



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**



**ESTILOS DE VIDA ASOCIADOS A LOS USUARIOS CON INSUFICIENCIA RENAL  
CRONICA QUE CONSULTAN EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL INSTITUTO  
SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, SANTA ANA  
JULIO A DICIEMBRE 2016.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA.**

**PRESENTADO POR:  
Dr. Abel Hernán Amaya Morán.**

**ASESORA:  
Licda. M.S.P. Reina Araceli Padilla Mendoza.**

**San Salvador Diciembre 2016**

## ***AUTORIDADES UNIVERSITARIAS***

**LIC. JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLÓN  
RECTOR INTERINO**

**DRA. MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS  
DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**LICDA. MSP. REINA ARACELI PADILLA MENDOZA  
COORDINADORA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

## ***JURADO***

**Licda. M.S.P. Reina Araceli Padilla Mendoza**

**Licda. M.S.P. Hilda Cecilia Méndez de García**

**Licda. M.S.P. Margarita Elizabeth García**

## ***DEDICATORIA***

**A Dios por darme la fuerza de seguir en el camino de la vida para lograr los objetivos que me propongo como profesional y ayudar a las personas que necesitan de mi conocimiento.**

**A mis padres Celso Reynaldo Amaya, como un homenaje póstumo y a mi madre por apoyarme y darme los mejores consejos de mi vida.**

**A mis hermanos, quienes han sido apoyo fundamental para seguir y obtener logros profesionales.**

**A mis hijos Abel, Kevin y Valeria por haber llegado a mi vida y darme fuerza para seguir adelante.**

**A mis amigos Luis Sermeño y su familia por ese apoyo incondicional y espiritual que me han dado durante mis estudios especialmente en mi maestría.**

**A mis compañeros de maestría, por tener su apoyo incondicional.**

**A Dinaly, como una persona muy especial por manifestarme su amor en cada momento, desplegando fuerza, ayuda y paciencia en mi camino, por impulsarme siempre que siga adelante**

**Agradecimientos A mis maestros en especial a la Dra. Guadalupe Martínez por compartir sus conocimientos para la culminación de mis estudios.**

**Abel Hernán**

## RESUMEN

**Título:** Estilo de vida de los usuarios con insuficiencia renal crónica que consultan en el Hospital Regional del Seguro Social de Santa Ana de Julio a Diciembre 2016.

**Propósito:** Proporcionar a las autoridades y al equipo de salud del Hospital Regional Instituto Salvadoreño del Seguro Social, información confiable, actualizada y relevante acerca de los estilos de vida en la dimensión física, social y psicológica que tienen los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Ambulatoria que asisten a la Unidad de nefrología.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo. La población fueron los pacientes que están en el programa de hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Ambulatoria. Para la recolección de información se encuestó a los pacientes utilizando entrevistas directas y revisión de estadísticos del servicio de nefrología. Para el procesamiento estadístico se utilizó el análisis del cálculo porcentual con representación e interpretación en gráficas cada una con su análisis.

**Resultados:** Los resultados mostraron que el mayor porcentaje de paciente con terapia sustitutiva provienen del área rural y en cuanto a su etiología la principal causa en hombre es la Hipertensión Arterial y en mujeres Hipertensión más Diabetes. El mayor porcentaje de pacientes presentan estilos de vida no saludable

**Conclusiones:** Con el siguiente estudio se identificaron la etiología más frecuente que adolecen los pacientes renales en la Hipertensión mas Diabetes mellitus y presentan en mayor porcentaje estilos de vida no saludable.

**Recomendaciones.** . Promover estrategias de promoción de estilos de vida saludable y elaborar con las administraciones sanitarias (autónomas y locales) planes de salud renal y establecer estrategias específicas para la prevención y controles de los factores de riesgo más frecuentes.

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
INTRODUCCION .....	1
II.OBJETIVOS.....	3
III. MARCO TEORICO.....	4
IV. DISEÑO METODOLOGICO. ....	46
V. RESULTADOS. ....	54
VI. DISCUSION.....	81
VII. CONCLUSIONES.....	84
VIII. RECOMENDACIONES.....	<u>85</u>
IX. BIBLIOGRAFIA.....	87
ANEXOS .....	<u>93</u>

## INTRODUCCION

A nivel internacional, la insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública tanto por los altos índices de morbimortalidad como por la inversión de recursos humanos y económicos. La edad, la hipertensión arterial, la magnitud de la proteinuria y el sexo masculino son importantes factores de riesgos de pérdida progresiva de la función renal.

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal somete al paciente a múltiples limitaciones, sin lugar a dudas la capacidad de trabajar es una de éstas, a lo que se agrega en nuestro país la realidad socioeconómica, que combina ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de ingresos familiares. Por todo esto es que se ve a diario, una grave afectación en la calidad de vida de los pacientes a través de aspectos tales como estado nutricional, fallas en la autoestima, depresión, imposibilidad de adquirir medicamentos, acceder a estudios complementarios, sostener a sus familias y otras.

El desarrollo de las técnicas dialíticas ha producido un efecto mayor sobre la duración de la sobrevida de estos pacientes. Sin embargo, en sistemas cada vez mas influenciados por el aspecto económico y el alto costo de los tratamientos, en algunas oportunidades se pone en duda la justificación de los mismos y queda aún pendiente dilucidar su verdadero impacto sobre otro aspecto fundamental como es la calidad de vida del paciente con IRC terminal. Como consecuencia existe un interés creciente en el desarrollo de metodologías para cuantificar el efecto tanto de la patología, como de las medidas terapéuticas aplicadas sobre esta calidad de vida.

Estas etiologías varían desde aquellas basadas en la apreciación objetiva de un observador externo, hasta las que toman en cuenta al paciente como fuente subjetiva del impacto provocado por la enfermedad en su vida cotidiana. Esta última forma, en la cual el propio paciente es la fuente de información, se considera hoy como la verdaderamente válida. Los resultados deben ser reproducibles, sirviendo para hacer comparaciones en distintos tiempos, momentos y lugares.

El paciente con Insuficiencia Renal Terminal en Diálisis, suele sufrir cambios psicológicos, sociales, en su estilo de vida y también en su vida espiritual, que no sólo le afectan a él, sino a toda su familia. Algunas personas aceptan el hecho de tener una enfermedad renal y que necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas. Otros en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Durante el curso de la enfermedad, habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión, frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares. Es muy importante saber que es posible desarrollar nuevas capacidades y habilidades que permitan lograr una mejor calidad de vida. Así como también es posible obtener ayuda para asumir la enfermedad y su tratamiento.

En esta investigación se pretende conocer las características personales y la percepción que tienen sobre su estilos de Vida los pacientes sometidos a tratamiento con Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Ambulatoria ya que para el profesional el estudio de la Calidad de Vida del individuo es de gran interés, pues le permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones. Este conocimiento permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando. El quehacer del personal de salud involucrado debería centrarse en ayudar a los individuos a satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento de las múltiples alternativas que tiene en relación con su salud y así determinar las orientaciones de valor para cada uno de ellos.

En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana se encuentran en terapia sustitutiva a la fecha de este estudio 153 pacientes encontrando una incidencia creciente de nuevos casos.

La presente investigación tiene como finalidad conocer como son los estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica que están en terapia sustitutiva por todo lo antes descrito es necesario conocer ¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica que están en el programa de hemodiálisis y Diálisis Peritoneal ambulatoria?

## **II. OBJETIVOS.**

### **Objetivo general**

Analizar los estilos de vida asociados a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, atendidos en Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana, en el periodo de Julio a Diciembre del 2015.

### **Objetivos específicos**

1. Describir las características socio demográfica, de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.
2. Identificar los estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en su dimensión física, psicológica y social.
3. Identificar los factores de riesgo en la patogénesis de la Insuficiencia Renal Crónica.

### **III. MARCO TEORICO**

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un serio problema de salud pública global, caracterizado por su creciente incidencia y prevalencia en la población general y de los pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal (TSFR), diálisis y trasplante renal, asociados a una prematura mortalidad, discapacidad, disminución de la calidad de vida y un elevado y creciente costo de los servicios de salud.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es el proceso de disminución progresiva e irreversible en el número de nefronas funcionales que lleva a una incapacidad renal para realizar las funciones depurativa, excretora, endocrina-metabólica y reguladora del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base. La mejor evidencia de daño estructural es la presencia de proteinuria, y la medida de la función renal es la tasa de filtración glomerular (TFG) medida con la depuración de creatinina convencionalmente.

Los estilos de vida son patrones de conducta individual o hábitos incorporados por las personas en su vida diaria, los cuales se comportarán como factores determinantes de la salud de la persona. Según la OPS se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales.

En los pacientes con insuficiencia renal crónica el estilo de vida se ve afectado por la enfermedad y el tratamiento, que muchas veces es muy restrictivo, afectando todas las dimensiones de la persona, tanto física como psicológica y social, se puede mencionar la alimentación, la higiene, el sueño, las relaciones familiares entre otras, lo que condiciona a elevar factores de riesgo en el paciente aumentando el riesgo a complicaciones en la enfermedad, afectando de esta manera su salud y calidad de vida.

El estadio más avanzado es la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), en la cual se utilizan costosos tratamientos de reemplazo o sustitución de la función renal, mediante el tratamiento con diálisis o trasplante renal, siendo hoy un problema de salud pública global y devastador, por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud.

Hasta el momento no tiene cura, sin embargo, las terapias desarrolladas para tratarla permiten mantener y prolongar la vida. La hemodiálisis es la terapia que se utiliza con mayor frecuencia a nivel mundial y en Perú también. Es un tratamiento altamente complejo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los estilos de vida son un conjunto de patrones de comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada; dicho estilo de vida resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social, las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona. Estos se pueden clasificar en estilos de vida saludables y no saludables, dependiendo que lo lleve a mantener su salud, es decir a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida; o lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad, deteriorando su dimensión física, psicológico y social, llevándolo a pérdidas físicas y en sí, de su integridad personal.

Los estilos de vida de una persona sana se hacen cotidianos e influyentes en su vida, más cuando esta persona ve amenazado este estilo de vida por la enfermedad, más aún cuando esta es crónica. El tratamiento también influye, en este caso la hemodiálisis, ya que sus efectos secundarios afectan los estilos de vida de las personas. A nivel mundial, la IRC y la IRCT están teniendo una tendencia creciente en los países de ingresos bajos y medios, debido a que sus causas principales residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

En Latinoamérica existe una tendencia similar, pero con un menor número de pacientes con IRC sometidos a terapia de reemplazo renal en comparación con los países desarrollados, esta diferencia se debe a que muchos de ellos no tienen acceso a éstos programas de terapia de reemplazo renal debido principalmente a sus altos costos. A nivel mundial, la IRC y la IRCT están teniendo una tendencia creciente en los países de ingresos bajos y medios, debido a que sus causas principales residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

### La salud y sus determinantes

La Organización Mundial de la salud (OMS) define a la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de la enfermedad o dolencia”. Esta definición es amplia y expresa la multidimensionalidad de la salud, pues refleja interés por el individuo como persona total en lugar de como la suma de partes; coloca la salud en el contexto del medio ambiente; y equipara la salud a la vida creativa y productiva.

Esta definición tiene un enfoque novedoso, pues considera la salud como algo positivo ligado al bienestar y no sólo como ausencia de enfermedad, además de que por primera vez incluye a la salud mental y social como condicionantes de salud, reconociendo que el bienestar físico no es suficiente para estar sano. Sin embargo, también surgieron opiniones que planteaban que ese concepto tenía limitaciones, pues consideraba la salud como un estado fijo (estático) y no dinámico (cambiante), y como algo difícil de alcanzar (el completo bienestar).

La salud es resultado de la interacción del individuo con su medio ambiente, y está determinada o influenciada por aspectos de tipo biológico, psicológico y social, lo que produce determinados niveles de bienestar físico, mental y social. Entonces la salud es un equilibrio y una manera de entender y vivir la vida, donde se puede notar que existen factores que ayudan a mantener ese equilibrio, pero cuando este se rompe

puede aparecer la enfermedad, o disminuir la calidad de vida de la persona. Así aparece el concepto de “determinantes de la salud”.

Se llama “determinantes de la salud” a los factores o aspectos que influyen en la salud de las personas y determinan su estado actual o futuro de salud. Estos determinantes no son estáticos y casi todos pueden ser modificados, en la búsqueda de mejores condiciones de salud para todas las personas. Además, están tan interrelacionados entre sí.

El estilo de vida como determinante de la salud.

Tomando como base las definiciones de salud anteriormente citadas en 1974, Marc Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, actualmente utilizado, él asume a “la salud como un campo formado por cuatro áreas: biología humana, entorno, servicios asistenciales y estilos de vida”, siendo este último el que determinará alrededor del 43% del nivel de salud de una población<sup>1</sup>.

Los estilos de vida según diversos autores:

Adler, 1929 señala que “cada persona desarrolla un estilo de vida cuyas bases se establecen en los primeros años de su vida, refiriéndose a la configuración singular de las características que constituyen su identidad, es decir, que el sujeto organiza a inicios de su existencia formas peculiares de percibir, evaluar, sentir y actuar”.

Duncan Pederson, define el estilo de vida como “manifestaciones de dimensión colectiva y social, determinados y modelados a su vez, por el contexto social, económico y cultural”.

---

<sup>1</sup> Pupiales Guaman, Angélica. Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular. Primera edición. Ambato-Ecuador. Universidad Técnica de Ambato. 2012.

A.Font da su definición de Estilos de vida como “la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud. Estos diferentes aspectos serían los del funcionamiento físico, psicológico, social y los síntomas de la enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos”<sup>2</sup>.

Weber nos dice que “es una forma de diferenciación social que cuenta con dos componentes; las condiciones estructuradas (expresadas por Weber como las “oportunidades de vida”).

Según OPS, «El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales.

Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales.

Continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones» OMS (1997): “Patrones de comportamiento determinados por la interacción entre: características personales, interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”.

Entonces el estilo de vida son hábitos, conductas, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. Se relaciona estrechamente con la esfera

---

2 F. Álvarez, Fernández-Reyes, A. Vázquez, C. Mon, R. Sánchez y P. Rebollo. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. NEFROLOGÍA. Vol. XXI. Número 2. 2001.

conductual y motivacional del ser humano y, por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

## Dimensiones del estilo de vida en los pacientes con IRCT

### a. Dimensión física

A través del cual la persona desenvuelve su vida en base a necesidades básicas como la alimentación, higiene personal, actividad física, descanso y sueño, cuidado de su salud.

#### 1 - Alimentación:

Esta juega un papel muy importante en el tratamiento de los pacientes en hemodiálisis, es por eso la importancia de mantener un mismo horario para las comidas. Los estudios demuestran que los pacientes mejor nutridos tienen menos complicaciones y viven más tiempo. La alimentación en diálisis es muy importante ya que mejora la calidad de vida y permite que el resultado de la hemodiálisis sea más óptimo<sup>3</sup>.

Dentro de los alimentos que debe consumir la persona con hemodiálisis tenemos:

- Puede consumir 2 raciones al día de carne o pescado blanco/azul, de preferencia carne magra: Pollo, pavo y conejo; huevo 3 veces por semana máximo y las legumbres (porotos, lentejas, garbanzos, arvejas), solo consúmalas 1 vez a la semana.

- Hidratos de carbono, deben ser la base de la alimentación del paciente dializado (50-60% de aporte total). Existen 2 tipos: Simples; azúcar, miel, caramelos, bollería, pasteles, chocolates, entre otros y los Complejos (o de absorción lenta): arroz (de

---

<sup>3</sup> Guía Rioja Salud. Plan de Promoción de hábitos de vida saludable. 2009.

preferencia 2 veces al día), pasta, patata, cereales, legumbres, etc. Es mejor consumir hidratos de carbono complejos y evitar los simples que favorecen subidas de colesterol, triglicéridos, obesidad.

