrechamente vinculados, por lo que en la práctica las terapias de estas se complementan mutuamente. Un adecuado control en los niveles de glicemia ayuda a revertir los efectos de la enfermedad renal en sus etapas iniciales, gracias a esto se reduce el deterioro microangiopático y además tratar de controlar el nivel glicémico conlleva a tratar los cambios provocados por el ambiente urémico. Es de vital importancia saber que existen cambios en las interpretaciones de los análisis de laboratorio; en el caso de los medicamentos hipoglicemiantes, existen cambios en su farmacodinamia y farmacocinética, también se presenta dificultad para ejecutar ejercicios e implementar una adecuada alimentación.(24)

Los medicamentos orales como insulinas entre otros esquemas hipoglicemiantes empleados deben de ser estrictamente personalizados. Preferiblemente se debe eludir medicamentos de excreción renal exclusiva ya que pueden producir hipoglicemias. Ambas insulinas, convencionales y análogas, deben ser suministradas con precaución en cuanto a la dosis, dando como pauta que es necesario un riguroso automonitoreo de glicemia digital.(24)

Hierro

Los pacientes que padecen enfermedad renal crónica frecuentemente tienen una carencia de hierro, esto no se da en diálisis, asociando con bajos niveles de hemoglobina y una respuesta desfavorable al tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyesis. Debido a esta situación, la ferroterapia es considerada como uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la anemia de este grupo. La ferroterapia aplicada a pacientes con enfermedad renal crónica tiene como objetivo la prevención y control de los niveles de hierro o en personas que estén en tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyesis.(25)

La eritropoyetina (EPO), es una hormona que estimula la producción de glóbulos rojos en la médula ósea, esta es producto de riñones sanos y eficientes. Cuando los riñones están enfermos generalmente no llegan a elaborar suficiente EPO. Debido a esto, la médula ósea no produce tantos glóbulos rojos como es necesario. La anemia es una patología frecuente en las personas que padecen insuficiencia renal avanzada. (26)

La anemia está originada por niveles bajos de EPO pero también se puede dar a consecuencia de: pérdida de sangre a causa de la diálisis, hemorragias, insuficiencia en ácido fólico y hierro. El hierro y el ácido fólico son fundamentales para crear hemoglobina, esta es la que lleva oxígeno al interior de los glóbulos rojos.(26)

FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Declaración Universal de Derechos Humanos

Artículo 25.1: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.(27)

Constitución del Ecuador

TITULO II DERECHOS

Capítulo tercero- Sección séptima

Personas con enfermedades catastróficas

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.(28)

TÍTULO VII

RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR

Sección segunda – Salud

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.(28)

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.(28)

LEY ORGÁNICA DE SALUD

CAPITULO III

De las enfermedades no transmisibles

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.(29)

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.(29)

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio tiene por objetivo determinar la incidencia de la enfermedad renal crónica en pacientes atendidos en una sala de hospitalización de un hospital de la ciudad de Guayaquil durante el año 2018.

Tipo de estudio: Cuantitativa, prospectiva.

Nivel: Descriptivo

Métodos e instrumentos de la investigación

Se aplicó una matriz de observación indirecta, la cual sirvió para la revisión de las historias clínicas y recolección de datos de los pacientes con enfermedad renal crónica en la sala de medicina interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Población: 89 pacientes

Diseño: Según la naturaleza es transversal

Procedimientos para la recolección de datos: Se realizó una matriz de observación y se consideró lo siguiente: la entrega del permiso respectivo por parte del director de un hospital de tercer nivel en la ciudad de Guayaquil y la matriz de observación para proceder a recolectar información suficiente en mencionada institución.

Técnica de procesamiento y análisis de datos: Los datos recolectados en dicho estudio se los organizo por las categorías de las variables en estudio y presentados en gráficos y tablas, se analizó cuantitativamente en porcentajes.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE GENERAL: INCIDENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

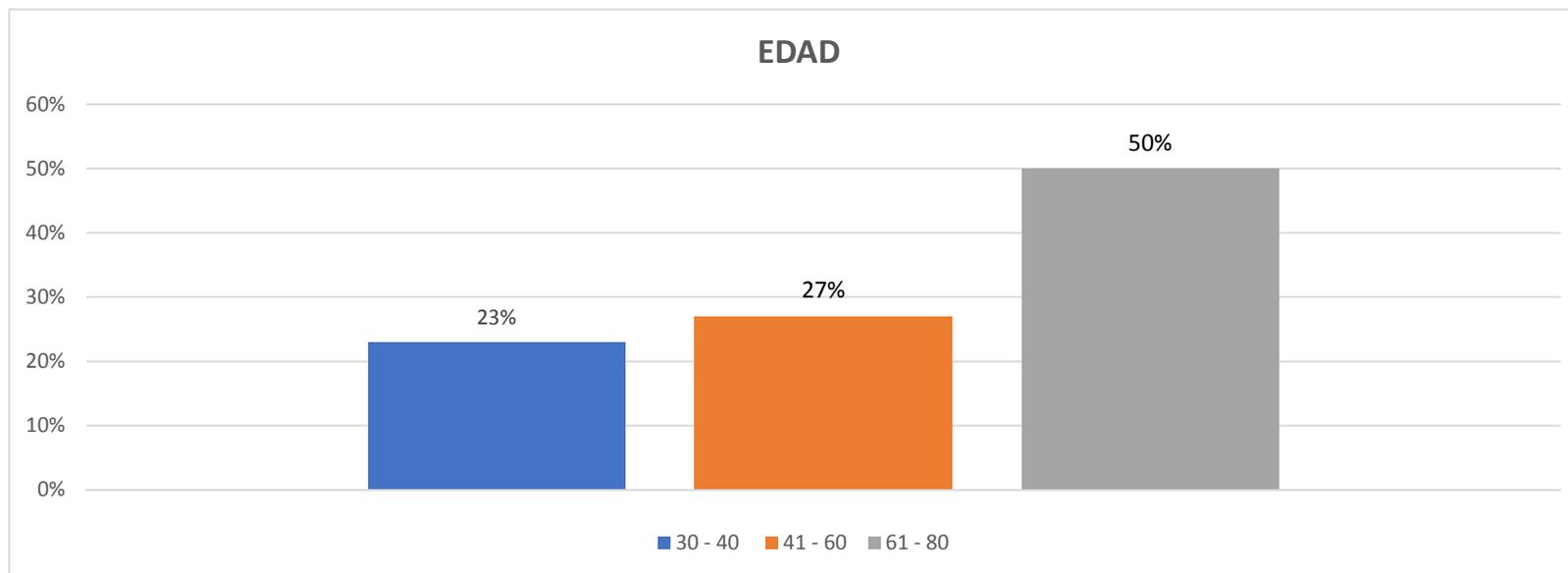
DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
La incidencia refleja el número de nuevos “casos” en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés. Cuando la enfermedad es recurrente se suele referir a la primera aparición	Características demográficas	Edad	20-40__ 41-60__ 61-80__
		Sexo	Masculino__ Femenino__
		Lugar de residencia	Urbano__ Rural __ Urbano Rural __
	Factores asociados	Modificables	Antecedentes previos patológicos SI__ NO__ Fumador SI__ NO__ Hipertensión SI__ NO__ Diabetes SI__ NO__ Obesidad SI__ NO__ Proteinuria SI__ NO__

		No modificables	Predisposición genética SI__ NO__ Etnia_____
	Tratamiento	Diálisis	Diálisis peritoneal SI__ NO__ Hemodiálisis SI__ NO__ Trasplante SI__ NO__
		Farmacológico	Bloqueantes del eje renina-angiotensina-aldosterona____ Antagonista del calcio____ Diuréticos____ Bloqueante α y β ____ Estatinas____ Hierro__ Insulina____
		No Farmacológico	Dieta SI__ NO__

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Durante el período de noviembre del 2018 a enero del 2019, ingresaron al área de hospitalización 89 paciente en el servicio de Medicina Interna del HAGP y un total de 56 pacientes con diagnóstico de ERC, información que fue facilitada por Departamento de Datos y Estadística mediante un listado con los números de historias clínicas de los pacientes. Del total de historias clínicas, al finalizar la recolección de datos, se revisaron las 56 carpetas de los pacientes con la ERC.