- Se recomienda fomentar el uso de aceite de oliva, es preferible el consumo de alimentos cocinados al horno o a la cacerola.

- Se debe consumir como máximo 1 fruta al día, se recomienda las de menor contenido en potasio como son pera, manzana, mandarina o fresas y cocidas.

- Puede tomar medio vaso (125ml) de leche entera o semidesnatada una vez al día y 2 a 3 veces a la semana yogurt o queso sin sal.

- La cantidad de líquidos que puede tomar al día es la cantidad de orina más 500 ml.

Dentro de los alimentos que debe limitar tenemos:

- Las carnes rojas y vísceras, ya que contienen un nivel elevado de colesterol, por lo que se pueden consumir de forma esporádica preparándolos como guisos o cocidas.

- Alimentos con abundante sal: cubitos de caldo, conservas, frutos secos, embutidos, snack (papitas, chizitos, etc.); estos pueden producir hinchazón (piernas, párpados, etc.), tensión arterial elevada, insuficiencia cardíaca y edema de pulmón. También chocolate, cacao, frutos secos, concentrados de carne o pescado, sopas de sobre, purés instantáneos y platos precocinados; por su alto contenido en potasio, ya que su exceso en el organismo produce: hormigueos, calambres, debilidad muscular, arritmias e incluso parada cardíaca, por lo que puede convertirse en el componente más peligroso de la alimentación.

- Evitar mariscos, crustáceos y moluscos (alto contenido en fósforo).

- Suprima o reduzca en lo posible el consumo de tabaco ya que aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

- Suprima o disminuya el consumo de alcohol, es bien conocido que afecta negativamente a su salud, entre otros efectos nocivos aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y pulmonares.

2- Higiene personal En los pacientes con insuficiencia crónica renal se recomienda ducha diaria con jabones neutros e hidratando después con cremas hidratantes, para mejorar o evitar la picazón. No es aconsejable el uso de perfumes o colonias que resequen la piel<sup>4</sup>.

Utilice ropa holgada (evitamos presión en la zona de la fístula) lavándola y cambiándola diariamente para evitar posibles complicaciones por manchas de sangre, sudor y desinfectante.

Adecuada Higiene Bucal: es importante insistir en ella para combatir la halitosis (mal aliento) que a veces existe en relación a la Insuficiencia Renal. Para ello debe cepillar sus dientes después de cada comida, utilizando un cepillo muy suave que evite el sangrado y enjuagues con colutorios.

El cuidado de los pies es muy importante, sobre todo si la insuficiencia renal está asociada a la diabetes. En tal caso se debe tener especial cuidado a la hora de secarlos, insistiendo en los espacios interdigitales y las uñas deberán cortarse de forma recta.

3- Actividad física: Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía, esta mejora el bienestar físico y psíquico de modo que es considerada parte del tratamiento. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas<sup>5</sup>.

---

4 Lerma García, D. Los cuidados de la piel en los pacientes en hemodiálisis. Artículo científico. Jaén 2000. Disponible en: [www.revistaseden.org/files/art109](http://www.revistaseden.org/files/art109)

5 Cuesta Vargas A. Actividad física, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. x N° X (x). 2013.

Los beneficios del ejercicio son múltiples: mejora la circulación de la sangre y disminuye el nivel de colesterol, ayuda a la mantención de un peso aceptable y a mantener una presión arterial normal, aumenta la masa y la fuerza muscular, entre otros.

La actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Se recomienda que los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada (requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco), o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa (requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca) cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas. La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo; sea cual fuera la actividad elegida, esta no debe ser agotadora y la extremidad del acceso vascular deberá protegerse adecuadamente<sup>6</sup>. No son recomendables los ejercicios que signifiquen realizar intensa fuerza, tales como: levantar pesas, empujar objetos pesados,<sup>7</sup>

#### 4- Cuidado de la salud

La gran mayoría de pacientes sometidos a hemodiálisis se dializan 3 veces por semana (en días alternos) y la duración de las sesiones suele ser de alrededor de 3 horas y media, pudiendo alcanzar hasta 5 horas según las características del paciente y el nivel de adherencia al tratamiento; es por este motivo que muchos

---

6 Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: La actividad física en los adultos.

7 Guías de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria. Conceptos, definición, características clínicas y clasificaciones. Mayo 2010

pacientes abandonan el tratamiento, ya que limita actividades que antes realizaban y, también por su alto costo. Por eso la importancia de sensibilizar a los pacientes para que no dejen el tratamiento y no repercuta en su estado de salud<sup>8</sup>.

5- Descanso y sueño: El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, juicio y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. Todas las células de nuestro cuerpo necesitan un periodo suficiente de descanso cada día. Esto debe ser regularmente de 6 a 8 horas en adultos<sup>9</sup>.

#### b. Dimensión psicológica

La dimensión psicológica abarca las emociones y el intelecto; existe una necesidad de dar y recibir afecto, compartir emociones, eliminar tensiones ya sean tristes o de estrés, tener confianza en sí mismo, encontrar un lugar en el mundo, ósea ubicarte y tomar decisiones por tu parte para llevar una vida plena de buenos caminos para ti y otros<sup>10</sup>.

Los seres humanos nos enfrentamos a múltiples cambios a lo largo de la vida, unos son positivos y otros no; unos son esperados, comunes para la mayoría de las personas y suelen formar parte del desarrollo, mientras que otros son inesperados y propios de cada persona, entre éstos últimos podemos mencionar a la enfermedad. A estos cambios se les denomina acontecimientos vitales y todos ellos requieren poner en marcha nuestra capacidad de adaptación.

La enfermedad supone un cambio de carácter negativo e inesperado y en el caso de la insuficiencia renal crónica (IRC) supone cambios y requiere ajustes, relacionados

---

<sup>8</sup> Guía Rioja Salud. Plan de Promoción de hábitos de vida saludable. 2009.

<sup>9</sup> Guías de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria. Conceptos, definición, características clínicas y clasificaciones. Mayo 2010. primera edición.

<sup>10</sup> Pupiales Guaman, Angélica. Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular. . Universidad Técnica de Ambato. 2012.

con la persona (a la nueva realidad del organismo: síntomas, limitaciones e incapacidades, efectos del tratamiento; a la nueva realidad emocional: sensación de vulnerabilidad, incertidumbre, preocupación) y con la situación (a la enfermedad: pruebas e intervenciones médicas, entorno ajeno, profesionales, personas desconocidas, etc.; a la persona: nuevo estilo de vida, distintos roles y relaciones personales), lo que conlleva a una alteración en la vida de la persona, ya que implica tener que vivir y asumir una serie de dificultades y restricciones de manera frecuente y habitual<sup>11</sup>.

Los problemas psicológicos pueden ser de diversos tipos. Unos están asociados a la alteración emocional (desánimo, depresión), otros 35 a las relaciones personales y a conductas inadecuadas. Todos ellos no son incompatibles, siendo los más frecuentes los relacionados con la alteración emocional.

Estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento de hemodiálisis. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la hemodiálisis, sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis. Los síntomas de ansiedad suelen ir acompañando a la preocupación, la incertidumbre o la pérdida de control. La emoción más habitual asociada a la ansiedad es el miedo o preocupación.

La presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia a la hemodiálisis, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos; lo cual conduce a un deterioro de la calidad de vida, a una salud más pobre y aumento de los riesgos de mortalidad<sup>12</sup>.

---

11 Guía Rioja Salud. Plan de Promoción de hábitos de vida saludable. 2009.

12 Maite Marín. Alteraciones emocionales en diálisis. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo (FRIAT). Primera edición

La ansiedad y depresión parecen depender sobre todo de la percepción o interpretación cognitiva que los pacientes en tratamiento de hemodiálisis hacen de su enfermedad, lo que posiblemente se deba en parte a la magnitud del malestar inducido por los síntomas que padecen. Por otra parte, es posible que la presencia de ansiedad y/o depresión haga que los pacientes se quejen de mayores niveles de malestar.

Presencia de alteraciones conductuales, en estas podemos recoger las relacionadas con los comportamientos de autocuidado y los hábitos adecuados, además de los relacionados con el estilo de vida.

Una cuestión muy comentada es el sueño y las dificultades para conciliarlo. Estás pueden aparecer en relación con la alteración emocional o con cuestiones físicas (prurito, dolor). En el caso de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis hay un tema muy específico y de enorme importancia, es la ingesta de líquidos y de las consecuencias de la sobreingesta; los excesos en la ingesta de líquidos repercuten en la tolerancia a la diálisis, la probabilidad de aparición de otros problemas de salud y en el estado general del paciente. De ahí la importancia de controlar lo que se bebe. El control de la conducta de beber no siempre es fácil, pero hay que reconocer que se puede conseguir y en cualquier caso se pueden conseguir avances.

También que la alteración emocional de algunas personas va asociada a la incertidumbre con respecto al futuro, a las expectativas no cubiertas (satisfacción con la vida) o a la imposibilidad de acceder a un trasplante.

### c. Dimensión Social

Es el conjunto de relaciones sociales que se da en un hábitat. La vida humana está influenciada por relaciones sociales que pueden favorecer o entorpecer la calidad de vida de las personas en las distintas áreas de su desarrollo.

La convivencia no es fácil y mucho menos cuando hay que vivir con la enfermedad. Si añadimos las limitaciones propias de la hemodiálisis, es evidente que ésta influye en todo el entorno familiar de quien la padece<sup>13</sup>.

Las relaciones sociales se fundamentan en la comunicación y ésta se ve muy determinada por la respuesta emocional. Por eso, muchos de las dificultades que aparecen en las relaciones están marcados por la alteración emocional.

Las dificultades en la convivencia, la tendencia al aislamiento o la evitación de las relaciones sociales son circunstancias que se observan con cierta asiduidad en las unidades de hemodiálisis. En estos casos, la demanda suele venir por parte de la pareja o de la familia

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad.

Estilo de vida no saludable

Son los comportamientos hábitos o conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su calidad de vida y/o estilo de vida. Es el estilo de vida lo que conlleva a la persona al deterioro de su aspecto físico, psicológico y social, llevándolo a pérdidas físicas y en sí, de su integridad personal. Entre estos tenemos: -Sedentarismo -Malos hábitos alimentarios.

-Exposición al estrés, debido a que el estrés conlleva a un aumento de la vulnerabilidad del individuo a padecer algún tipo de enfermedad -Consumo excesivo de cigarros y alcohol.

---

<sup>13</sup> Álvarez Guzmán, Walter. Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis peritoneal intermitente automatizada y diálisis peritoneal continua ambulatoria. El Salvador 2010. Primera edición

## Modelo de promoción de la salud de Nola Pender

El Modelo de promoción de la salud integra las perspectivas de Enfermería y las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en la salud y motivan a los individuos a realizar comportamientos dirigidos a la ampliación de la salud.

El modelo de promoción de la salud (MPS) integra tres categorías: características y experiencias individuales, cogniciones y afecto específico de la conducta y el resultado conductual.

a) Características y experiencias individuales: Cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan las acciones subsecuentes.

b) Cogniciones y efecto específico de la conducta: Esta categoría de variable dentro del MPS es considerada de mayor significancia motivacional, constituyen el núcleo crítico para la intervención, ya que son sujetas a modificación a través de las acciones de enfermería.

c) Resultado conductual, esta categoría incluye los siguientes conceptos: El compromiso con un plan de acción que inicia un evento conductual e impulsa al individuo hacia la acción, implica los procesos cognitivos subyacentes específicos en un tiempo y lugar dados y con personas específicas o solos. Sin importar las preferencias contrarias, identifica estrategias definitivas para despertar, llevar a cabo y reforzar la conducta<sup>14</sup>.

La conducta promotora de salud es el punto final o resultado de la acción en el Modelo de Promoción de Salud, está básicamente dirigida al logro de resultados de salud positivos para el cliente. Las conductas promotoras de salud, particularmente cuando están integradas a un estilo de vida saludable que impregna todos los aspectos de la vida, dan como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida.

---

14 ) Pupiales Guaman, Angélica. Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular. Ambato-Ecuador. Universidad Técnica de Ambato. 2012.

La epidemia global de ERC en todos sus estadios tiene una prevalencia entre el 10% y el 16% y en los estadios de insuficiencia renal crónica (IRC) entre el 1.4% y el 6.3% en la población adulta, una incidencia en diálisis de 285 a 415 pacientes por millón de población (PMP), una prevalencia en diálisis de 1968 a 2288 PMP, con crecimiento anual de un 8 a 10% anual y una mortalidad en diálisis de un 20% anual, y un costo de más de un trillón de millones de dólares anuales. La ERC se asocia causalmente principalmente a otras enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus 43% a 50%, y la hipertensión arterial 20% a 30%, ambas enfermedades con una tendencia creciente principalmente en los países en desarrollo; además se asocia al envejecimiento poblacional, a la obesidad y a otros factores de riesgo relacionados con el estilo de vida: hábito de fumar, nutrición inadecuada, sedentarismo y otros.

En la región de América Latina el comportamiento de la ERC es similar a lo descrito con anterioridad, pero con una menor incidencia y prevalencia de pacientes en TSFR, 147 PMP y 447 PMP respectivamente. Sin embargo, en los países centroamericanos varias publicaciones han señalado –desde hace más de una década- la existencia de una enfermedad renal crónica de causa desconocida, de elevada prevalencia, presente fundamentalmente en áreas rurales, y que afecta a hombres agricultores menores de 60 años. Ello le imprime al problema ERC en la región de referencia, características específicas que demandan su jerarquización y un abordaje integral que abarque los ejes investigativo - preventivo- asistencial – rehabilitador y docente.

En El Salvador, el Ministerio de Salud reportó en el año 2009 que, para el ámbito hospitalario, la IRC constituyó la primera causa de muerte en adultos; en tanto que a nivel poblacional, ella ocupó el quinto lugar de la mortalidad en los adultos y el segundo en los hombres.

Por otra parte, algunas investigaciones epidemiológicas de base poblacional, entre ellas la más reciente el Estudio Nefrolempa (2009) realizado en comunidades rurales

del Bajo Lempa, que reportó una prevalencia de ERC en todos los estadios de 17.9 por cien adultos, con predominio del sexo masculino con 25,7 y 11,8 para el sexo femenino; la IRC de 9.8 por cien adultos con predominio del sexo masculino 25.7% en comparación con el sexo femenino, 4.1%, y disminución del filtrado glomerular desde edades menores de 20 años. En cuanto a la causa, en la mayoría -el 54.7%- no es ni la diabetes mellitus ni por hipertensión arterial, ni otra enfermedad renal primaria, es decir, su causa es desconocida.

La ERC constituye un serio problema de salud en El Salvador, hay incompletos conocimientos de: a) la caracterización epidemiológica (frecuencia y distribución) de la ERC en la población general y b) de la epidemiología, clínica, fisiopatología, anatomopatología y de la tóxico- epidemiología de la ERC de las comunidades rurales de causa desconocida en el país.

Desde el mes de agosto del 2009 se inició la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Ministerio de Salud Pública de Cuba a solicitud del Ministerio de Salud de El Salvador en el campo de la investigación sobre la ERC en el país. Se han realizado 3 estudios de prevalencia de base poblacional, mediante la pesquisa activa de pacientes de ERC en áreas rurales y suburbanas), dos en la región oriental del país Bajo Lempa (municipio Jiquilisco, departamento Usulután) y en comunidades suburbanas del departamento de San Miguel; y uno en la región occidental del país, Guayapa Abajo (municipio de Jujutla, departamento Ahuachapán), unas 5000 personas han sido estudiadas en la población total (adultos y niños).