Tabla 1 Distribución de los pacientes, según edad, Hospital Abel Gilbert Pontón, Noviembre del 2018 a Enero del 2019.

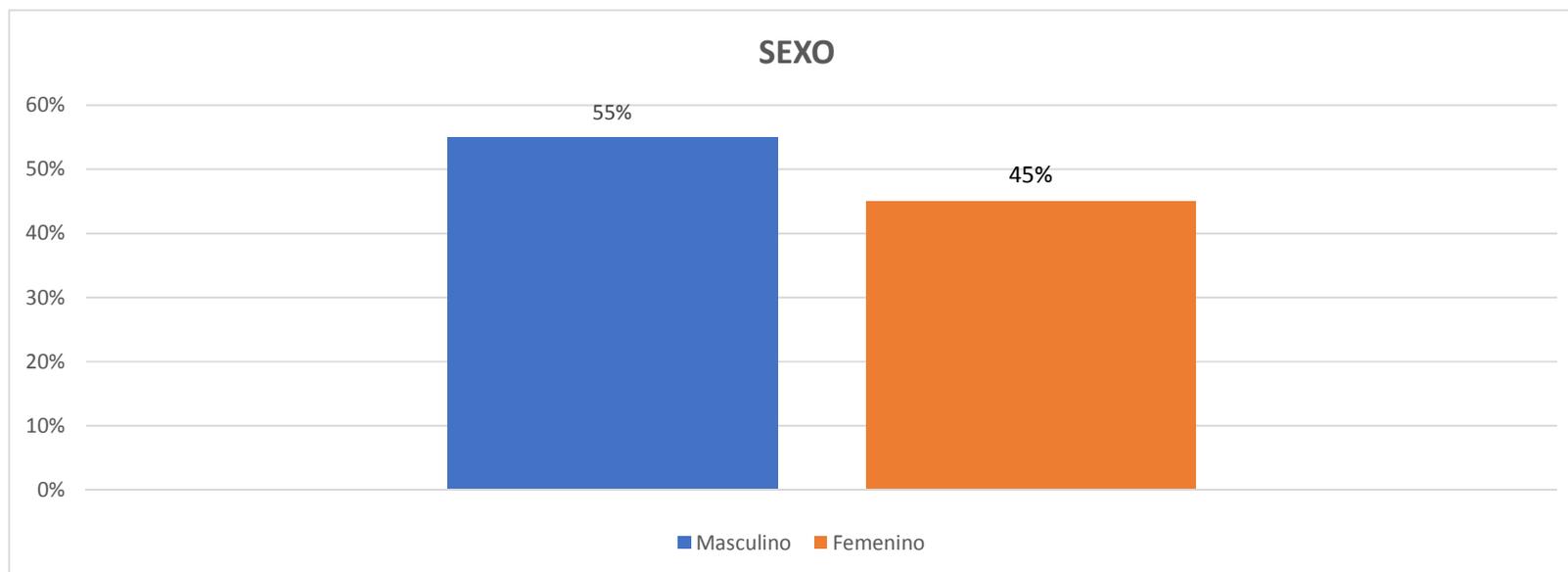


FUENTE: Historias clínicas de pacientes con enfermedad renal crónica.

ELABORADO POR: Cristhian Fajardo Arias, Carlos López Salguero.

Análisis. - Según la edad la insuficiencia renal crónica es más frecuente en pacientes de 61 a 80 años.

Tabla 2 Distribución de los pacientes, según sexo, Hospital Abel Gilbert Pontón, Noviembre del 2018 a Enero del 2019.

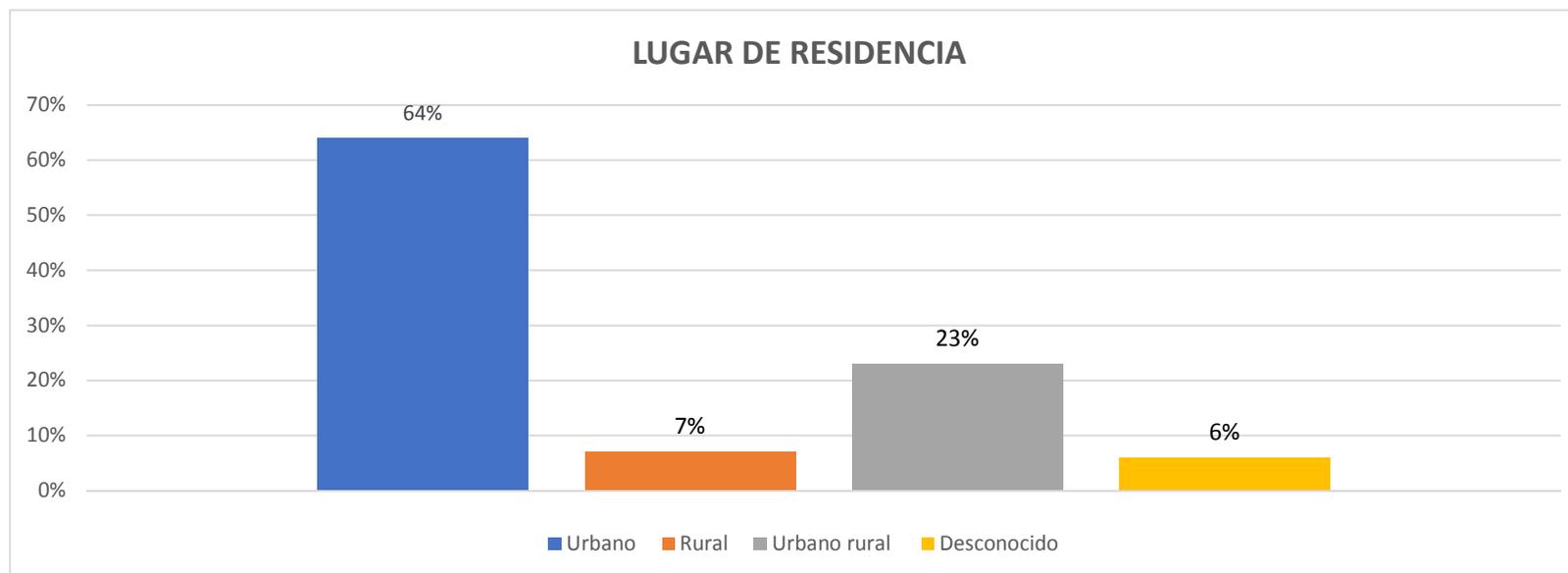


FUENTE: Historias clínicas de pacientes con enfermedad renal crónica.

ELABORADO POR: Cristhian Fajardo Arias, Carlos López Salguero.

Análisis. - Con relación al sexo la ERC tenemos que es más frecuente en los hombres mientras que en las mujeres no, aunque todavía no hay una explicación exacta de porque afecta más en los hombres.

Tabla 3 Distribución de los pacientes, según lugar de residencia, Hospital Abel Gilbert Pontón, Noviembre del 2018 a Enero del 2019.