Estas investigaciones capacitaron a varios cientos de trabajadores de la salud para el desempeño de estas investigaciones de campo. Derivado de los resultados del primer estudio se creó una Unidad de Salud Renal en el Bajo Lempa, para el seguimiento clínico de los pacientes y para las acciones de promoción y prevención intersectoriales en la comunidad. La unidad de salud está integrada por un equipo

multidisciplinario: médico, enfermera, nutricionista, psicólogo, educadora de la salud, laboratorista, promotores de salud.

Cuenta con la consulta periódica de un nefrólogo en la propia comunidad y el equipo multidisciplinario de la unidad se moviliza a las comunidades para la atención de los pacientes bajo seguimiento y la pesquisa activa de nuevos pacientes. Se implementó un nuevo paradigma, la investigación epidemiológica-clínica adaptada a las comunidades agrícolas, que deja capacidades instaladas, la pesquisa activa de los enfermos, la integración de un equipo multidisciplinario, la movilización del equipo a las comunidades donde residen los pacientes, la proyección comunitaria de los especialistas de nefrología y el desarrollo de acciones integradas e intersectoriales en la promoción y prevención de la enfermedad renal crónica, las enfermedades crónicas no transmisibles y otros factores de riesgos asociados a nivel comunitario.

La insuficiencia renal crónica (IRC), es la pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG)  $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ .

## **DIAGNÓSTICO**

En muchos pacientes con IRC, ya son conocidas las enfermedades renales previas u otras enfermedades subyacentes. Un número pequeño presenta IRC de causa desconocida; en estos ocasionalmente la causa es identificada retrospectivamente.

El diagnóstico se basa prácticamente en el incremento de la creatinina sérica, marcador sencillo y barato; el cual se complementa con la medición del Nitrógeno Ureico y el Ácido Úrico en sangre. Otra forma es a través del descenso del aclaramiento de la Creatinina, lo cual se determina mediante la recogida de la orina de 24 horas y la determinación de la creatinina en plasma y orina, con este indicador, es posible además determinar el estadio del daño renal<sup>15</sup>.

---

15 Cala H, Roso Alfredo, Nefrología, Ps 193.

Cala H, Roso Alfredo, Nefrología, Ps 244..245.

## TRATAMIENTO

Para el tratamiento, la enfermedad se divide en cinco estadios:

Los pacientes en el estadio 1 suelen ser asintomáticos. El plan de acción clínica se centra en el diagnóstico y el tratamiento de la causa subyacente de la nefropatía crónica, por ejemplo, diabetes o hipertensión arterial, el tratamiento de las enfermedades concomitantes, las intervenciones para disminuir la progresión y la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular.

En la etapa 2, los síntomas clínicos relativos a la disfunción renal siguen siendo poco habituales. El plan de acción clínica se centra en la evaluación y la prevención de la progresión de la enfermedad. La tasa de progresión de la IRC es variable y depende de la causa subyacente del daño renal. Generalmente, la reducción de la TFG se produce durante un período de varios años.

A partir de la etapa 3, los pacientes pueden presentar signos y síntomas clínicos relacionados con las complicaciones de la insuficiencia renal (por ejemplo, anemia y trastornos en el metabolismo mineral); en esta fase, el plan de acción comprende la evaluación y el tratamiento de las complicaciones causadas por la IRC.

Los pacientes de la etapa 4 y 5 pueden presentar anomalías de laboratorio y clínicas significativas relacionadas con la disfunción renal. El plan de acción de la fase 4 comprende la preparación del paciente para el tratamiento de sustitución renal, es decir, diálisis o trasplante renal. Las personas que requieren diálisis se consideran pacientes con nefropatía en fase terminal.

Las opciones del tratamiento de sustitución renal son la diálisis y el trasplante. Las opciones de diálisis son:

1. Hemodiálisis (uso de un riñón artificial), que es la forma más habitual de diálisis. Se realiza normalmente en un centro de diálisis 3 veces a la semana durante 3-5 horas por sesión.

2. Diálisis peritoneal: es el uso del revestimiento abdominal como filtro natural, existen dos modalidades de este .La diálisis peritoneal intermitente, y La diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA), la cirugía de trasplante renal implica la colocación de un nuevo riñón en la pelvis sin extraer los que están fallando. Algunos pacientes necesitan un período de diálisis antes de que el nuevo riñón comience a funcionar.

La tasa de supervivencia a 10 años para los pacientes sometidos a tratamiento de sustitución renal es del 64% para los pacientes tras un primer trasplante renal y de tan solo el 11% para los pacientes dializados.

A diferencia de la insuficiencia renal aguda (IRA) que se caracteriza por una súbita insuficiencia reversible de la función renal, la insuficiencia renal crónica (IRC) avanza lenta y progresivamente. Esta condición es el resultado frecuente de cualquier enfermedad que produzca una destrucción gradual de los glomérulos renales, con la consiguiente disminución de la tasa de filtración glomerular. Los síntomas pueden presentarse solo cuando la función renal es ya inferior a la décima parte de la función renal normal.

La insuficiencia renal crónica afecta a 2 de cada 10,000 personas aproximadamente. Entre las enfermedades causantes se encuentran: Glomerulonefritis de cualquier tipo (una de las causas más comunes), Enfermedad Poliquística del Riñón, Hipertensión Arterial, Síndrome de Alport, Nefropatía del Reflujo, Uropatía Obstructiva, Infección de Vías Urinarias, Cálculos Renales, Nefropatía por Analgésicos y la Diabetes Mellitus tipo II, la cual es una de las mayores causas de la Insuficiencia Renal Crónica<sup>16</sup>.

---

16 Cala H, Roso Alfredo, Nefrología, Ps 251..255

La Enfermedad Poliquística del Riñón es un trastorno renal hereditario que produce un agrandamiento de los riñones. Su causa es un trastorno hereditario la cual puede ser con herencia autosómica dominante o autosómica recesiva. La Enfermedad Poliquística autosómica recesiva se presenta tanto en niños como en adultos, pero es mucho más común en estos últimos, afecta a casi 1 de cada 1000 estadounidenses, pero el número real puede ser mayor, dado que algunas personas no presentan síntomas.

Hipertensión Arterial, causa deterioro glomerular como consecuencia de las altas presiones dificultando la filtración glomerular. Síndrome de Alport, es un trastorno hereditario (por lo general ligado al cromosoma X), es muy similar a la Nefritis Hereditaria, puede presentarse sordera nerviosa y anomalías oculares congénitas, cuya causa es una mutación en un gen para el colágeno, afecta muy a menudo a hombres, se produce una destrucción progresiva de los glomérulos, lo cual causa el apareamiento de sangre en la orina. La enfermedad renal en estado terminal causada por el Síndrome de Alport, se desarrolla con frecuencia entre la adolescencia y los 40 años<sup>17</sup>.

Nefropatía por Reflujo se presenta cuando fallan las válvulas ureterales, si la vejiga está infectada o la orina contiene bacterias, el riñón se expone a la posibilidad de una infección, por otra parte, dado que la presión en la vejiga es generalmente más alta que en el riñón, el reflujo de orina expone al riñón a presiones anormalmente altas que con el tiempo le producen daño y provocan cicatrización. Se presenta aproximadamente en 4 de cada 1000 personas sintomáticas y hasta en un 45% de los bebés y niños que experimentan infecciones del tracto urinario<sup>18</sup>.

Uropatía Obstructiva, es un trastorno que implica una obstrucción del flujo urinario, debido a una obstrucción frecuentemente uretral o por cálculos renales, la orina se

---

17 Cala H, Roso Alfredo, Nefrología Ps 180..185

18 Cala H, Roso Alfredo, Nefrología, OP CIT P.230

acumula en el riñón y causa distensión de la pelvis renal y de los cálices (conocida como hidronefrosis).

El cálculo renal se puede formar cuando en la orina se encuentran altas concentraciones de ciertas sustancias, estas sustancias se pueden agrupar para formar pequeños cristales y posteriormente cálculos. Los cálculos renales son muy comunes. Aproximadamente el 5% de las mujeres y el 10% de los hombres habrán experimentado un episodio, como mínimo, antes de llegar a los 70 años de edad. La recurrencia de los cálculos es frecuente y son comunes en bebés prematuros<sup>19</sup>.

Un analgésico es cualquier medicamento cuyo efecto deseado es aliviar el dolor. Entre estos encontramos: Acido Acetilsalicílico (Aspirina), Acetaminofén, Ibuprofeno, Naproxeno sódico, Diclofenac. La Nefropatía por analgésicos (Nefritis por fenacetina), es el daño a uno o ambos riñones causados por la ingestión prolongada o crónica de analgésicos, en especial los que contienen fenacetina o Acetaminofén, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), que incluyen la aspirina e ibuprofeno.

La ingestión puede haber sido excesiva de tanto como 2 o más Kg (4 a 5 libras) del consumo total del medicamento durante unos años o alrededor de tres píldoras por día durante seis años.

La nefropatía por analgésicos tiene una incidencia de más o menos 4 de cada 100,000 personas, principalmente en las mujeres mayores de 30 años. Los medicamentos para aliviar el dolor que combinan dos o más analgésicos (por ejemplo, Aspirina y acetaminofén) con la Cafeína o la Codeína son los que probablemente más daño ocasionan a los riñones.

Los síntomas más comunes de la nefropatía por analgésicos son: fatiga o debilidad, sangre en la orina, aumento de la frecuencia o urgencia en la micción, dolor en la

---

19 Cala H, Roso Alfredo, Nefrología, ibídem, Ps214..220,384..385.

espalda o área del flanco, disminución de la producción de orina, disminución del estado de alerta, como por ejemplo somnolencia, confusión o delirio, o letargo, disminución de la sensación o adormecimiento, principalmente de las extremidades, náuseas, vómitos, hinchazón generalizada y sangramientos o equimosis que se presentan con facilidad.

Existen algunos factores de riesgo, los cuales incrementa el daño por los analgésicos los cuales son: el consumo de cigarrillo, el alcoholismo, el excesivo uso de tranquilizantes, la insuficiencia cardiaca congestiva y la depleción del volumen sanguíneo (como la deshidratación).

Los AINES se clasifican en: derivados del ácido enólico (dipirona y acetaminofén); del ácido carboxílico (ácido acetilsalicílico): del ácido animonicotínico (meclumina de flunixin); y del ácido propiónico (naproxeno, ibuprofeno).

El mecanismo de acción de estos fármacos es similar, inhiben la síntesis de prostaglandinas al evitar la cascada del ácido araquidónico. Bajo condiciones normales la acción de las prostaglandinas no es tan importante para el mantenimiento de la función renal. Sin embargo, en condiciones adversas la prostaglandina E<sub>2</sub> ayuda a mantener la perfusión renal, la tasa de filtración glomerular, el transporte de iones a nivel tubular (excreción de Cloruro de sodio), el metabolismo del agua; es una prostaglandina vasodilatadora que modula el tono arteriolar aferente y eferente atenuando el efecto vasoconstrictor de los nervios renales y de la angiotensina II<sup>20</sup>

La Insuficiencia Renal Crónica se ha transformado en una epidemia a nivel mundial, los factores que la originan son múltiples y varían según las diferentes regiones del planeta. En Centroamérica las altas temperaturas, el tipo de trabajo y las condiciones muchas veces inhumanas en que se desarrolla, resultan ser las principales causas

---

20 .Cala H,Roso Alfredo,Nefrología,ibídem,Ps.132..133,293..294

de esta mortal enfermedad. Estos son los resultados preliminares de una investigación de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) de León sobre los factores que originan la IRC y la posible relación causa-efecto entre la actividad laboral y la enfermedad.

La detección de nuevos casos se da en un contexto en que el sistema hospitalario está saturado de pacientes. Los servicios de nefrología de los principales centros de salud del Ministerio de Salud y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social han ampliado espacios y horarios en los últimos años para dar cabida y tratamiento a más enfermos. Aún así, es insuficiente. El Hospital Rosales tiene 600 enfermos en la etapa terminal censados; cuando su capacidad es de 300. Al mes, además, se diagnostican un promedio de 52 casos nuevos. La mayoría, no siguen el tratamiento prefiriendo morir en sus casas. El hospital calcula que sólo el 10 por ciento sigue el tratamiento regular.

Una investigación del Instituto de Vulcanología de la Universidad de El Salvador (UES), reveló que el agua que sirve a millones de salvadoreños la Administración Nacional de Acueductos y alcantarillados (ANDA) está contaminada con “exceso” de minerales sulfúricos, causantes de daño renal, así como de gases volcánicos que ocasionan cáncer. No descarta también que los pesticidas, como el DDT, usados en la década de los 60 y 70, para combatir plagas en cultivos de algodón de la zona oriental, tengan incidencia en el actual aumento de casos de insuficiencia renal crónica de la región. Aunque también se ha establecido como una de las causas de incremento de la mortal enfermedad, el consumo de compuestos sulfúricos, bebidas gaseosas o la deshidratación

El promedio de las edades de las personas con insuficiencia renal crónica se encuentra principalmente entre los 31 y 70 años, donde tenemos que el 10 por ciento de estos fallece mensualmente en los 9 hospitales nacionales que existen en el occidente salvadoreño. Del total de estos pacientes, el 60 por ciento son tratados en el sistema público de Salud, el 1 por ciento en centros asistenciales privados y el 39

por ciento en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Sin embargo, solo el 2.1 por ciento de los afectados por la enfermedad reciben tratamiento de hemodiálisis, el 97.9 por ciento restantes de pacientes “están sentenciados a muerte”.

La zona occidental de El Salvador tiene un crecimiento anual de casos de insuficiencia renal crónica de un 6 por ciento. La insuficiencia renal se ha convertido en la primera causa de muerte en la zona occidental del país. Durante el 2010, el departamento de Sonsonate es el que mayor número de pacientes reportó con 637 casos; sigue San Santa Ana el norte Metapán, con 315; por su parte, Ahuachapán reporta 189 pacientes.

La Insuficiencia Renal Crónica se considera una patología de trascendencia mundial, debido al alto número de casos de incidencia, situación que ha obligado a muchos países hacer grandes inversiones en el estudio de la misma, siendo los Estados Unidos y Japón, los principales representantes que han efectuado estudios específicos para incidir en la disminución de dicha problemática, lo cual ha conducido a la generación de leyes y reglamentaciones.

A nivel nacional, la prevalencia es alta, principalmente en la Región Occidental, lo que generó la implementación del programa nefrolempa; por otra parte, varias instituciones, principalmente la Universidad de El Salvador, el Ministerio de Salud y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social han efectuado estudios para conocer los factores predisponentes de tal situación.

Con el actual avance tecnológico, se tiene la posibilidad de proporcionar una mejor calidad de vida a los pacientes renales y de prolongar la esperanza de sobrevivencia de estos, no obstante, el país con los altos incrementos de dicha patología, el sistema sanitario se ve saturado con poca capacidad de respuesta debido al gran auge de la demanda y la escases de recursos humanos y tecnológicos

## **EL Hospital Regional del ISSS Santa Ana**

Fue fundado en 1970 en la Colonia El Palmar, pertenece al Seguro Social. Es un hospital de Segundo nivel y de referencia de todas las unidades del Seguro social del Occidente del país. Atiende un total de 123,000 entre derechohabientes y beneficiarios y niños menores de 12 años. Es una estructura de 2 niveles, cuenta con más o menos 1,000 empleados entre personal asistencial y administrativo, ofreciéndole atención de Emergencias, Hospitalización, Cirugía, Medicina, Ginecología y Obstetricia, UCI, Recién Nacidos etc., Consulta Externa, teniendo áreas como: Medicina Interna, Ginecología, Cirugía, Medicina general, Ortopedia Dermatología, Nutrición, Servicio de Fisioterapia, Otorrinolaringología, Oftalmología, Neurología, Unidad de cuidados intensivos, Nefrología, Emergencia pediátrica y Odontología, además cuenta con servicios de apoyo como Departamento de Radiología, Ultrasonografía, Laboratorio clínico, Departamento de patología, arsenal, Sala de operaciones, Departamento de mantenimiento, Farmacias, Morgue etc.

Es una institución semi-autónoma que brinda atención médico-asistencial a pacientes que mediante sus cotizaciones tienen derecho a recibir atención. El Hospital Regional de Santa Ana forma parte de la red de servicios de salud de todos los derechos habientes, siendo el punto de referencia de toda el área occidental, atendiendo todas las especialidades. Atiende una población de 123,000 habitantes a nivel occidental y es un centro de referencia de aproximadamente 50,000 derechohabientes del área urbana y rural. Esta población de referencia del occidente de nuestro país es población asegurada con sus beneficiarios en donde corresponde al 26% de la población en total.

### **Situación del Servicio de Nefrología**

El Servicio de nefrología cuenta actualmente con 2 nefrólogos distribuidos en 6 horas de 7am a 1 pm y de 1pm a 5pm y los fines de Semana Sábado 1 nefrólogo con turno presencial de 12 horas. Se cuenta con 12 enfermeras especializadas en la

atención del programa de hemodiálisis y 4 enfermeras especializadas en el programa de Diálisis Ambulatoria además hay 1 licenciada en nutrición quien le da soporte en cuanto su alimentación del paciente renal.

Se cuenta con 15 máquinas para realizar hemodiálisis en el servicio.

Se atienden actualmente a 232 pacientes en el programa de hemofilia y en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria.

El programa de atención del paciente es el paciente de Hemodiálisis se atiende de 2 a 3 veces por semana y el paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria se le da capacitación al paciente con el familiar al manejo de su diálisis Ambulatoria luego se realiza una visita semanal a sus hogares para ver su funcionamiento .del programa.

### **Objetivos del Hospital**

1. Asistir con calidad, calidez y efectividad a los enfermos que demandan los servicios de un hospital de referencia de la zona occidental del país que vengan referidos o demanda espontánea.
2. Optimizar los recursos humanos, materiales y financieros a fin de brindar servicios médicos hospitalarios de alta calidez.
3. Capacitar metódicamente al personal de la institución para contribuir al mejoramiento continuo de la atención. 4. Implementar técnicas y herramientas administrativas que conduzcan eficientemente a la labor hospitalaria. 5. Interactuar en el entorno social e institucional a fin de prevenir la enfermedad promover la salud y contribuir a la rehabilitación.

## **Visión del Hospital**

"Ser modelo de atención en salud, con excelencia en el servicio, en el que se promueven procesos ágiles y descentralizados, financiamiento solidario y oportuno, dirigido hacia la universalidad de la protección social, con un personal comprometido con la calidad, que logra la confianza y reconocimiento de la población"

## **Misión del Hospital**

"En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social Santa Ana, estamos comprometidos a brindar de manera integral atención a la salud y prestaciones económicas a los derechohabientes, con calidad, eficiencia, ética profesional, basados en una vocación de solidaridad social, transparencia y sustentabilidad financiera".

## **Identificación del Problema de Salud**

a) Descripción del problema prioritario: El Hospital Regional ISSS de Santa Ana es el hospital de referencia para las enfermedades complejas de la población atendida en la zona occidental del país, con una cobertura que corresponde al 23% de la población.

Aun así, el presupuesto destinado para esta institución es de 19 millones de dólares. Las enfermedades atendidas por este centro, tienen alto costo y requieren de alta tecnología, así como de contratación de personal especializado suficiente para la atención de los mismos.

El perfil epidemiológico de la institución sobrecarga al sistema con patologías como insuficiencias respiratorias agudas, complicaciones cardiovasculares y metabólicas, así como ingresos prolongados de patologías crónicas. Esta relación desigual entre la demanda y la oferta lleva a una atención baja en calidad y en cantidad, dependiente de la disponibilidad de los recursos existentes.

Identificación del Problema de Salud

a) Descripción del problema prioritario: El Hospital Regional ISSS de Santa Ana es el hospital de referencia para las enfermedades complejas de la población atendida en la zona occidental del país, con una cobertura que corresponde al 23% de la población.

Aun así, el presupuesto destinado para esta institución es de 19 millones de dólares. Las enfermedades atendidas por este centro, tienen alto costo y requieren de alta tecnología, así como de contratación de personal especializado suficiente para la atención de los mismos.

El perfil epidemiológico de la institución sobrecarga al sistema con patologías como insuficiencias respiratorias agudas, complicaciones cardiovasculares y metabólicas, así como ingresos prolongados de patologías crónicas. Esta relación desigual entre la demanda y la oferta lleva a una atención baja en calidad y en cantidad, dependiente de la disponibilidad de los recursos existentes.

## **ENFOQUE PREVENTIVO Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO EN ISSS.**

- **CLÍNICAS METABÓLICAS** El programa tiene como enfoque principal el control de las enfermedades metabólicas, tales como diabetes mellitus y dislipidemias, obesidad, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica en sus primeros estadios. Durante el período junio 2014- mayo 2015 se realizaron 576 campañas para pacientes con hipertensión arterial (HTA) y 1 54 campañas para pacientes con diabetes. En una muestra de expedientes, se ha identificado que el 79.3% de pacientes hipertensos están controlados y el 41.66% de los pacientes diabéticos presentan valores de glucosa controlada. El ISSS actualmente desarrolla el primer curso virtual de enfermedades crónicas metabólicas para médicos generales e internistas con 88 participantes. Con el objeto de acercar al domicilio o centro de trabajo de los derechohabientes, la consulta de subespecialidad (nefrólogos y endocrinólogos), desde marzo 2014 se implementó la consulta itinerante, donde

## **TOTAL DE CONSULTAS DE CLÍNICAS METABOLICAS**

Cantidad de consultas Hipertensión Arterial 126,690

Diabetes 53,025

Dislipidemia 36,020

Sobrepeso / obesidad 51,509

Enfermedad Renal Crónica (ERC). 3,250

Instituto Salvadoreño del Seguro Social desde 2014 se brinda atención directa a los pacientes que acuden a seis centros de atención de mayor demanda y su respectiva red de Clínicas Comunales y Clínicas Empresariales (Santa Tecla, 15 de septiembre San Jacinto, Atlacatl, Ilopango y Policlínico Zacamil) contribuyendo con los médicos generales e internistas en la resolución de los casos, atención oportuna al paciente, disminución del tiempo de espera para otorgamiento de citas entre otros

## **PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA DEL PERSONAL MÉDICO**

DIPLOMADO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, (EBS) El ISSS desarrolló un diplomado virtual y presencial, en Atención Primaria en Salud (APS), para Equipos Básicos de Salud (EBS), con el objetivo de desarrollar en los miembros de los equipos, competencias y habilidades sobre los fundamentos de APS, para mejorar la salud de las personas, familias y comunidades a su cargo, priorizando las políticas, ejes y estrategias del ISSS en el contexto de la reforma del Sector Salud. Se ha logrado el fortalecimiento técnico de 69 equipos básicos durante el 2014 y el 2015: 38 EBS durante el 2014 y 31 EBS en el transcurso del 2015, dirigido a 245 profesionales de la salud tal como: médicos, enfermeras, educadores en salud y directores de clínicas comunales. Se espera beneficiar a los 730 mil derechohabientes de las 37 Clínicas Comunales a nivel nacional, siendo responsabilidad en cada EBS fomentar la salud en 600 familias, logrando una cobertura a nivel nacional de 41,600 familias derechohabientes y no derechohabientes, cuya ubicación es delimitada por Área de Responsabilidad Programática (ARP), a través de la implementación y fortalecimiento del modelo familiar y comunitario.

## **EL CONTEXTO DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD.**

La salud, y la posibilidad de alcanzar el mayor grado de salud que se pueda lograr, constituyen derechos universales de las personas, que –además- resultan fundamentales para la sociedad en su conjunto, ya que el gozar de buena salud, posibilita la participación de los individuos en la sociedad y puede derivar en consecuencias potencialmente positivas para el rendimiento económico. En este marco se inscribe la mirada de equidad en salud, cuyo propósito central es que las personas alcancen su potencial de salud, independiente de sus condiciones sociales y económicas.

No obstante, en la actualidad persisten drásticas desigualdades en materia de salud, tanto entre los diferentes países como al interior de los mismos, las que se vinculan a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud, que tienen las personas en función de distintos aspectos, tales como su clase social, sexo, territorio o etnia, y que determinan las condiciones en las que crecen, viven, trabajan y envejecen.

En este sentido, las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad, hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud, estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre las distintas sociedades.

Desde esta perspectiva, y de acuerdo a los planteamientos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), disminuir las inequidades en salud es un imperativo ético, un tema de justicia social que se fundamenta en argumentos técnicos y políticos, cuyo principio ético rector es la equidad en salud, definida como la ausencia de injusticia evitable y remediable o las diferencias en salud entre grupos sociales. La responsabilidad primaria de resguardar la equidad en salud recae en los gobiernos.

## EL ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

A partir de lo anterior, surge el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, en cuya visión “el contexto mundial afecta la forma en que las sociedades prosperan mediante su impacto en las políticas públicas y normas tradicionales, y las relaciones internacionales. Esto a su vez determina la manera en que la sociedad organiza sus asuntos en el nivel local y el nivel nacional, lo que da origen a formas de jerarquía y posicionamiento social. El lugar que ocupan las personas en la jerarquía social afecta las condiciones en que crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen: su vulnerabilidad a las enfermedades; y las consecuencias para la mala salud”<sup>21</sup>.

En este sentido, los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto, constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país, y que son posibles de intervenir a través de políticas sociales y de salud. Por esta razón, el fortalecimiento de la equidad en materia de salud, significa ir más allá de la concentración contemporánea sobre las causas inmediatas de las enfermedades y analizar las “causas de las causas”.

Este esquema se estructura considerando determinantes de tipo estructural (económico, político, cultural y social) y de tipo intermedio o intermediario (circunstancias materiales, factores biológicos, conductuales y psicosociales), y su relación con la equidad en la salud y el bienestar de las personas. Así mismo, se plantea la incidencia o “feedback” de la salud en los determinantes sociales, ya que “enfermedades y lesiones tienen un impacto indirecto en la posición socioeconómica de las personas. Desde la perspectiva de la población, la magnitud de ciertas enfermedades puede repercutir directamente en los principales factores contextuales”<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) – OMS. Lograr la equidad en salud desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional. Pág. 14.

<sup>22</sup> Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) – OMS. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2007. Pág. 45.

Como se desprende de lo señalado, el diseño de políticas basadas en el enfoque de determinantes sociales de la salud, coloca a la salud pública ante un gran reto, que implica pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, con énfasis en el ámbito sanitario, a otro que requiere de un alto compromiso político, y de la participación de todas las áreas del gobierno y de la ciudadanía, en la priorización de los problemas, su diagnóstico, diseño de programas, implementación y evaluación, ya que la realización del derecho humano a la salud, implica el empoderamiento de las comunidades desfavorecidas, con el objetivo de que puedan ejercer el mayor control posible sobre los factores que determinan su salud.

A partir de lo anterior, se plantea la necesidad de que las investigaciones y diagnósticos que se realicen en el ámbito de la equidad en salud consideren: los factores y procesos mundiales que pueden afectar la equidad sanitaria; las estructuras y relaciones sociales y políticas que afectan diferencialmente a las oportunidades de las personas en materia de salud en una sociedad; las interrelaciones entre los factores que aumentan la probabilidad de mantener una buena salud a nivel individual y social; las características del sistema de salud; y las intervenciones normativas que pueden reducir las desigualdades en salud en las áreas anteriores<sup>23</sup>.

En síntesis, el enfoque de determinantes sociales de la salud implica tomar en cuenta las condiciones sociales y su impacto en exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales, para planificar e implementar políticas de salud. Así como, actuar no solo con el objetivo de mejorar el nivel promedio, sino que explícitamente para reducir las inequidades en salud, a través de políticas que incorporen acciones sobre los determinantes sociales que provocan estas inequidades.

---

<sup>23</sup> WHO Task force on research priorities for equity in health & the WHO equity team. Priorities for research to take the health equity policy agenda. 2005.

## **1.- DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS DESIGUALDADES DE LA SALUD.**

### **1.1.- El contexto socioeconómico y político.**

Este determinante se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social, incluyendo como principales elementos a considerar, los siguientes:

- Gobierno en su aspecto amplio, es decir, considerando la tradición política, la transparencia y la corrupción.
- Políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo.
- Políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda.
- Políticas públicas que inciden en el acceso de la población a distintos servicios, como son las políticas de educación, salud, vivienda, etc.
- Valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.

### **1.2.- La posición socioeconómica.**

Entre los determinantes estructurales de las desigualdades en salud, también se incluyen distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto, la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza.

Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos. La desigualdad que se produce se define relacionamente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas, están en relación con el menor poder y el peor acceso de las menos favorecidas.

Estos ejes de desigualdad se vinculan con el concepto de discriminación o de “las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias”<sup>24</sup>, que se denominan clasismo, sexismo o racismo.

## 2.- DETERMINANTES INTERMEDIOS O INTERMEDIARIOS DE LA SALUD.

En el enfoque de determinantes sociales de la salud, la estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en materia de salud. Estos factores son:

- **Las circunstancias materiales** en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, como la vivienda, el barrio de residencia, el nivel de ingresos percibidos y las condiciones de trabajo, entre otras.
- **Las circunstancias psicosociales** en las que las personas se desenvuelven, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control sobre la vida, los estilos de afrontamiento (o la falta del mismo), etc.
- **Los factores conductuales y biológicos** que inciden en la calidad de vida de las personas como, por ejemplo, los estilos de vida que dañan la salud; la nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, que se distribuyen de forma diferente entre los distintos grupos sociales. Los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.
- **El sistema de salud** que juega un importante rol en cuanto a la distribución desigual de la salud en la población, ya que el menor acceso a los servicios

---

<sup>24</sup> Carme Borrell y Lucía Artazcoz. Op. cit. Pág. 466.

sanitarios y la menor calidad de los mismos para las personas de clases sociales menos favorecidas, afectan los derechos humanos de estos grupos y aumentan su vulnerabilidad. Además, el pago de los servicios de salud puede generar o agudizar las situaciones de pobreza de la población de estas clases sociales.

## **1.- DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS DESIGUALDADES DE LA SALUD.**

### **1.1.- Contexto sociopolítico regional.**

El contexto sociopolítico de la región considerará aquellas políticas y estrategias que son formuladas a nivel regional, a partir de las políticas nacionales y de la consideración de los planes de las comunas que integran la región, y que determinan el marco de acción a nivel local. Como parte de este contexto se incluirán datos del gasto y la inversión pública, la priorización que hace la región en cuanto a políticas públicas (relevándose los sectores de educación, vivienda, salud y trabajo), las áreas definidas localmente como estratégicas y su vinculación con la protección social y los grupos prioritarios (infancia y adolescencia, jóvenes, discapacitados, pueblos originarios, mujeres jefas de hogar, adultos mayores y familias en extrema pobreza), y el desarrollo de instancias de participación en el ámbito de la salud, tanto a nivel intersectorial (planes, políticas y mesas con trabajo intersectorial), como de participación ciudadana (consejos consultivos de las SEREMIS de Salud, de los Servicios de Salud y otras relevantes).