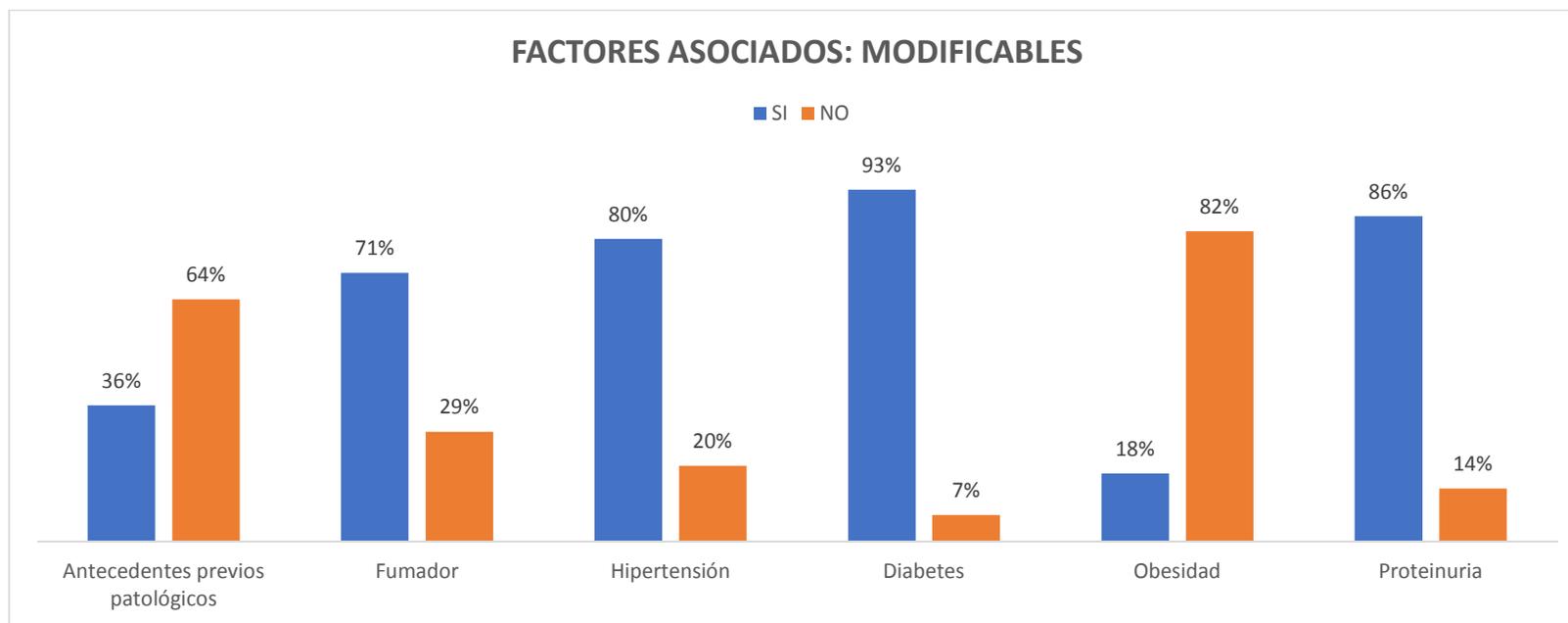


FUENTE: Historias clínicas de pacientes con enfermedad renal crónica.

ELABORADO POR: Cristhian Fajardo Arias, Carlos López Salguero.

Análisis. - El lugar de residencia fue dividido en 3 grupos, el urbano, rural, urbano rural. En donde podemos observar que el grupo urbano tenemos el mayor porcentaje por lo cual se ubican en la ciudad donde se posee Hospitales especializados para tratar al ERC.

Tabla 4 Distribución de los pacientes, según Factores asociados: No modificables, Hospital Abel Gilbert Pontón, Noviembre del 2018 a Enero del 2019.



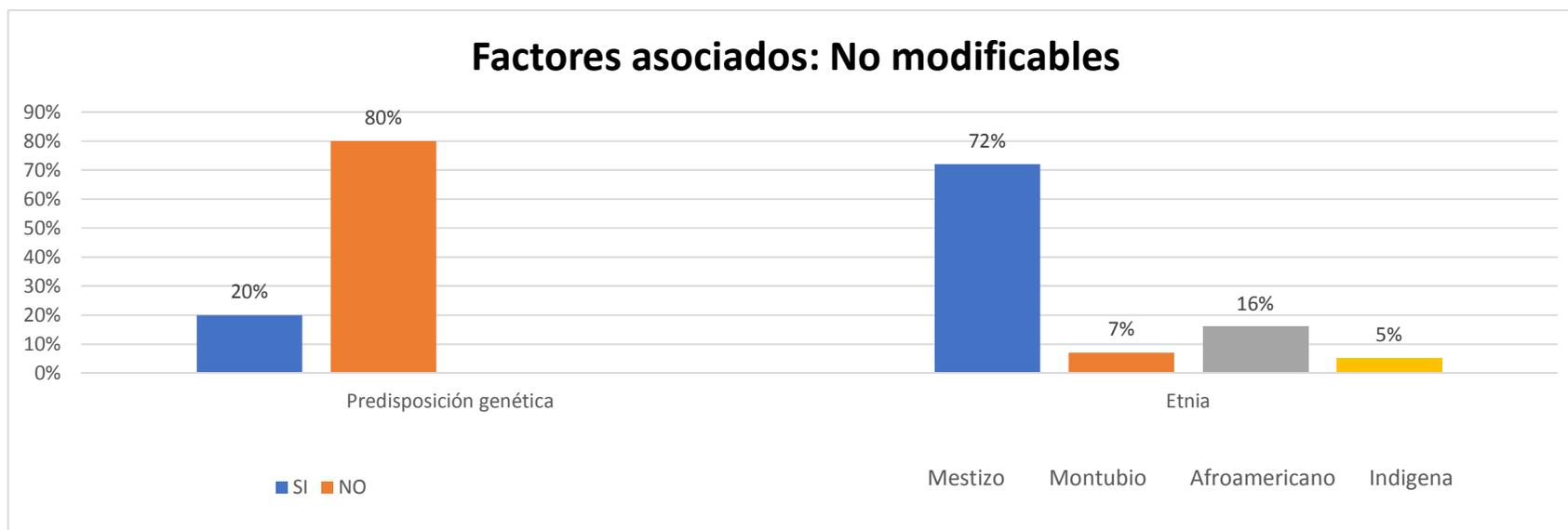
- 37 -

FUENTE: Historias clínicas de pacientes con enfermedad renal crónica.

ELABORADO POR: Cristhian Fajardo Arias, Carlos López Salguero.

Análisis. - Según la encuesta realizada se obtuvo como resultado que entre los factores asociados modificables con mas alto porcentaje tenemos la hipertensión (82%) (n=45) y diabetes (93%) (n=52), por lo cual son mas propensos a sufrir la Enfermedad renal crónica si se llega a tener estos factores de riesgo.

Tabla 5 Distribución de los pacientes, según Factores de riesgo: No modificables, Hospital Abel Gilbert Pontón, Noviembre del 2018 a Enero del 2019.

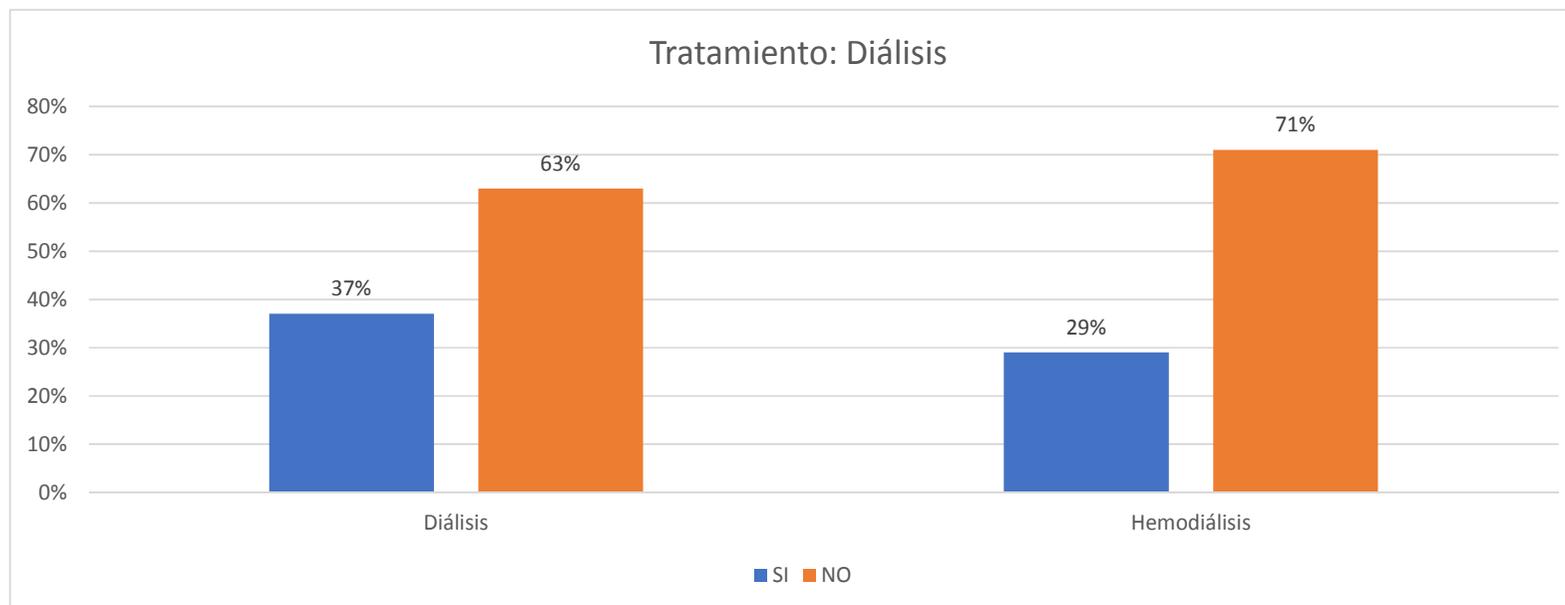


FUENTE: Historias clínicas de pacientes con enfermedad renal crónica.

ELABORADO POR: Cristhian Fajardo Arias, Carlos López Salguero.

Análisis. - Según la encuesta realizada se obtuvo como resultado que entre los factores: no modificables como resultado negativo sobre la predisposición genética (80%) (n=45), se tiene una cierta relación entre la ERC y la variedad de polimorfismos de múltiples genes como son los factores del eje sistema renina angiotensina, pero todavía no hay una explicación exacta. Mientras que los pacientes de etnia mestiza (72%) (n=39) son más propensos a tener la Enfermedad Renal Crónica.

Tabla 6 Distribución de los pacientes, según Tratamiento: Diálisis, Hospital Abel Gilbert Pontón, Noviembre del 2018 a Enero del 2019.

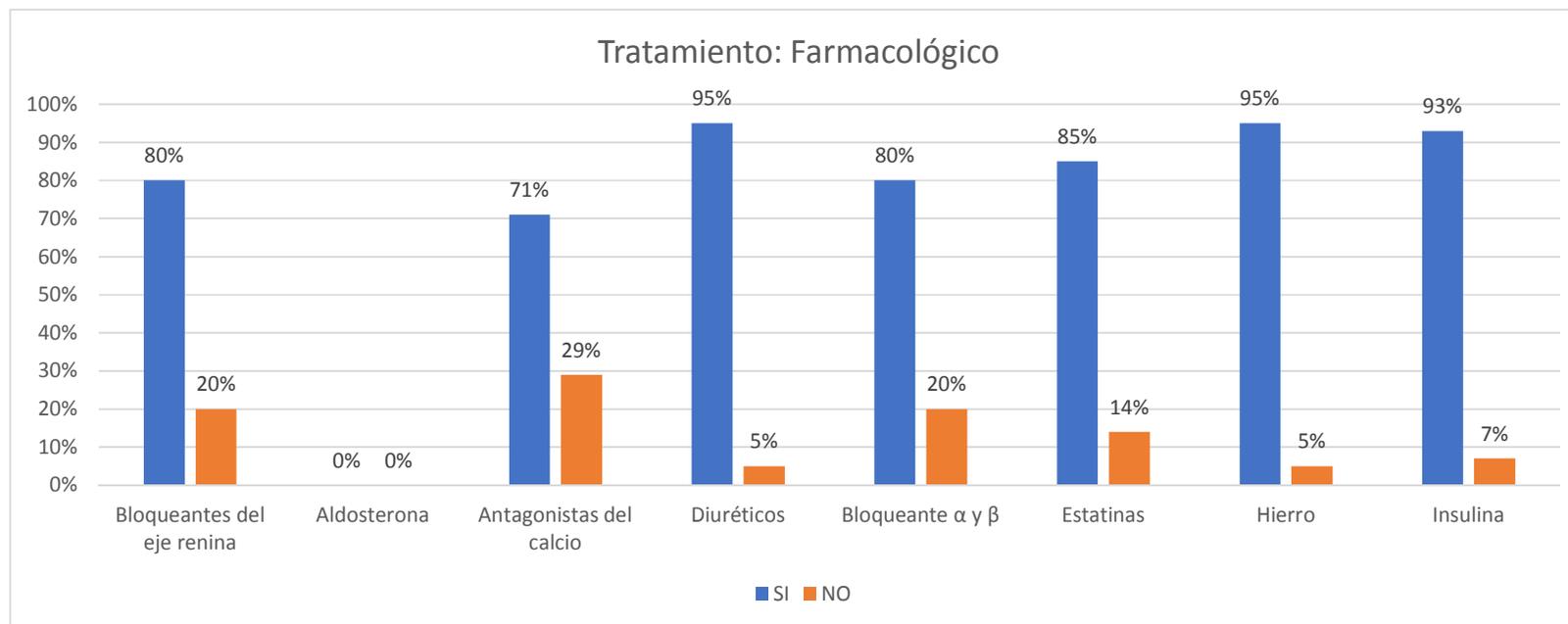


FUENTE: Historias clínicas de pacientes con enfermedad renal crónica.

ELABORADO POR: Cristhian Fajardo Arias, Carlos López Salguero.

Análisis. - Según la encuesta realizada se obtuvo como resultado que los pacientes que se realizan la diálisis es de un 37% (n=20), mientras que los que se realizan la hemodiálisis con un 29% (n=19), por lo cual se realizan más las diálisis.

Tabla 7 Distribución de los pacientes, según Tratamiento: Farmacológico, Hospital Abel Gilbert Pontón, Noviembre del 2018 a Enero del 2019.