### **1.2.- Contexto socioeconómico regional.**

El contexto socioeconómico regional considerará aquellos aspectos que determinan las principales características regionales de orden económico, social y cultural, y que inciden en las posibilidades de disminuir las desigualdades en salud. En este sentido se incluirán el nivel de ingreso de la población y su distribución (relevándose el salario, los quintiles de ingreso y la situación de indigencia y pobreza de la población

regional); el tipo de ocupación de la población (relevándose los aspectos vinculados al desempleo, el mercado laboral, y las características de la ocupación y de la fuerza de trabajo); el sistema de educación (identificando el nivel de analfabetismo, el nivel educacional, la deserción escolar, la cobertura educacional –universal-, y los resultados en pruebas de medición de aprendizaje como el SIMCE y la PSU); los condicionantes de género (relevándose aspectos vinculados a la participación de las mujeres en el campo laboral, el tipo de ocupación principal, la cantidad y la situación de las mujeres jefas de hogar en la región, las estrategias y la cobertura de acciones implementadas en materia de derechos sexuales y reproductivos, y las principales estadísticas sociales vinculadas al género); etnicidad (identificando las principales etnias –pueblos originarios- y su localización en la región, así como las estadísticas sociales de las mismas).

El contexto socioeconómico debe tener en cuenta que hay un gradiente de salud y enfermedad entre las distintas clases sociales, con el fin de reducir las inequidades de los grupos menos privilegiados respecto a los más privilegiados, y mejorar a un ritmo más rápido la salud de las clases desfavorecidas.

## **2.- DETERMINANTES INTERMEDIARIOS.**

### **2.1.- Circunstancias materiales.**

Las circunstancias materiales se refieren a las condiciones materiales en las cuales las personas nacen y se desarrollan durante su ciclo vital, determinando sus condiciones de subsistencia y sus posibilidades de satisfacer sus necesidades. Entre estas circunstancias materiales se considerarán las condiciones medioambientales existentes en la región (en cuanto a la calidad del aire, el control de residuos, la zoonosis y otras situaciones específicas de cada realidad local), el acceso de la población a servicios a nivel comunitario (sala cuna, servicios de emergencia, infraestructura, servicios públicos, tecnología, eventos culturales, percepciones de acceso, etc.), y las condiciones del hábitat, enfocándose principalmente en las viviendas (cantidad, tipo de construcción, propiedad, etc.) y en el acceso a servicios básicos (como agua potable, alcantarillado y luz eléctrica). Por otra parte, de acuerdo

a la disponibilidad de información, se incorporarán antecedentes sobre las condiciones de trabajo, es decir, las circunstancias en las que las personas se desempeñan laboralmente y los sistemas de protección social a los que acceden.

## **2.2.- Factores biológicos, conductuales y psicosociales.**

Los factores biológicos son inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores. En el caso de los diagnósticos regionales, se considerarán factores vinculados a la composición de la población, que pueden ser relevantes para el diseño de estrategias a nivel local, como es el caso del sexo, la edad.

Los factores psicosociales y conductuales aluden a elementos del entorno de las personas y de su estilo de vida, que pueden incidir en el estado de salud, generalmente se distingue entre factores protectores y de riesgo. Entre los factores de este tipo, pueden mencionarse aquellos vinculados a las redes sociales de las personas y su nivel de participación (redes de apoyo, participación política y social, etc.), los hábitos de vida en materia de alimentación (calidad de la alimentación, desnutrición infantil, sobrepeso y obesidad), práctica de actividad física (nivel de sedentarismo de la población regional), consumo de sustancias lícitas e ilícitas, comportamientos sexuales (iniciación sexual, prevención de embarazos no deseados, prevención de VIH/SIDA e ITS, etc.) y situaciones de estrés (por ejemplo, asociadas al ámbito ocupacional). Además, se deben incluir antecedentes regionales sobre violencia en sus diversas manifestaciones (maltrato infantil, violencia familiar, abuso, feminicidio, homicidios, suicidios, etc.).

## **2.3.- Sistemas de salud.**

El sistema de salud también constituye un determinante social de la salud, en tanto las desigualdades de acceso y de calidad del mismo, inciden en las desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades, y las

posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad. En este sentido, se deben considerar en el análisis datos sobre la estructura del sistema de salud y los recursos de que dispone la región, las redes asistenciales y la dotación de personal en las regiones (que determinan la oferta existente y las posibilidades de derivación de las personas), la cobertura y el acceso a los servicios de salud, así como la situación de la población en materia de previsión de salud.

### **3.- DAÑO EN SALUD – MORBILIDAD Y MORTALIDAD.**

El análisis del daño en salud cumple un doble rol en el esquema propuesto, ya que por una parte es relevante en sí mismo, como resultado de las condiciones dadas por los determinantes estructurales e intermedios, pero –a la vez- también constituye un determinante intermediario para el análisis del impacto en las desigualdades en salud y el bienestar de la población.

#### **3.1.- Patologías.**

En este contexto, se incluirán en el diagnóstico el análisis de patologías a partir de las condiciones de salud y enfermedad incorporadas a los Objetivos Sanitarios 2000 – 2010 e incluidas en la priorización del Sistema GES, que se vinculan al cambio de la sociedad y al envejecimiento de la población:

- Enfermedades cardiovasculares (accidente cerebral vascular isquémico, hipertensión arterial primaria o esencial e infarto agudo al miocardio).
- Cánceres (cervico uterino, de mama, de testículo, gástrico, de próstata, de vesícula, tumores primarios del sistema nervioso central, cáncer en menores de 15 años, cáncer avanzado, leucemia y linfomas).
- Insuficiencia renal crónica terminal.
- Diabetes mellitus (tipo uno y dos).
- Enfermedades respiratorias (neumonía).

- Enfermedades osteoarticulares (artrosis de cadera y/o rodilla y artritis reumatoidea),
- Problemas mentales (depresión).
- Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años.
- VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles.
- Traumatismos y envenenamientos (accidentes de tránsito y accidentes laborales).

En cada patología se considerará:

- Morbilidad.
- Mortalidad.
- Discapacidad.
- Datos GES.
- Licencias.

### **3.2.- Años de vida potenciales perdidos (AVPP).**

### **3.3.- Prevalencia de enfermedades y rezagos en los niños (a partir de DEIS y ENCAVI).**

### **3.4.- Egresos hospitalarios.**

## **4.- ANÁLISIS DE DESIGUALDAD (EQUIDAD) REGIONAL.**

En la actualidad se relevan tres grandes enfoques para reducir las inequidades en salud; uno de ellos se basa en la implementación de programas destinados a las poblaciones desfavorecidas; otro apunta a disminuir las brechas entre la salud de los grupos más pobres y los más ricos; y –el tercero- se orienta a abordar la gradiente social, es decir, considera la asociación entre la posición socioeconómica y la salud en todo el conjunto de la población. Estos enfoques difieren significativamente en sus valores subyacentes y en las implicancias para la programación, y cada uno ofrece ventajas y –a su vez- problemas específicos. “Si bien la lucha contra el gradiente socioeconómico en materia de salud en todo el espectro de posiciones sociales constituye un modelo mucho más completo para la acción sobre las inequidades en

salud”<sup>25</sup>, los tres enfoques no son mutuamente excluyentes, sino que, por el contrario, son complementarios y pueden basarse el uno en el otro.

En este sentido, el análisis de la desigualdad regional intentará abordar las tres perspectivas de manera complementaria, realizándose a partir de la observación, identificación y descripción de la situación particular –en salud- de los grupos o individuos más vulnerables o con mayor riesgo en la región, identificando las brechas de salud entre grupos socioeconómicos extremos y la respectiva gradiente de salud asociada a condiciones socioeconómicas. Todo lo anterior con el fin de identificar el nivel actual de la región (situación interna) y su relación con el país.

Lo anterior, permitirá conocer –en la región- el foco de las intervenciones en materia de determinantes sociales de la salud, es decir, si las intervenciones locales han estado orientadas a reducir la exposición a los factores que afectan directamente la salud o se trata de intervenciones sobre los mecanismos causales asociados a ellos (determinantes intermedios) y su relación con los determinantes de las inequidades de la salud, que tienen su foco de intervención en los niveles de distribución de los determinantes estructurales o en los mecanismos que generan los determinantes intermedios, es decir, la jerarquía o posición social. En particular se considera:

**4.1.- Análisis según grupos vulnerables** (análisis según datos del diagnóstico y antecedentes cualitativos).

- Género.
- Ciclo de vida.
- Otro.

**4.2.- Análisis de brechas** según Objetivos Sanitarios de la década 2000 – 2010 (objetivo 3).

---

<sup>25</sup> Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) – OMS. Op. cit. Pág. 51.

- Mortalidad infantil, según escolaridad de la madre.
- Esperanza de vida temporaria, según grupos socioeconómicos.
- AVPP (comparaciones).

#### **4.3.- Análisis de gradiente.**

- Patologías priorizadas, considerando prevalencia y mortalidad, según nivel socioeconómico y nivel de escolaridad – ENS.
- Índice de Calidad de Vida, según nivel socioeconómico y nivel de escolaridad.

#### **4.4.- Índice resumen** a elaborar considerando determinantes e

#### **ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**

Conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que algunas veces son saludables y otras son nocivas para la salud, se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido, etc., en lo social según las formas y estructuras organizativas como la familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como instituciones y asociaciones.

Los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo humano como son dignificar a las personas en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y bienestar.

Son determinantes de la presencia de factores de riesgo (obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, etc.) y / o factores protectores para el bienestar, (tener sentido de vida, mantener la autoestima, brindar afecto, etc.) que ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo por lo cual deben

ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de naturaleza social. La presencia de la enfermedad crónica no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal, sino también puede ser evaluado como un desafío dada las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo, las mismas que implican la introducción de tratamientos y nuevos regímenes alimenticios, la modificación de actividades laborales y sociales y la alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos.

El afrontamiento que se haga de esta condición es vital para poder anticipar el impacto que puede ocasionar en la persona.

#### **IV. DISEÑO METODOLOGICO.**

##### **Tipo de Estudio**

Se efectuó un estudio descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo en el periodo de Julio a Diciembre de 2016.

##### **Universo**

El universo comprende el 100% de los pacientes que acuden al servicio de Diálisis/hemodiálisis y pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, vistos en la consulta externa de nefrología en el Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana, correspondiendo a 153 de los cuales, 29 pacientes se encuentran en tratamiento de Diálisis peritoneal Intermitente, Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y 124 pacientes en el programa de hemodiálisis.

## **Muestra**

Total de la población universo de 153 pacientes

### **SISTEMA DE VARIABLES**

1. Procedencia
2. Edad
3. Sexo
4. Ocupación
5. Litiasis Renal
6. Historia Familiar de Litiasis Renal
7. Hipertensión Arterial
8. Diabetes Mellitus
9. Antecedentes Renales Hereditarios
10. Hipertrofia Prostática Benigna
11. Antecedentes Familiares de Insuficiencia Renal Crónica
12. Uso Frecuente de Antibióticos
13. Uso Frecuente de Algún tipo de Analgésico
14. Estilos de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis y diálisis Peritoneal ambulatoria

**Tabla nº 1 MATRÍZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>VARIABLE DE ESTUDIO</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA O RAZON</b>	<b>UNIDADES</b>
Conocer las características Sociodemográficas de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.	<b>Procedencia</b>	Área geográfica donde habitó usualmente quince a veinte años antes de su enfermedad	Lugar de residencia de la persona	Cualitativa nominal	Urbano Rural
	<b>Edad</b>	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Años de vida del entrevistado	Cuantitativa continua	Años cumplidos
	<b>Sexo</b>	Expresión fenotípica de la persona	Número de hombres o mujeres con IRC	Nominal	Masculino Femenino
	<b>Ocupación Profesión/Ocupación Condiciones laborales</b>	Actividad laboral que desempeña frecuentemente	Tipo de actividad que realiza la persona	Cualitativa nominal	Cualitativa nominal
Identificar los principales factores de riesgo en la patogénesis de la Insuficiencia Renal Crónica.	<b>Litiasis renal</b>	Presencia de cálculos renales quince a veinte años antes de su enfermedad	Detección de cálculos renales por USG*	Escala o razón	Cantidad de imágenes litiasicas detectadas
	<b>Antecedentes familiares de litiasis renal</b>	Antecedentes familiares de primera o segunda generación con litiasis renal	Número de familiares con por USG	Cuantitativa discreta	Número de familiares que recibieron tratamiento por litiasis renal
	<b>Infección de Vías Urinarias Frecuentes</b>	Infección de vías urinarias altas, quince a veinte años antes de su enfermedad	Total de consultas por infecciones de vías urinarias altas en el año	Cuantitativa discreta	Cantidad de tratamientos recibidos en base al número de exámenes positivos en un periodo de 15 o más

					años
	<b>Historia Familiar de Enfermedades Renales Hereditarias</b>	Antecedentes familiares de padecimiento de enfermedades de origen hereditarios	Padecimiento de enfermedades hereditarias en familiares de primer y segundo grado de consanguinidad	Cuantitativa discreta	Número de familiares con enfermedades hereditarias
	<b>Hipertrofia prostática benigna</b>	Historia de aumento del tamaño de la Próstata diagnosticada a través de Ultrasonografía transrectal y por la determinación del PSA** en paciente masculino mayor de 40 años	Hipertrofia prostática diagnosticada por ultrasonografía transrectal y determinación del PSA	Cualitativa	nominal Padecer de Hipertrofia Prostática
	<b>Historia Familiar de Insuficiencia Renal Crónica</b>	Antecedentes de familiares de primera o segunda generación de haber padecido insuficiencia renal crónica	Número de familiares con historia de insuficiencia renal crónica	Cuantitativa discreta	Número de familiares que recibieron o reciben tratamiento por insuficiencia renal crónica
	<b>Uso frecuente de antibióticos</b>	Compuesto químico utilizado como antimicrobiano utilizado mensualmente o antes desde hace quince o veinte años	Periodo de utilización del antimicrobiano	Cuantitativa discreta	Periodo de tiempo (en días) de utilización del antimicrobiano

	<b>Ingesta de Analgésicos por periodos prolongados</b>	Sustancia química utilizada para aliviar el dolor diariamente de por lo menos un año y medio antes del apareamiento de la IRC	Paciente con uso de analgésicos al menos un año y medio antes del inicio de la IRC	Cuantitativa discreta	Cantidad de analgésicos ingeridos
Identificar estilo de vida de los pacientes renales	<b>Saludable No saludable</b>	Condición del paciente si está sano o no	Porcentaje de pacientes que están sanos y no	cuantitativa	Número de pacientes sanos y no sanos
Estilos de vida de los pacientes con IRC con tratamiento de hemodiálisis	El estilo de vida son patrones de comportamiento determinados por la interacción entre: características personales, interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales	FÍSICA	Alimentación -Alimentos que favorecen su salud -Alimentos que restringe -Horario de alimentación  *Higiene -Frecuencia de la higiene *Actividad física -Frecuencia que realiza actividad física -Tipo de actividad física *Cuidado para su salud -Asistencia a las sesiones de hemodialisis	Saludable No saludable	Comportamientos, actividades que refieren realizar los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis en su dimensión física, psicológica y social, los cuales serán medidos a través de un instrumento tipo cuestionario

		<p>PSICOLÓGICA</p> <p>SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ingiere la medicación prescrita</li> <li>*Descanso y sueño</li> <li>-Número de horas que duerme en la noche</li> <li>-Horario de acostarse</li>   <li>-Aceptación de la enfermedad</li> <li>-Aceptación del tratamiento</li> <li>-Aceptación de limitaciones</li> <li>-Estado de ánimo</li>   <li>-Interacción familiar</li> <li>-Interacción con su grupo social</li> <li>-Participación en actividades recreativas</li> </ul>		
--	--	----------------------------------	---	--	--

## **CRITERIO DE INCLUSIÓN**

Paciente, que consulta al servicio de nefrología del Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana, en el período de Julio a Diciembre 2016; y que tenga por lo menos una determinación en los últimos 3 meses previos a la consulta actual de Creatinina, Ácido Úrico y Nitrógeno Ureico, por encima de los rangos normales, efectuados en el Laboratorio Clínico del Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

Pacientes que hayan fallecidos en este periodo de estudio.