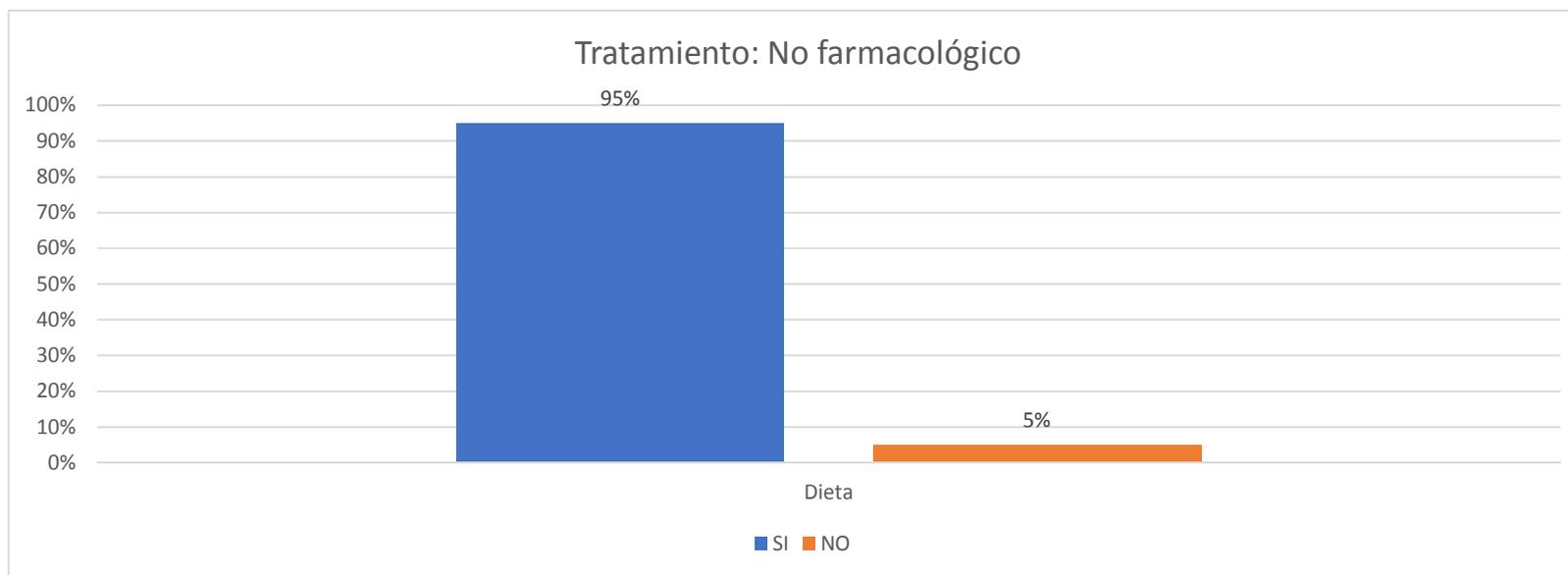
- 40 -

FUENTE: Historias clínicas de pacientes con enfermedad renal crónica.

ELABORADO POR: Cristhian Fajardo Arias, Carlos López Salguero.

Análisis. - Según la encuesta realizada se obtuvo como resultado que los medicamentos más aplicados son los diuréticos (95%) (n=53), Hierro (95%) (n=53) y insulina (93%) (n=52) en los pacientes con la Enfermedad renal crónica.

Tabla 8 Distribución de los pacientes, según Tratamiento: No farmacológico, Hospital Abel Gilbert Pontón, Noviembre del 2018 a Enero del 2019.



FUENTE: Historias clínicas de pacientes con enfermedad renal crónica.

ELABORADO POR: Cristhian Fajardo Arias, Carlos López Salguero.

Análisis. - Según la encuesta realizada se obtuvo como resultado que un 95% (n=53) de los 56 pacientes con ERC, si recibía como tratamiento no farmacológico: Dieta mientras que el 5% (n=3) no recibía. Cabe recalcar que, en este tipo de pacientes, la dieta debe de ser estricta en restricción de sodio, para disminuir la acumulación de ciertas sustancias tóxicas

DISCUSIÓN

En este estudio se llegó a constatar que la enfermedad renal crónica tiene una incidencia de 62.92 x cada 100 habitantes. Durante el período de Noviembre del 2018 a Enero del 2019, ingresaron al área de hospitalización 89 paciente en el servicio de Medicina Interna del HAGP y un total de 56 pacientes con diagnóstico de ERC.

Según la literatura revisada un estudio realizado en Canadá en el año 2102, por la revista "Journal of the american society of nephrology" indica que 1 de cada 93 hombres y una de cada 103 mujeres padecen de enfermedad renal crónica si llegan a vivir más de 80 años. En nuestro estudio, con relación al sexo la ERC es más frecuente en los hombres con el 55% (n=31), mientras que el 45% (n=25) se presentó en las mujeres, aunque todavía no hay una explicación exacta de porque afecta más en los hombres. Mientras que según la edad los pacientes fueron agrupados en 3 grupos desde los de 20 a 40 años con el 23% (n=13), 41 a 60 años 27% (n=15), 61 a 80 años 50% (n=28). Por lo tanto, la insuficiencia renal crónica es más frecuente en pacientes de 61 a 80 años.

Teniendo en cuenta que los factores de riesgo más significativos en la enfermedad renal crónica son la diabetes y la hipertensión, encontramos un estudio realizado por Medina Valarezo, en la ciudad de Guayaquil, (3) indicando que, el 43.46% de los casos tienen diabetes y un 38.82% tienen hipertensión, todo con una muestra de 237 pacientes. En similitud nuestro estudio refiere que hay un elevado indice de pacientes con diabetes con un porcentaje del 93%(n=52), esto con una muestra de 56 pacientes con enfermedad renal cronica, mientras que hay un pequeño indice de los que no poseen la enfermedad con un 7%(n=4). Según la encuesta se puede observar que el mayor indice de pacientes posee hipertensión con un porcentaje del 80% (n=45), mientras que el otro grupo tiene un porcentaje del 20%(n=11).

Respecto al tratamiento de la enfermedad, según un estudio realizado en la ciudad de Guayaquil por Pamela Salas, 70 pacientes se realizaron hemodiálisis con un porcentaje de 63.54% y 40 pacientes utilizaron diálisis peritoneal es decir un 36.36%. En comparación con nuestro estudio se obtuvo como resultado que los pacientes que se

realizan la diálisis es de un 37% (n=20), mientras que los que se realizan la hemodiálisis con un 29% (n=19), por lo cual se realizan más las diálisis.

Según la encuesta realizada se obtuvo como resultado que los medicamentos más aplicados son los diuréticos (95%) (n=53), Hierro (95%) (n=53) y insulina (93%) (n=52) en los pacientes con la Enfermedad renal crónica.

CONCLUSIONES

La insuficiencia renal crónica produce un deterioro progresivo e irreversible de la función renal, la cual en la actualidad los casos han ido en un aumento considerable. Teniendo como incidencia de 62.92 x cada 100 habitantes.

Según la edad los pacientes el mayor índice fue de 61 a 80 años con el 50% (n=28). Con relación al sexo la ERC es más elevada en los hombres con el 55% (n=31), mientras que el 45% (n=25) se presentó en las mujeres. El lugar de residencia, el valor más elevado fue el urbano con 21 pacientes que equivale al 55%, podemos observar que tenemos más personas con la ERC en lo urbano. Un 75% de los pacientes con ERC no mostraron antecedentes previos patológicos, mientras que el otro 25% si mostraron dichos antecedentes.

Se puede concluir que los factores asociados de la enfermedad renal crónica en los pacientes atendidos fueron la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, hiperlipemia, proteinuria, etnia, predisposición genética, antecedentes previos patológicos.

Dentro del tratamiento que reciben los pacientes con enfermedad renal crónica fueron la diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal, mientras también se los trataba con medicamentos como los diuréticos, hierro, insulina, bloqueantes α y β , estatinas, antagonistas del calcio

RECOMENDACIONES

Con el presente estudio se recomienda lo siguiente, con los resultados obtenidos y previas indagaciones, la mayoría de los pacientes llegan en estadio 3 de la ERC. Se debería intervenir oportunamente antes de que la evolución de la enfermedad empeore, es decir en sus primeros estadios.

Cabe recalcar que la responsabilidad por parte del paciente debe ser la más óptima ya que se trata de una enfermedad crónica degenerativa.

Por parte del equipo de salud que más frecuenta con esta patología, médicos, licenciados y nutricionista; brindar charlas sobre prevención y promoción de la salud en cuanto a la enfermedad renal crónica. Educando al paciente acerca de esta patología, indicándole los cuidados estrictos que deberían acatar para un mejor estilo de vida.

Según nuestro estudio, los factores asociados más frecuentes son la diabetes y la hipertensión. En el Ecuador estas personas que padecen dichas patologías son consideradas como grupos prioritarios. Sabiendo esto se recomienda trabajar sobre esta población que padecen estas enfermedades asociadas a la ERC. Concientizando al paciente a que lleve un control responsable y permanente de su presión.

No esta demás decir que el estilo de vida influye drásticamente. Por lo tanto se recomienda: realizar actividad física por lo menos 40 minutos al día; buenos hábitos alimenticios; y una buena calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canizares Guerrero WL. Causas de insuficiencia renal crónica e incidencia durante el año 2012 al 2014 en el Hospital Luis Vernaza de la ciudad Guayaquil [Internet]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2015. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10771/1/pdf-tesis%20de%20Insuficiencia%20renal%20terminada%20MODELO%20PARA%20ENTREGAR%20ANTEPROYECTO.daniela%20-%20copia.pdf>
2. León Laguna SG. Relación entre la Intervención de Enfermería en pacientes adultos nuevos sometidos a hemodiálisis, frente a las Nuevas Necesidades para su autocuidado en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” [Internet]. [Lima]: UNIVERSIDAD RICARDO PALMA; 2009. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/366/1/Le%C3%B3n_g.pdf
3. Medina Valarezo JA. Factores de riesgo de la Enfermedad renal crónica, en el Hospital Abel Gilbert Pontón periodo 2015 [Internet]. [Guayaquil]: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL; 2015. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/24533/1/Tesis%20Enfermedad%20Renal%20Cronica.pdf>
4. Francisco M de, L A. El futuro del tratamiento de la enfermedad renal crónica. Nefrol Madr. 2010;30(1):1-9.
5. Domarus AV, Farreras Valentí P, Rozman C, Cardellach López F. Medicina interna XVIII edición. Decimo Octava Edición. Barcelona, España: ELSEVIER; 2016. 2689 p.
6. Tasa de filtración glomerular: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. 2018 [citado 29 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007305.htm>
7. Achiardi Rey RD, Vargas JG, Echeverri JE, Moreno M, Quiroz G. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Rev Med. 30 de noviembre de 2011;19(2):226.
8. Torrijos Gil JJ. Prevalencia y características clínicas de la insuficiencia renal crónica en el ámbito hospitalario [Internet]. Universitat de les illes Balears; 2015. Disponible en: http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4440/Torrijos_Gil_Jose_J_tesis_1de2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Cajina Jiménez SG, Gutiérrez Vargas LJ. Factores asociados a Enfermedad Renal Crónica (ERC) en pacientes atendidos en el Programa de Crónicos de Enfermedades no Transmisibles del Puesto de Salud Los Laureles, Tipitapa, 2014

- [Internet]. [Nicaragua]: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/3575/1/60560.pdf>
10. Cobesdya CP, Furthc S, Zoccalid C. Obesidad y enfermedad renal: consecuencias ocultas de la epidemia [Internet]. <http://m.revistanefrologia.com/es-articulo-prepublicacion-obesidad-enfermedad-renal-consecuencias-ocultas-epidemia-S0211699517300553>. 2017 [citado 8 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://m.revistanefrologia.com/es-articulo-prepublicacion-obesidad-enfermedad-renal-consecuencias-ocultas-epidemia-S0211699517300553>
 11. Sobrepeso y obesidad aumentan el riesgo de enfermedad renal crónica [Internet]. Redacción Médica. 2019 [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/industria/sobrepeso-y-obesidad-aumentan-el-riesgo-de-enfermedad-renal-cronica-1381>
 12. Escobar Bautista AR, Portalanza Yerobi MJ. Factores de riesgo para la descompensación de insuficiencia renal crónica y prevención de los mismos en el servicio de nefrología del Hospital Eugenio Espejo Quito, periodo Enero 2012 Junio 2013 [Internet]. [Riobamba - Ecuador]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO; 2014. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/141/1/UNACH-EC-MEDI-2014-0003.pdf>
 13. Kreisberg RA, Reusch JEB. Hiperlipidemia (Exceso de grasas en la sangre). J Clin Endocrinol Metab. 1 de marzo de 2005;90(3):E2-E2.
 14. Mongelós KSG, Estigarribia JEE. Proteinuria en adultos con factores de riesgo en dos barrios de Lambaré, Paraguay. Discov Med. 1 de enero de 2019;2(2):13-8.
 15. National Kidney Foundation. Cómo elegir un tratamiento para la insuficiencia renal [Internet]. <https://www.kidney.org>. 2016. Disponible en: https://www.kidney.org/sites/default/files/11-10-7308_FBG_PatBro_Choosing_SPAN.pdf
 16. Hemodiálisis | NIDDK [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2019 [citado 18 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/metodos-tratamiento-insuficiencia-renal-hemodialisis>
 17. Pereira Rodríguez J, Boada Morales L, Florez DG, Torrado Navarro Y. Dialisis y hemodialisis. Una revisión actual según la evidencia. SAN. 2017;15:19.
 18. Cediél WRF, Celis FG, Luna RD, Alvarez RFL. evaluación de la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal en la fundación clínica shaio, Bogotá. :6.

19. Campero Nava A, Parada Barba C andrea, Mamani Huallpa G, Flores Velasco O, Paz Zambrana SM. Norma nacional de procedimientos de trasplante renal [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.saludrenal.minsalud.gob.bo/pdf/Normativa/TRMTR.pdf>
20. Castañeda DA, López LF, Martín I, Martín R, Lozano E. Trasplante renal de donante vivo: “una mirada global”. Urol Colomb. 1 de diciembre de 2014;23(3):205-13.
21. Nájera López RJ, Morán Hidalgo AF. Sobrevida del paciente receptor de trasplante renal y del injerto renal proveniente de donador vivo y cadáverico [Internet]. [Guatemala]: UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA; 2013. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9190.pdf
22. Lorenzo Sellares V, López Gómez JM. Nefrología al día. Primera. Euromedice; 2010.
23. Avila VAA. Trabajo de titulación presentado como requisito para optar el título de Médico. :66.
24. Verner Codoceo R. Diabetes mellitus en el paciente con enfermedad renal avanzada. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de julio de 2010;21(4):585-94.
25. Cases A, Raquel O, Alberto MC, José luis G. Ferroterapia en el paciente con enfermedad renal crónica: entendiendo el estudio FIND-CKD. Rev Nefrol. 2016;14.
26. La Anemia y Sus Riñones [Internet]. 2019 [citado 22 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.kidneyurology.org/ES/Patient_Resources/PaR_Lib_Anemia.htm
27. MMR | El derecho a la alimentación en el mundo | Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [Internet]. 2019 [citado 22 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.fao.org/right-to-food-around-the-globe/countries/mmr/es/>
28. Asamblea Constituyente. Constitución de la Republica del Ecuador. :218.
29. Cordero M. Ley organica de salud. :40.

GLOSARIO

Incidencia: Cosa que se produce en el transcurso de un asunto, un relato, etc., y que repercute en él alterándolo o interrumpiéndolo.

Renal: Del riñón o relacionado con él.

Diabetes: La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que consume. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía.

Hipertensión: Es el término que se utiliza para describir la presión arterial alta

Dislipidemia: Es la elevación anormal de concentración de grasas en la sangre (colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y LDL)

Proteinuria: Presencia en la orina de proteínas en una cantidad superior a la normal.

Hemodiálisis: Tratamiento médico que consiste en eliminar artificialmente las sustancias nocivas o tóxicas de la sangre, especialmente las que quedan retenidas a causa de una insuficiencia renal, mediante un riñón artificial (aparato).