## **METODOLOGIA DE RECOLECCION DE DATOS**

La recopilación de los datos se realizará a través formulario de entrevista dirigida a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que cumplan los criterios de inclusión (ver anexo 2), se solicitó permiso a la dirección local por escrito, posteriormente al ser validado, se creó calendarización para el llenado de la entrevista, previo consentimiento informado del paciente. El máximo de entrevistas diarias fue de cinco, siendo el equipo investigador el responsable del llenado de las mismas.

## **PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION**

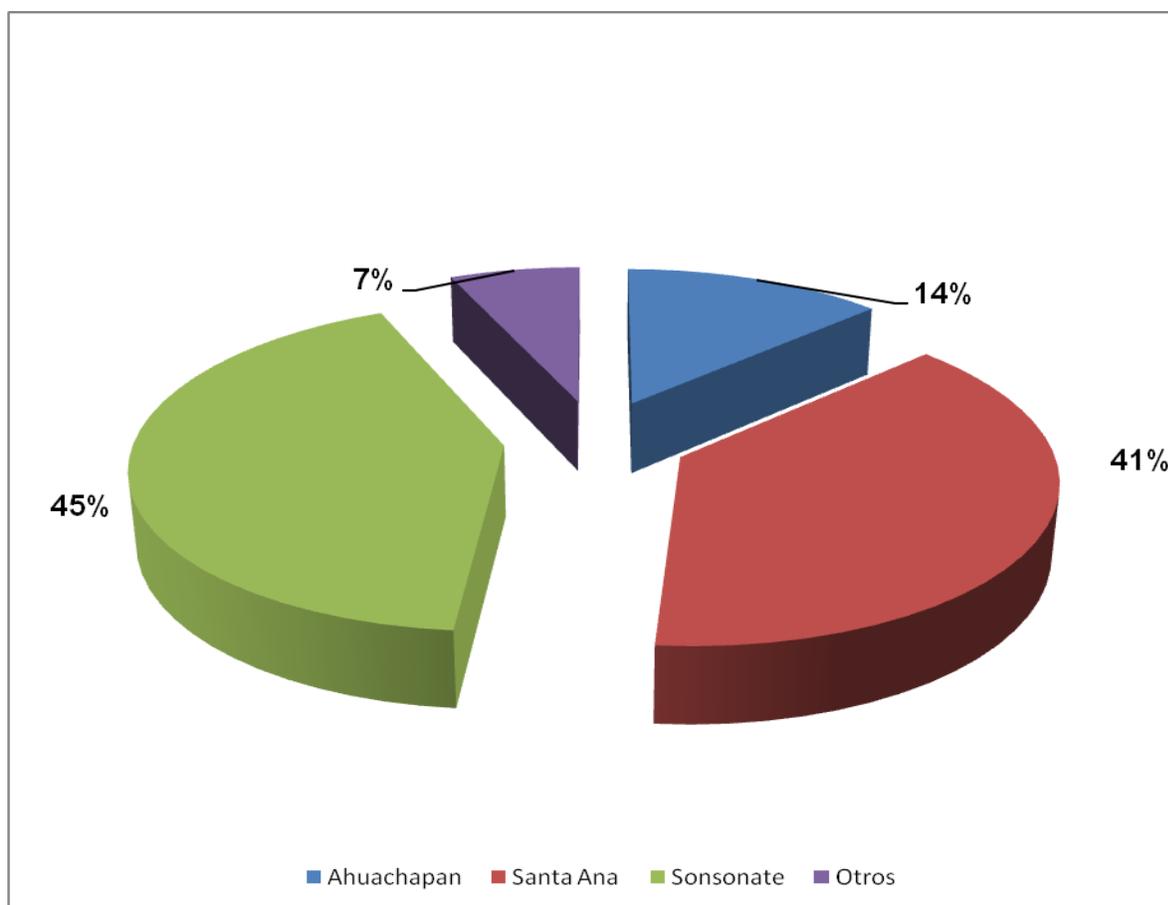
Los datos fueron procesados haciendo uso del programa de Epi Info 2000 y Excel 2010.

Se elaboró un instrumento para el vaciamiento de las respuestas obtenidas y la posterior realización del cruce de las variables. El programa Excel que se utilizara para la obtención de un análisis gráfico de la información.

## V. RESULTADOS.

### GRAFICO N 1

**Procedencia de los casos por departamento hemodiálisis** Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana.

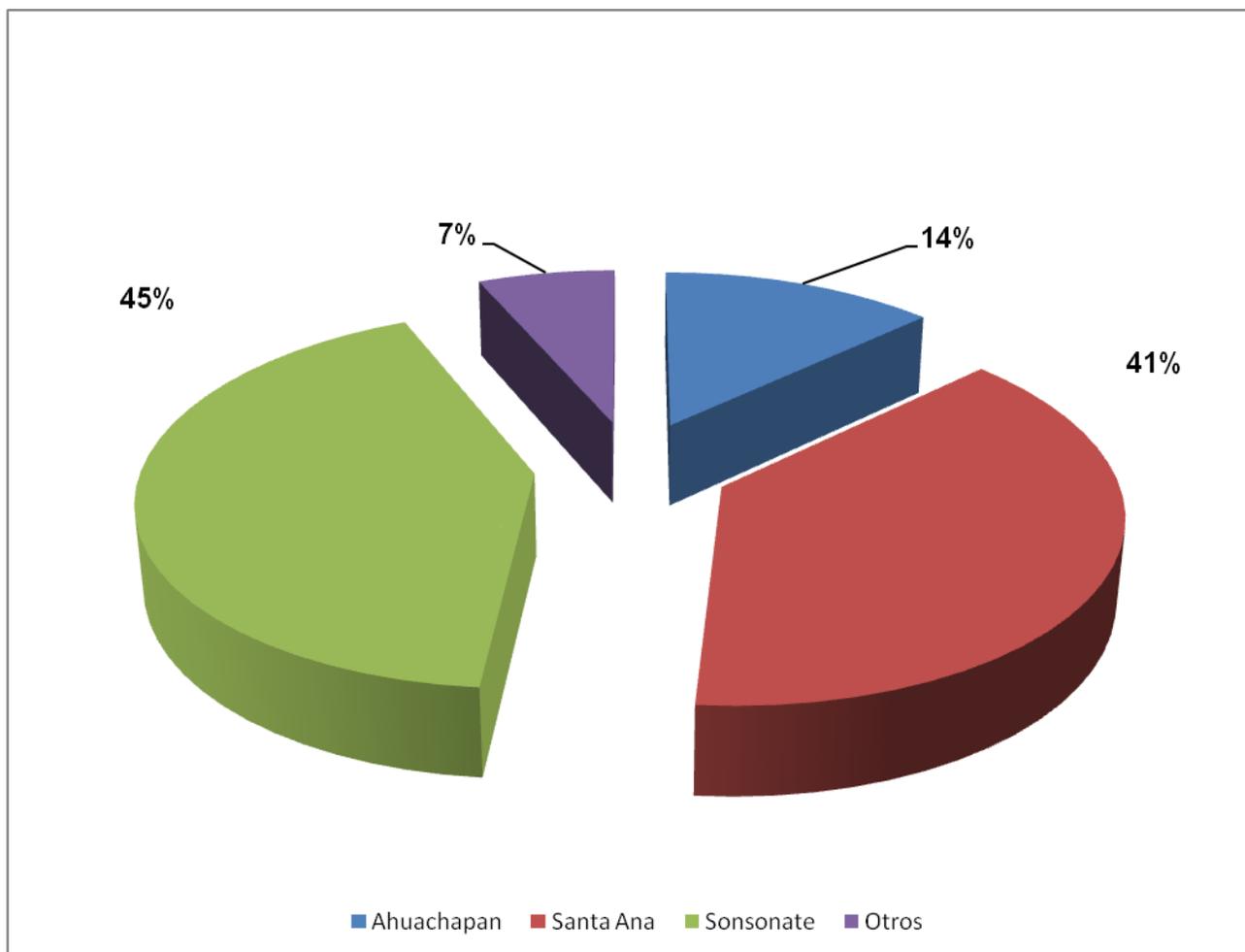


FUENTE: EXPEDIENTE DE PACIENTE MAS ENTREVISTAS.

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana la procedencia de los pacientes que están en el programa de Hemodiálisis procede en mayor porcentaje del departamento de Santa Ana. Seguido de muy de cerca del departamento de Sonsonate, y Ahuachapán y en menor porcentaje de otros

## GRÁFICA N 2

**Procedencia de los casos por departamento de diálisis peritoneal ambulatoria**  
Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana

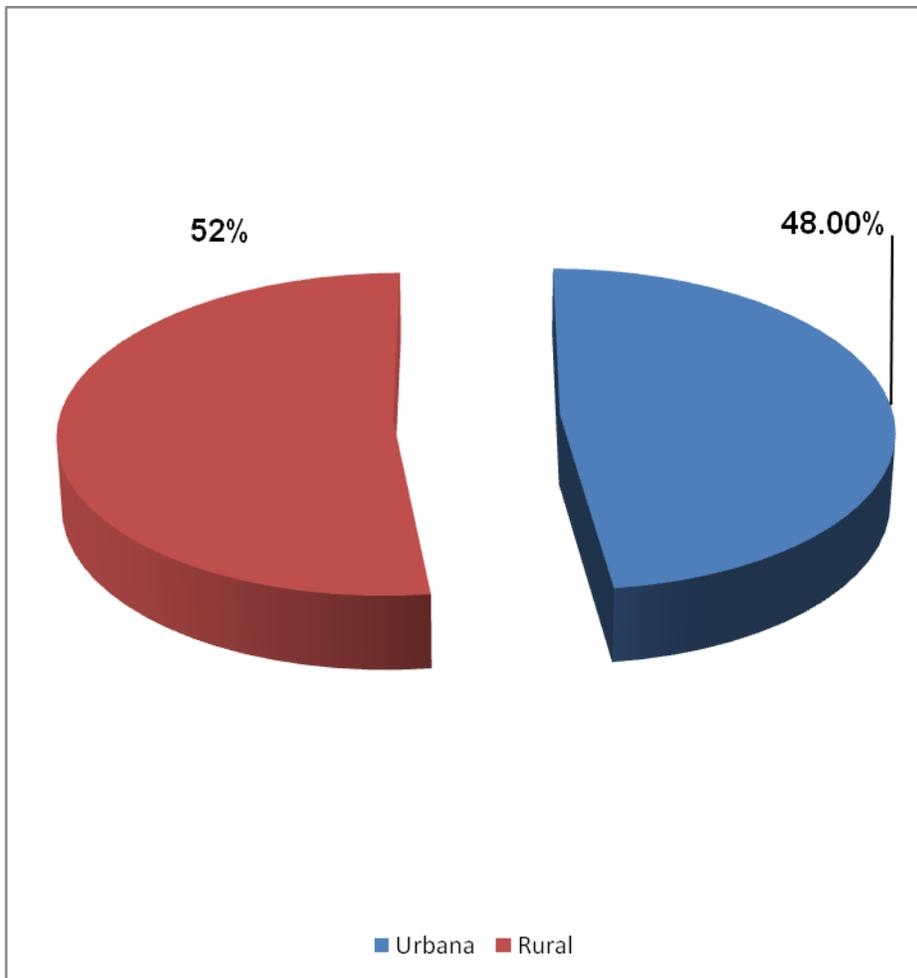


Fuente: Expediente de pacientes más entrevistas.

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana la procedencia de los pacientes en el programa de Diálisis peritoneal ambulatoria en mayor porcentaje procede del departamento de Sonsonate, seguido muy de cerca de Santa Ana en menor porcentaje de Ahuachapán

### GRÁFICA N 3.

**Área de procedencia de hemodiálisis** Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana

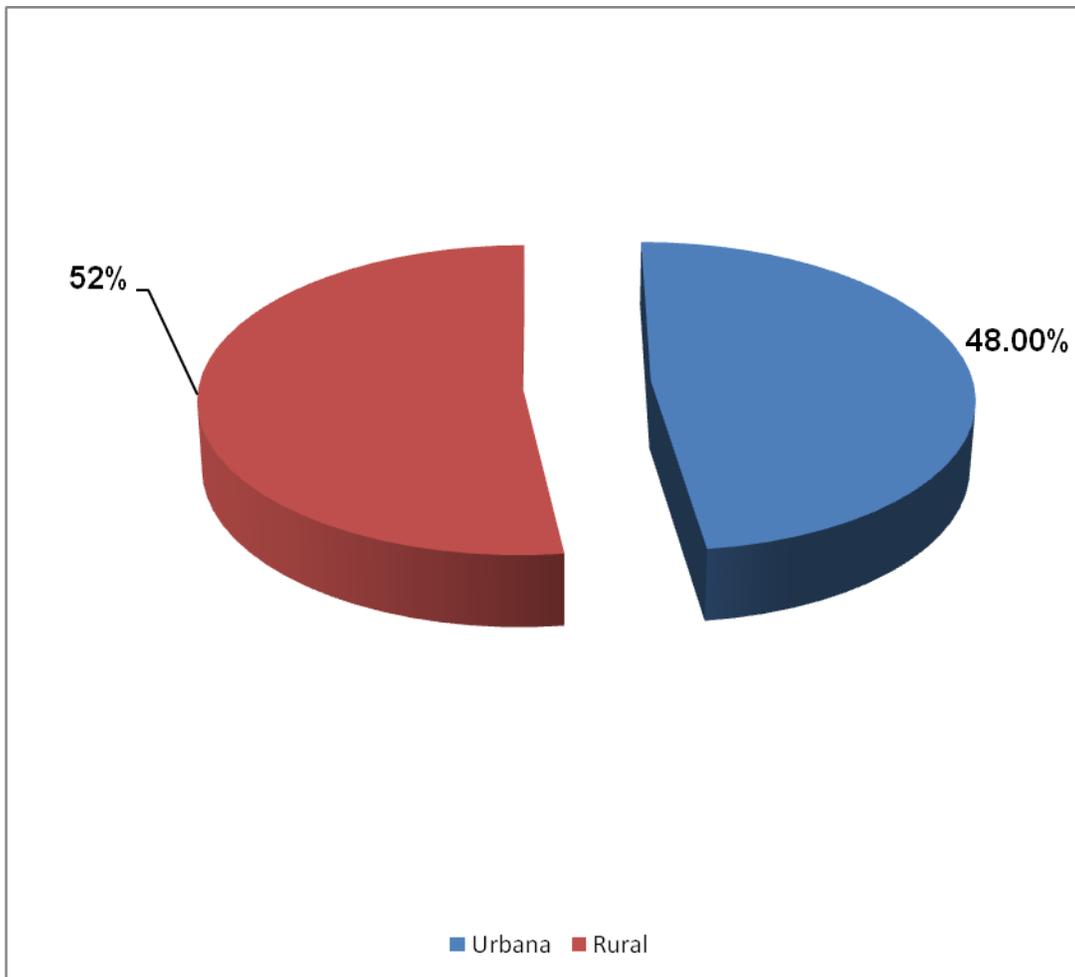


Fuente: expediente de pacientes más entrevistas.

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana el mayor porcentaje de área de procedencia de los pacientes en el programa de hemodiálisis es de la zona Rural.

#### GRÁFICA N 4.

**Área de procedencia de diálisis peritoneal ambulatoria** Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana



Fuente : expediente de pacientes más entrevistas.

En el Hospital Regional ISSS de Santa Ana de los pacientes en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria el área de procedencia en un mayor porcentaje es rural.