Diálisis: Separación de las sustancias que están juntas o mezcladas en una misma disolución, a través de una membrana que las filtra.

Insulina: Hormona producida por el páncreas, que se encarga de regular la cantidad de glucosa de la sangre.

ANEXOS



Internos de enfermería realizando la revisión de carpetas en la sala de estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón



Internos de enfermería entregando el permiso de recolección de datos en la sala de estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón



Revisión detallada de las carpetas para la recolección de datos en la sala de estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón.



Ministerio de Salud Pública

Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón"

PACIENTES CIE 10 N18

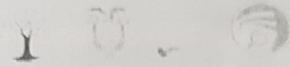
AÑO	MES	APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE	ESTADO DE EGRESO	ARCHIVO	IDENTIFICACIÓN
2018	11	ROMERO MALAVE LETICIA TEODORA	VIVO	862577 ✓	0905576807
2018	11	BRIONES CEDEÑO EDILMA LIDUBINA	VIVO	898687 ✓	1307389104
2018	11	AVILES CANTOS JUAN PASTOR	VIVO	821113 ✓	1201694369
2018	11	ARSINIEGA GUIRACOCOA PRISCILLA ALEXANDRA	VIVO	897337 ✓	1714800354
2018	11	GARCIA VARGAS MARIA DE LOURDES	VIVO	443715 ✓	0905115614
2018	11	JACOME GOMEZ LUIS ALBERTO	VIVO	898868 ✓	0900381260
2018	11	ARIAS CRUZ HAROL ROBERTO	VIVO	898853 ✓	1203361066
2018	11	RODRIGUEZ JOSE ELIAS	VIVO	852471 ✓	0906846506
2018	11	DE LA TORRE GONZALEZ ANTHONY ISRAEL	VIVO	898387 ✓	0959523507
2018	11	BORBOR MURILLO ERIKA MARIA	VIVO	861069 ✓	2400039968
2018	11	CEVALLOS CHOEZ VICTOR DANIEL	VIVO	852341 ✓	0921927000
2018	11	SANCHEZ MEDINA JOSE NICOLAS	VIVO	898878 ✓	1200494498
2018	11	LORENTY AREVALO OLGA CECILIA	VIVO	898663 ✓	1208022820
2018	11	MURILLO ALVAREZ CRISTINA IRSINIA	FALLECIDO	898714 ✓	0955013883
2018	11	UBE BUSTAMANTE JOHNSON MARQUEZ	FALLECIDO	896751 ✓	0909324519
2018	11	DELGADO VALDIVIESO DUBIJE MARICELDA	FALLECIDO	898992 ✓	900086430
2018	11	MERA INTRIAGO ANGELA PATRICIA	FALLECIDO	877948 ✓	0906933536
2018	11	ZURITA SANCHEZ BOLIVAR VICENTE	FALLECIDO	898368 ✓	0906900857
2018	11	FIENCO BONOSO MERCEDES CARMEN	VIVO	899097 ✓	0952014264
2018	11	COBOS PONCE URBANO	VIVO	888503 ✓	1301387427
2018	11	MEZA SOZA BOLIVAR NOLBERTO	VIVO	899254 ✓	0913358792
2018	11	VELASCO NAULA MIGUEL ANTONIO	FALLECIDO	590731 ✓	0907385942
2018	12	ACOSTA LEON HECTOR SATURNINO	VIVO	869291 ✓	0913607768
2018	12	VELASCO CASTRO JOSE ABEL	VIVO	626750 ✓	0908607187
2018	12	CORNEJO ARANA PEDRO MARCEL	VIVO	899579 ✓	0918383324
2018	12	DE LA TORRE GONZALEZ ANTHONY ISRAEL	VIVO	898387 ✓	0959523507
2018	12	PORTILLA SALAZAR DEICI CEMEIDA	VIVO	822317 ✓	0912179926
2018	12	SUAREZ CASTILLO AURORA DEL ROSARIO	VIVO	773619 ✓	0916411168
2018	12	SOLIS SANCHEZ FELIX FRANCISCO	VIVO	899497 ✓	1200749867
2018	12	PICO CEVALLOS LILIANA ELIZABETH	VIVO	899641 ✓	0926887290
2018	12	CUEVA SIGCHO PLUTARCO LUIS	FALLECIDO	579513 ✓	0900808478
2018	12	MEDRANDA CRISTOBAL ROBERTO	VIVO	513505 ✓	1301580104
2018	12	ORTIZ MORAN MAXIMINA EUDOCIA	VIVO	631754 ✓	0908092208
2018	12	MUÑOZ ZAMBRANO JUANA CERENA	VIVO	853694 ✓	1304996745
2018	12	VILLON GONZALEZ ROSENDO ABSALON	VIVO	896451 ✓	0907297063
2018	12	VILLON GONZALEZ ROSENDO ABSALON	VIVO	899159 ✓	1201893748
2018	12	TENEMAZA MOSQUERA ANA LUCIA	VIVO	899686 ✓	0904329240
2018	12	CORONADO ORTEGA GASTON ALEJANDRO	VIVO	899711 ✓	0904624368
2018	12	IBÁÑEZ CASTILLO LETTY ARACELLY	VIVO	814759 ✓	0923591028
2018	12	GONZALEZ QUIMI ERIKA ROXANA	VIVO	443715 ✓	0905115614
2018	12	GARCIA VARGAS MARIA DE LOURDES	VIVO	443715 ✓	0905115614

2018	12	VERA MACIAS MILTON HUGO			
2018	12	LORENTY AREVALO OLGA CECILIA	VIVO	899614	0903623759
2018	12	PIGUAVE GONZALEZ GLADYS	VIVO	898663	1208022820
2018	12	PALACIOS MIRANDA CARLA JUDITH	VIVO	861420	0907954242
2018	12	ORTIZ COROZO DORILA	VIVO	847205	0931025530
2018	12	NOBOA CRUZ VENICIO BAROLO	FALLECIDO	877976	0800570285
2018	12	LOPEZ FLORES MARTHA ELIZABETH	FALLECIDO	898731	0916173149
2018	12	GAVILANEZ TOMALA JEFFERSON JOSUE	FALLECIDO	899805	0902058338
2018	12	CABRERA RUIZ ANATOLIA GARDENIA	VIVO	834943	1208260438
2019	1	CABRERA RUIZ ANATOLIA GARDENIA	VIVO	882179	0901894964
2019	1	CHIMBORAZO FARIAS JULIO FELIPE	VIVO	899874	0905803623
2019	1	MACIAS VELIZ JUANA DEL ROSARIO	VIVO	899802	0906366760
2019	1	SALAZAR CAICEDO RICARDO FILEMON	VIVO	898612	0800791444
2019	1	AGUIRRE CORTEZ NEBIL ANGEL	VIVO	899863	0911729911
2019	1	CORELLA SERRANO RAFAEL ALADINO	VIVO	900211	0905296596
2019	1	SUAREZ BENITEZ FRANKLIN EDUARDO	VIVO	900004	0906329222
2019	1	CHIRIGUAYA SOLEDISPA ELENA MERCEDES	VIVO	509593	0900892449
2019	1	ZAPATA MALAVE SARITA EDUARDINA	FALLECIDO	847981	0909153249
2019	1	PINCAY ONOFRE GIOCONDA HERLINDA	FALLECIDO	855865	0913597860
2019	1	AYOVI MERCADO AMARY DORIS	FALLECIDO	764764	0909171472
2019	1	CATAGUA BANGUERA MARIA AUXILIADORA	VIVO	899891	0913292066
2019	1	RUIZ MEDINA MARIA MARGARITA DE JESUS	VIVO	744985	1303754939
2019	1	MORALES ARREAGA MARIA ANGELINA	VIVO	900033	0908991276
2019	1	VITERI JIMENEZ JOSE ELADIO	VIVO	900024	0908033053
2019	1	ROSADO MUÑOZ PETITA GLORIA	VIVO	900401	1306287564
2019	1	MOSQUERA PINEDA OSCAR ISAIAS	VIVO	817166	0908525967
2019	1	VERA TRIGUERO JOSE ANTONIO	VIVO	880605	1203044134
2019	1	BORBOR MURILLO ERIKA MARIA	VIVO	861069	2400039968
2019	1	LINO RODRIGUEZ GLORIA GUILLERMINA	VIVO	900350	0907231922
2019	1	SUAREZ LAINEZ ODALIA ELIZABETH	VIVO	844162	0907069397
2019	1	VERA AURIA CARLOS RAUL	VIVO	897958	0904762242
2019	1	AGUILERA SANCHEZ MARTHA CECILIA	VIVO	592287	0921339164
2019	1	ROSADO RIVAS BETSY GREGORIA	VIVO	900648	1202508550
2019	1	MERCHAN GUTIERREZ NORMA SUSANA	VIVO	891615	0915662894
2019	1	SAREZ OCHOA JOSE LUIS	VIVO	900335	0903158616
2019	1	GUTIERREZ LOJA ENMA SONIA	FALLECIDO	887881	0101139772
2019	1	ROMAN JURADO DORA	VIVO	899848	0903628675
2019	1	CARREÑO ROMERO LUIS ALFREDO	VIVO	900731	0908320831
2019	1	SALTOS MALO IVONNE MARIA	VIVO	899923	0917763443
2019	1	DIAZ SANCHEZ MARIA ESTHER	VIVO	892660	0909528895
2019	1	MOROCHO POMA JUAN DE DIOS	VIVO	897124	0601854276
2019	1	LEON TUMBACO MARTHA ALEXANDRA	VIVO	606707	0921816286
2019	1	BASURTO JIMENEZ ANDRES TEODORO	VIVO	821971	0908978554
2019	1	GOMEZ NN RUTH MERY	VIVO	900868	0901471789
2019	1	VERA MACIAS MILTON HUGO	VIVO	899614	0903623759
2019	1	NIETO OBREGON ARACELI VICTORIA	VIVO	895301	0901996900
2019	1	VENTURA MARCILLO MARCIAL TIMOTEO	VIVO	497324	1303405466
2019	1	MALDONADO ANGAMARCA CARMEN BEATRIZ	VIVO	893637	0900944539

2019	1	CEDEÑO SANCHEZ ZORAIDA CECIBEL	VIVO	862575	0917480014
2019	1	MENDOZA FIGUEROA LUIS FERNANDO	FALLECIDO	897793	0907696587

Lista de pacientes con ERC en Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontó

SALUD



Memorando (HAGP-UDI-2019-051-M)
Guayaquil, 18 de Febrero del 2019

Revisada
Cintha Patiño Rojas
COORDINADORA DE ADMISIONES
E-rosario

A través de la presente solicito a usted, muy comedidamente se sirva brindar la facilidad al estudiante Fajardo
Arias Christian Paul- Lopez Salguero Carlos Steven quien va a realizar la Tesis con el tema "Incidencia de
insuficiencia Renal Crónica en Pacientes de una Sala De Hospitalización para la cual deberá recabar
información en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo desde
(01 de enero 2018 hasta Marzo 2019).

Agradeciéndole por la atención brindada



Atentamente,

Hospital de Especialidades Guayaquil
Dr. Abel Gilbert Pontón
Ministerio de Salud Pública
Dr. Juan C. Moreira Holguin
COORDINADOR DE LA UNIDAD DE
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Juan Carlos Moreira Holguin
Coordinador de la
Unidad de Docencia e Investigación (UDI)

Elaborado: Gisella Vargas

Hospital de Especialidades Guayaquil
Dr. Abel Gilbert Pontón
Ministerio de Salud Pública
Ing. Cintha Patiño Rojas
COORDINADORA DE ADMISIÓN

ph49
18h2/2019

cc: archivo

Calle 29va y Galápagos.
Tel: 593 (04) 2597400, ext: 3437, 3470, 4162.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

GUÍA DE OBSERVACION INDIRECTA

Tema: Incidencia de la enfermedad renal crónica en un área de hospitalización en un Hospital de la ciudad de Guayaquil 2019

Objetivo: recolectar datos de la historia clínica

Instrucciones para el observador

Marca con una "X" por los datos requeridos

A. Edad

20-40__

B. 41-60__

C. 61-80__

B. Sexo

Masculino__

Femenino__

C. Lugar de vivienda

Urbano__

Rural__

Urbano rural__

D. Factores de riesgo modificables

Antecedentes previos patológicos SI__ NO__

Fumador SI__ NO__

Hipertensión SI__ NO__

Diabetes SI__ NO__

Obesidad SI__ NO__

Proteinuria SI__ NO__

E. Factores de riesgo no modificables

Predisposición genética SI__ NO__

Raza_____

F. Tratamiento: Diálisis

Diálisis peritoneal SI__ NO__

Hemodiálisis SI__ NO__

Trasplante SI__ NO__

G. Tratamiento: Tratamiento farmacológico

Bloqueantes del eje renina-angiotensina-aldosterona____

Antagonista del calcio____

Diuréticos____

Bloqueante α y β ____

Estatinas____

Insulina____

Hierro____

H. Tratamiento: Tratamiento no farmacológico

Dieta____



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Fajardo Arias Cristhian Raúl** con C.C: # **0928645647** y **López Salguero Carlos Steeven** con C.C: # **0929613313** autores del trabajo de titulación: **INCIDENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**, previo a la obtención del título de **Licenciados de enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 8 de marzo del 2019

AUTORES

f. _____

López Salguero Carlos Steeven
CI: 0929613313

f. _____

Fajardo Arias Cristhian Raúl
CI: 0928645647

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	INCIDENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL		
AUTOR(ES)	Fajardo Arias Cristhian Raúl López Salguero Carlos Steeven		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda Miriam Muñoz / Dra. Soria Carmen		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de ciencias médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada/o de enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	8 de Marzo del 2019	No. DE PÁGINAS:	58
ÁREAS TEMÁTICAS:	Vigilancia Epidemiológica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Incidencia, Enfermedad renal crónica, Factor asociados		
RESUMEN			
<p>La enfermedad renal crónica es un proceso prolongado y generalmente lento en el que los riñones pierden su función de manera gradual. En la actualidad los altos índices de enfermedad renal se han convertido en un grave problema de salud mundial. El presente estudio tiene como objetivo determinar la incidencia de enfermedad renal crónica en pacientes atendidos en la sala de Hospitalización de un Hospital de la ciudad de Guayaquil. Con respecto a los materiales y métodos nuestro estudio de tipo descriptivo, observacional y prospectivo, que se realizó en una población de 56 pacientes con enfermedad renal crónica mediante una guía de observación indirecta en usuarios ingresados en el servicio de hospitalización. La incidencia de enfermedad renal crónica fue del 62.92 %, los más afectadas fueron los hombres, mayores de 61 - 80 años de edad, hospitalizados entre 15 y 25 días de hospitalización. Los principales factores de riesgo fueron la diabetes y la hipertensión, y el tratamiento que recibieron los pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el área de hospitalización fueron diálisis peritoneal y tratamiento farmacológico.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES: Fajardo Arias Cristhian Raúl López Salguero Carlos Steeven	Teléfono: 0962997592 0996463390	E-mail: cristianfajardo_199530@hotmail.es lopezcarlos_95@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Martha Lorena Holguin Jimenez		
	Teléfono: +593993142597		
	E-mail:		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			