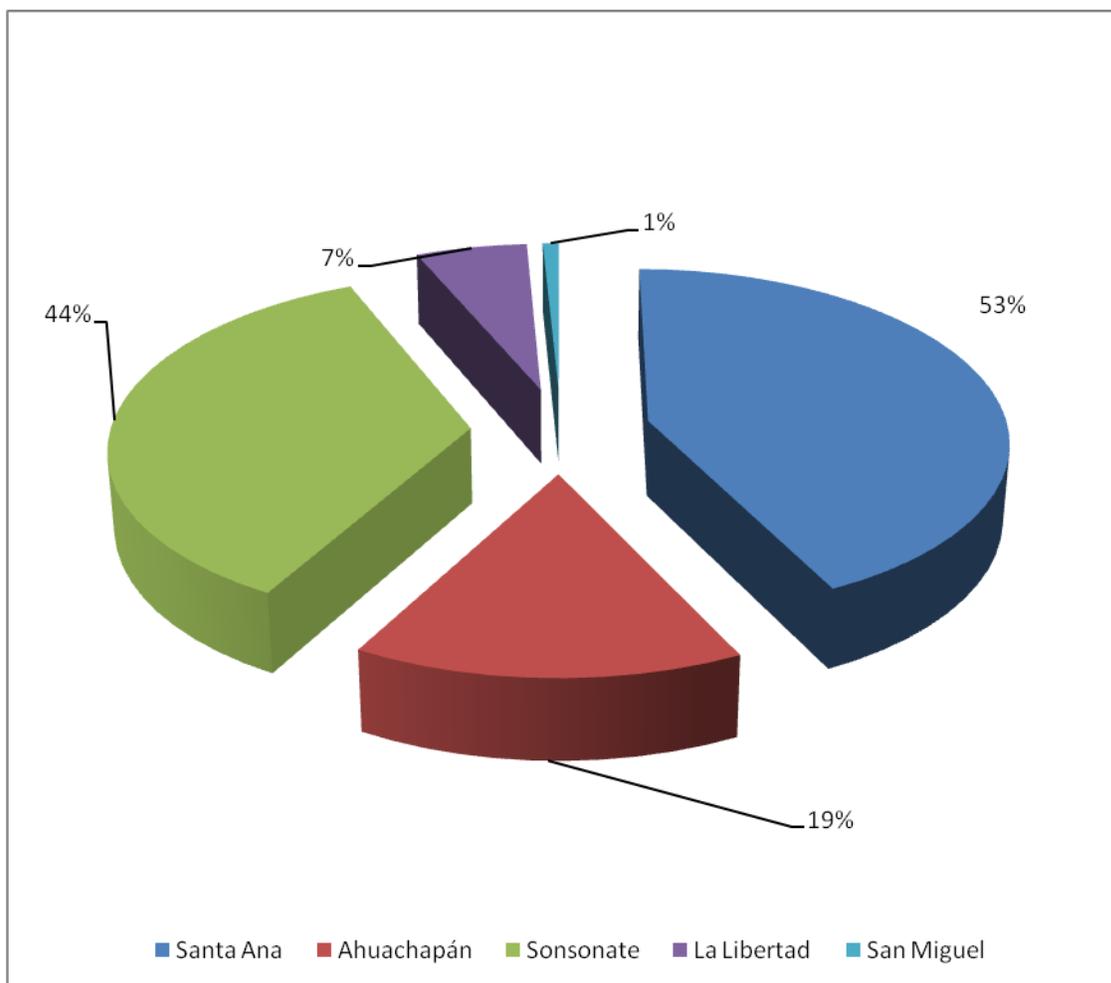
## GRÁFICO N 5

Procedencia de los casos según departamento y municipio de hemodiálisis Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana



## GRÁFICA N 5

### Procedencia de los casos según departamento y municipio de hemodiálisis Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana



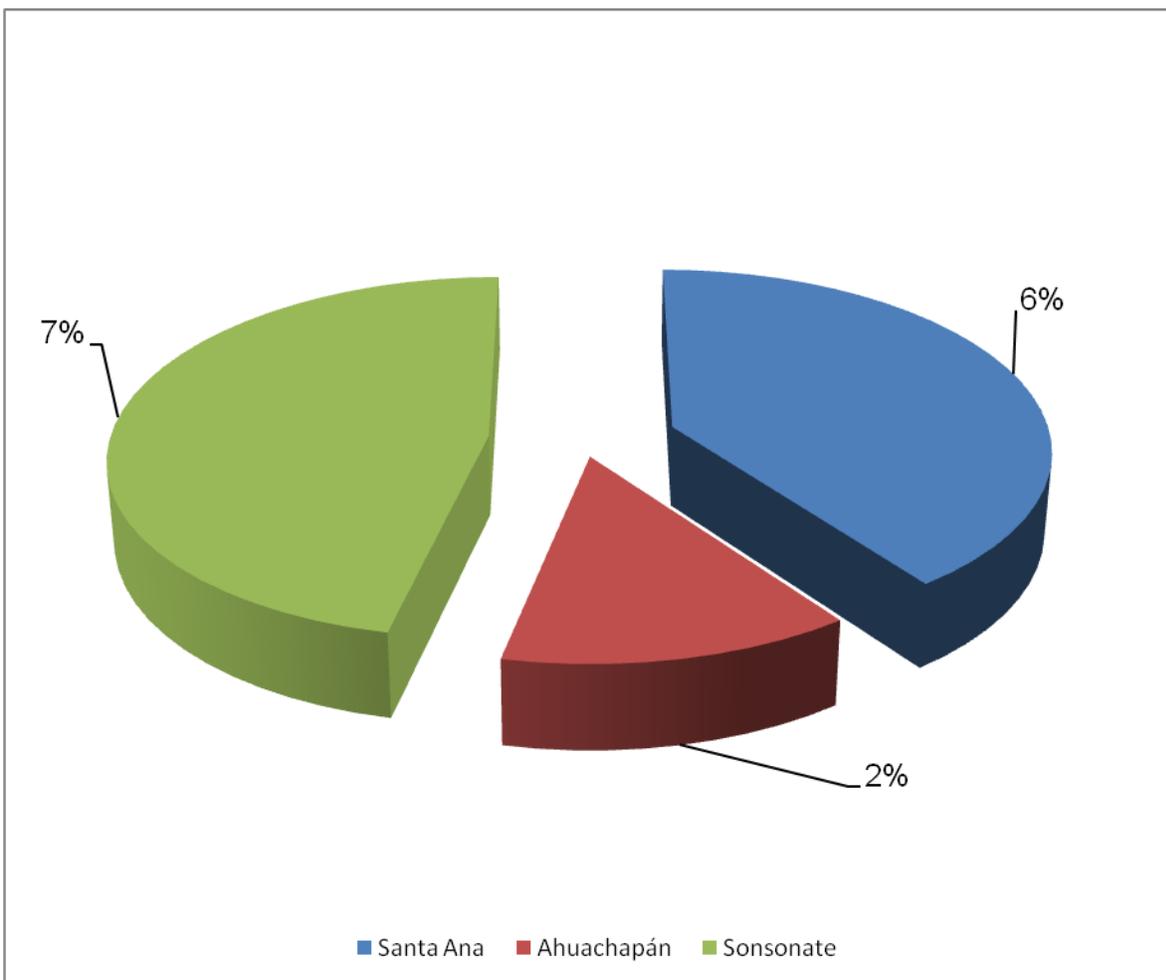
Fuente: Estadísticos de Nefrología, más entrevistas

En el Hospital Regional del ISSS de Santa Ana de los pacientes del programa de Hemodiálisis la mayor procedencia en cuanto al Departamento de Santa Ana corresponde al Municipio de Santa Ana seguido de Chalchuapa.

En cuanto al departamento de Ahuachapán le corresponde al Municipio de Ahuachapán. En cuanto al departamento de Sonsonate le corresponde la mayor procedencia al municipio de Acajutla.

**TABLA N 6**

**Procedencia de los casos según departamento y municipio de diálisis peritoneal ambulatoria Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana**

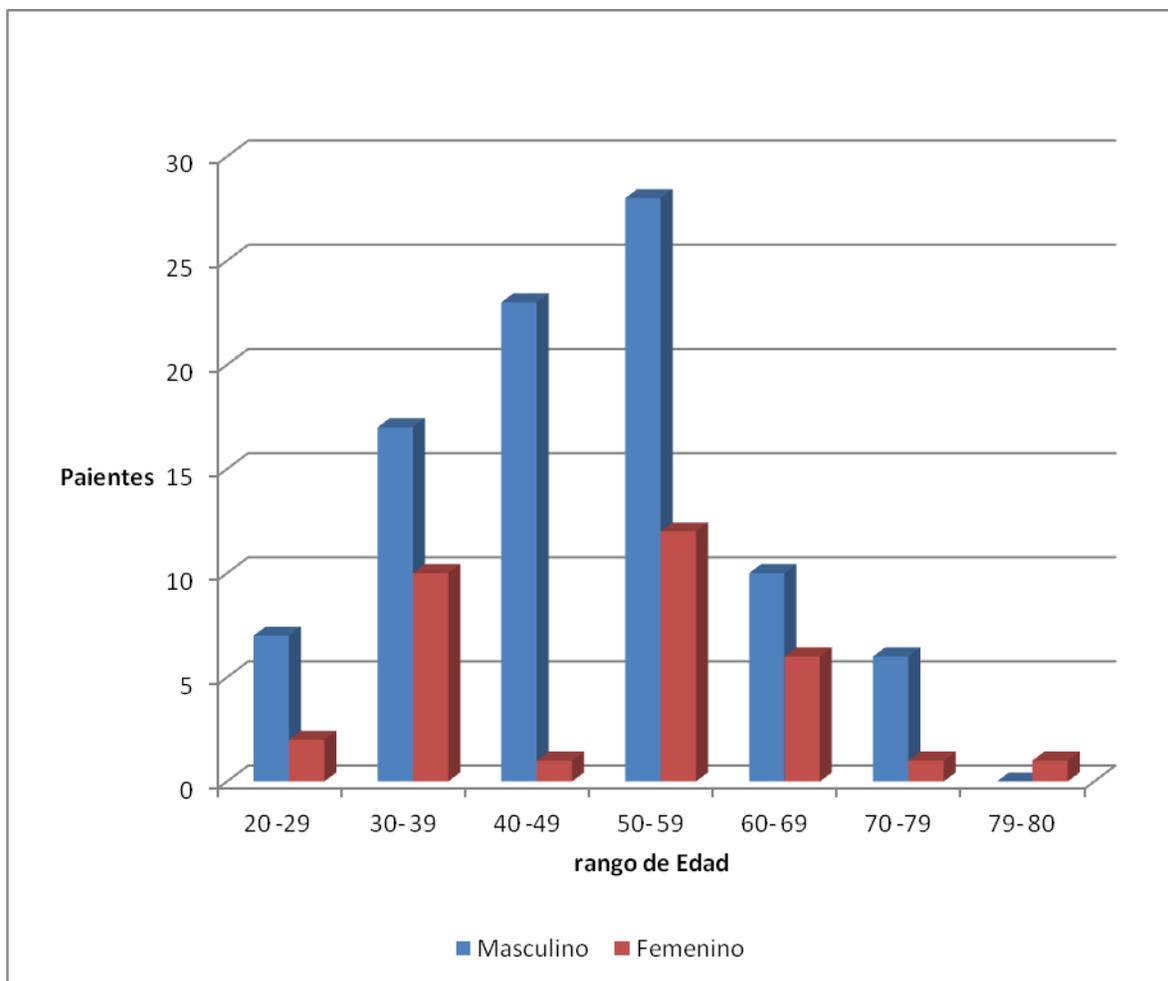


Fuente: Estadísticos de Nefrología, más entrevistas

En el Hospital Regional del ISSS de Santa Ana los pacientes del programa de Diálisis peritoneal Ambulatoria la mayor procedencia del departamento de Santa Ana corresponde al municipio de Santa en el departamento de Ahuachapán le corresponde a municipio de Turín. Con respecto al departamento de Sonsonate le corresponde a los municipios de Izalco, Sonsonate y sonzacate igual porcentaje.

## GRÁFICA N 9

### Grupo etáreo por sexo hemodiálisis Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana

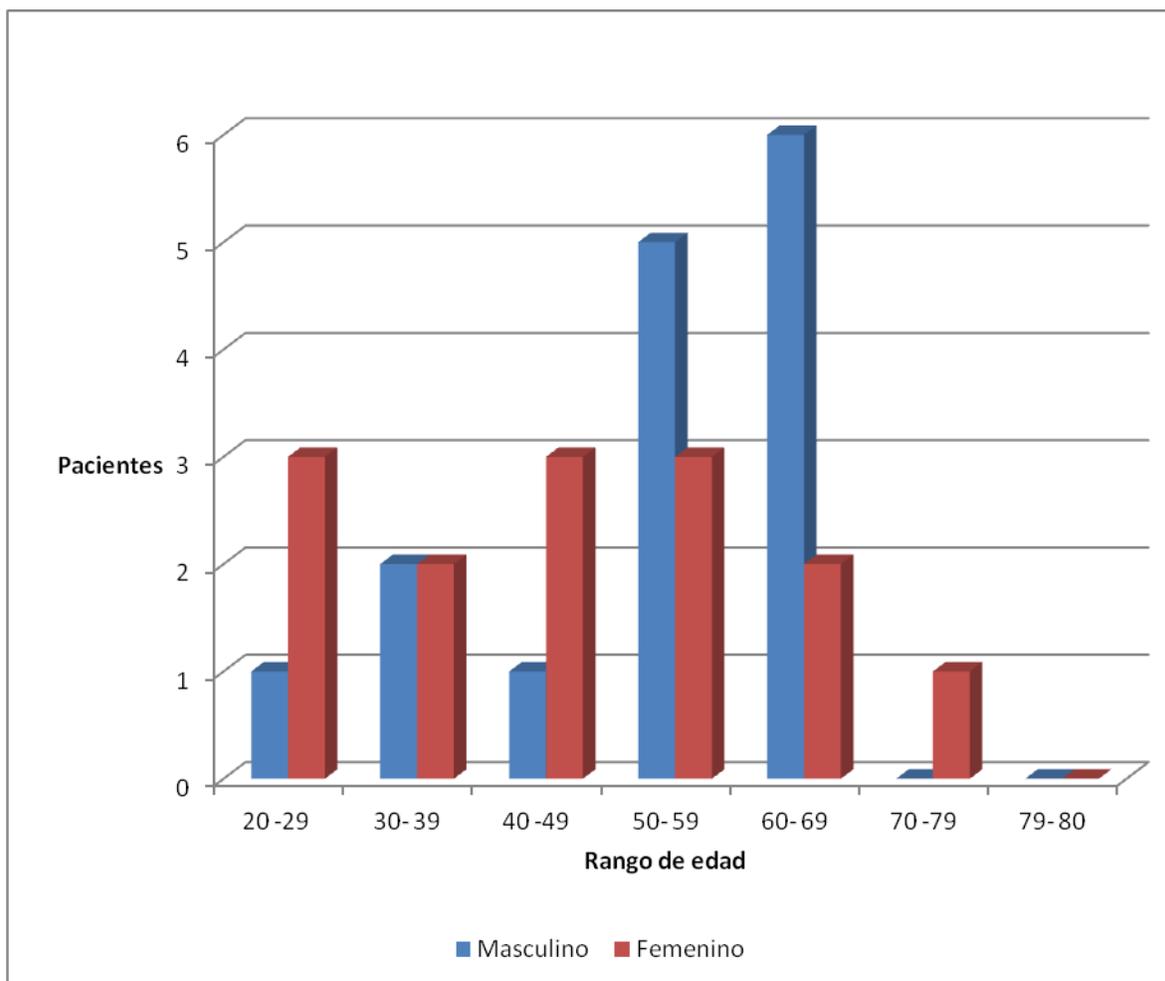


Fuente: Estadísticos de Nefrología, más entrevistas

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Hemodiálisis con respecto al grupo etario predominan entre las edades de 50 a 59 años tanto en masculino como en femenino

## GRÁFICO N 10

### Grupo etáreo por sexo diálisis peritoneal ambulatoria Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana



Fuente: Estadísticos de Nefrología, más entrevistas

En el hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria el grupo etario predomina en el sexo masculino es 60 a 69 años en cuanto al sexo femenino los rangos son 40 a 69 años.

**TABLA N 12**

**Ocupación general de las pacientes diálisis peritoneales ambulatorias** Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana

<b>Ocupaciones</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>TOTAL</b>
Profesionales, científicos, intelectuales	2	0	2
Técnicos y profesionales de nivel medio	1	0	1
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercados	3	2	5
Pesqueros y agricultores	1	0	1
Oficiales, operarios, artesanos de arte mecánica y otros oficios	1	0	1
Ocupaciones elementales	3	3	6
Desempleados	4	9	13
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>29</b>

Fuente: Estadísticos de Nefrología, más entrevistas

En el Hospital Regional del ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria la ocupación con mayor porcentaje los pacientes tanto masculino como Femenino son los desempleados (Pensionados)

**TABLA N 13**

**Etiología hemodiálisis** Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana

<b>Etiología</b>				
	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Total</b>	
Diabetes mellitus	2	3	5	4%
Hipertensión arterial	56	18	74	60%
Diabetes mellitus e hipertensión arterial	16	10	26	21%
Enfermedad renal poliquística	1	0	1	1%
Nefrolitiasis	1	0	1	1%
Enfermedad renal crónica causa obstructiva	3	0	3	2%
Malformaciones congénitas	3	1	4	3%
No determinadas	10	0	10	8%
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>32</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estadísticos de Nefrología entrevistas de los pacientes.

En el hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes del programa de hemodiálisis la etiología más frecuente tanto masculino como Femenino es la Hipertensión Arterial.

**TABLA N 14**

**Etiología diálisis peritoneal ambulatoria** Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana

<b>Etiología</b>				
	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Total</b>	
Diabetes mellitus	5	4	9	31 %
Hipertensión arterial	5	7	12	41 %
Nefrolitiasis	1	0	1	3 %
Nefritis túbulo intersticial	1	1	2	7 %
Enfermedad renal crónica autoinmune	0	1	1	3 %
Trastorno hipertensivo embarazo	1	0	1	3 %
Diabetes mellitus, Hipertensión arterial	1	0	1	3 %
No determinadas	1	1	2	7 %
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Estadístico de Nefrología mas entrevistas del paciente.

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria la etiología más frecuente en el sexo masculino son la Hipertensión Arterial y la Diabetes y en la mujer es la Hipertensión Arterial.

**TABLA N 15****Tasas general de factores de riesgo y específico por sexo por 100 casos**

hemodiálisis Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa

Ana

Variable	Resultado	Tasa Especifica General	Masc.	Tasa Especifica por sexo masculino	Fem.	Tasa Especifica por sexo femenino	Razón de tasas mas / fem
Diabetes mellitus	5	4.3	2	2.17	3	9.38	0.2
Hipertensión arterial	74	59.7	56	60.9	18	56.2	1.0
Diabetes mellitus e hipertensión arterial	26	20.9	16	17.4	10	31.2	0.3
Enfermedad renal poliquística	1	0.8	1	1.0	0	0	0
Nefrolitiasis	1	0.8	1	1.0	0	0	0
Enfermedad renal crónica causa obstructiva	3	2.41	3	3.2	0	0	0
Malformaciones congénitas	4	3.2	3	3.2	1	3.1	1.0
No determinadas	10	8.0	10	10.86	0	0	0
<b>TOTAL</b>	124	100	92	100	32	<b>100</b>	

Fuente: Estadísticos nefrología más entrevistas de pacientes.

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Hemodiálisis se observan una mayor tasa tanto en sexo masculino como femenino como es la Hipertensión Arterial.

**TABLA N 16**

**Tasas general de factores de riesgo y específico por sexo por 100 casos diálisis peritoneal ambulatoria Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana**

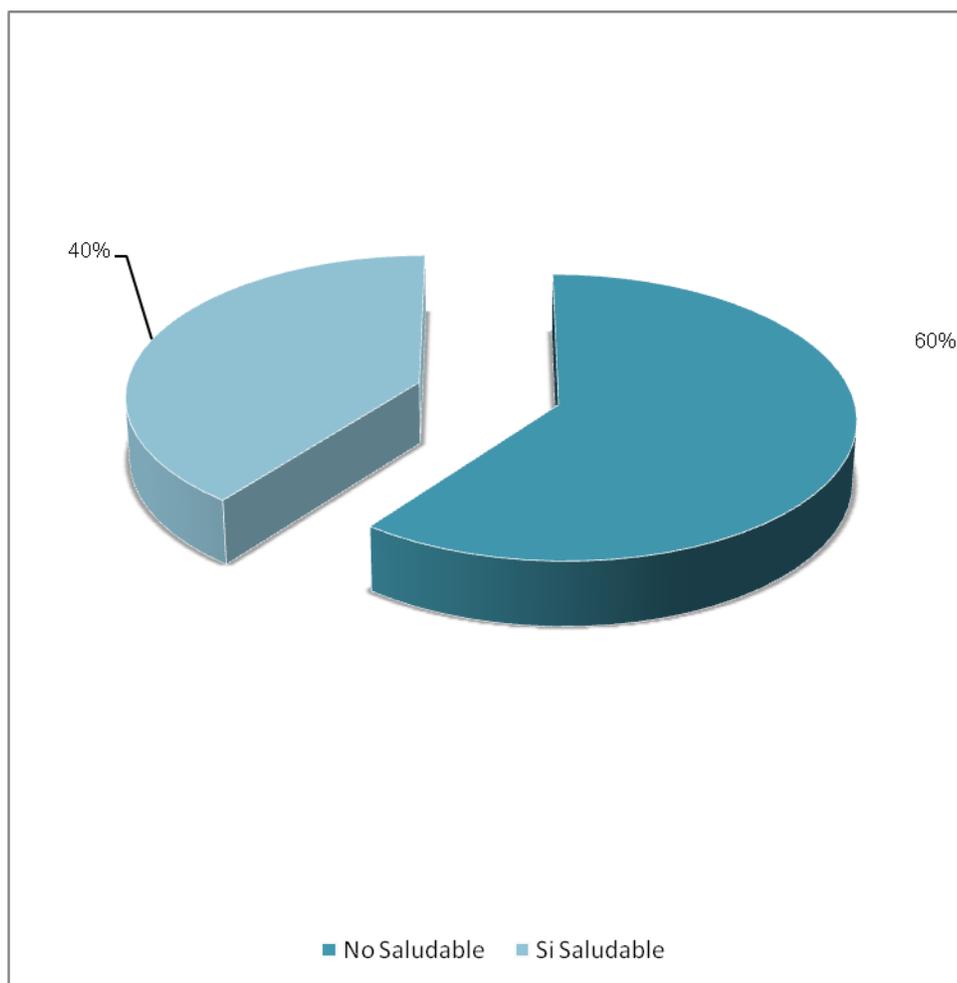
Variable	Resultado	Tasa Especifica General	Masculino	Tasa Especifica por sexo masculino	femenino	Tasa Especifica por sexo femenino	Razón de tasas mas / fem
Diabetes mellitus	9	31.0	5	33.3	4	28.6	1.1
Hipertensión arterial	12	41.3	5	33.3	7	50	0.67
Nefrolitiasis	1	3.4	1	6.7	0	0	0
Nefritis túbulo intersticial	2	6.9	1	6.7	1	7.1	0.9
Enfermedad renal crónica autoinmune	1	3.4	0	0	1	7.1	0
Trastorno hipertensivo embarazo	1	3.4	1	6.7	0	0	0
Diabetes mellitus, Hipertensión arterial	1	3.4	1	6.7	0	0	0
No determinadas	2	6.9	1	6.7	1	7.1	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>		<b>15</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	

Fuente: Estadísticos de nefrología más entrevistas.

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria se observa que la mayor tasa en el sexo masculino corresponde a Diabetes más Hipertensión Arterial y el femenino la hipertensión Arterial.

## GRÁFICO N° 11

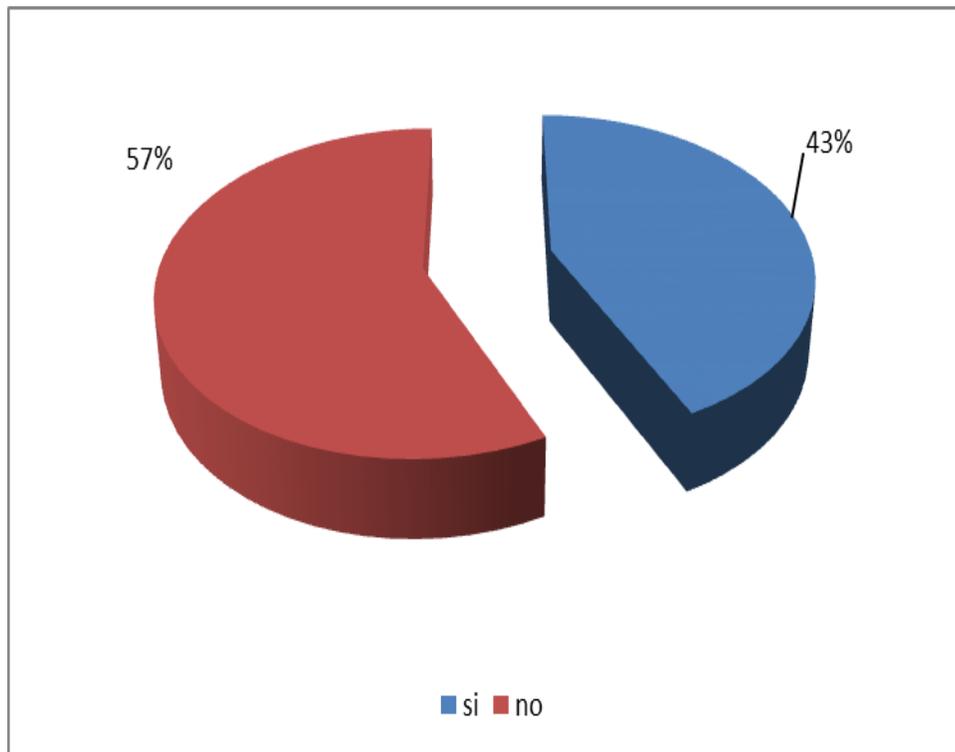
**Estilos de vida de los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Tratamiento de Hemodiálisis y DPA. Hospital Regional ISSS Santa Ana en general**



Fuente: Entrevista de pacientes en el programa de hemodiálisis y DPA

## GRÁFICO N° 12

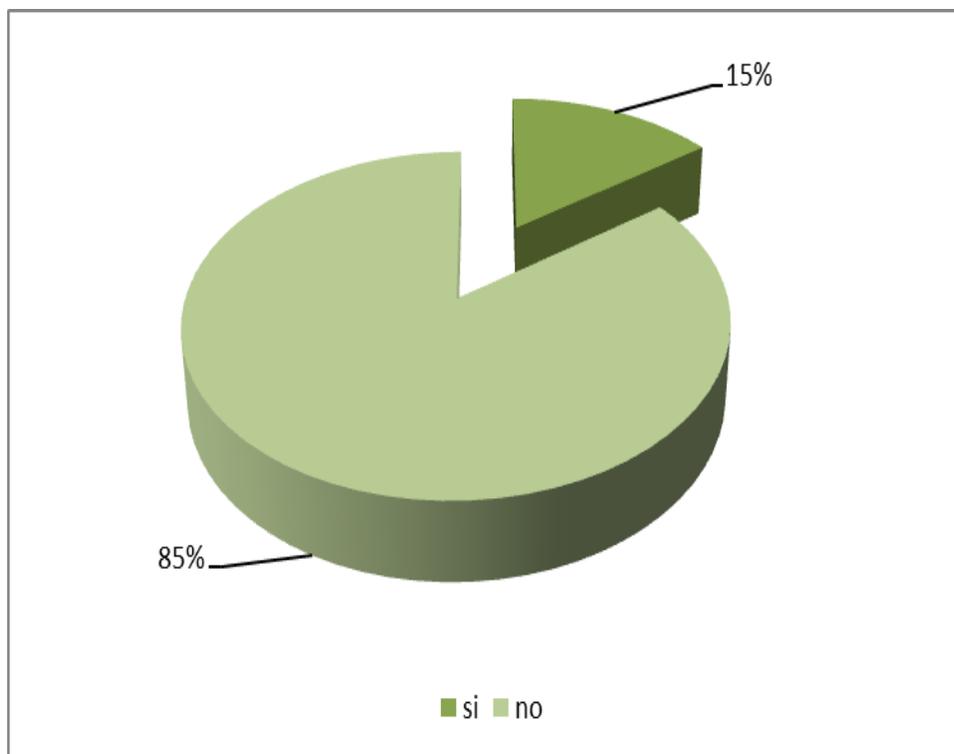
**Estilos de vida saludables según dimensión física en Pacientes con insuficiencia renal crónica con Tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria Hospital Regional Instituto Salvadoreño Seguro Social Santa Ana; en cuanto al consumo de alimentos bajos en sal.**



Fuente: Entrevista de pacientes en el programa de hemodiálisis y DPA

### GRÁFICO N° 13

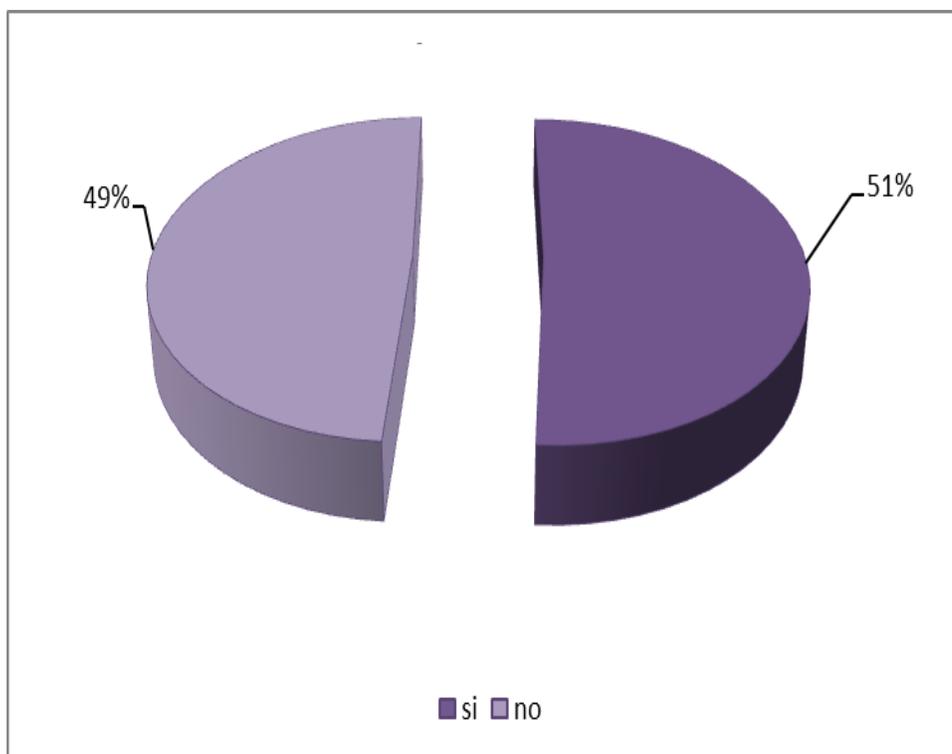
**Estilos de vida saludables según dimensión física en Pacientes con insuficiencia renal crónica con Tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria Hospital Regional Instituto Salvadoreño Seguro Social Santa Ana no consumen alcohol.**



Fuente: Entrevista de pacientes en el programa de hemodiálisis y DPA

## GRÁFICO N° 14

**Estilos de vida saludables según dimensión física en Pacientes con insuficiencia renal crónica con Tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria Hospital Regional Instituto Salvadoreño Seguro Social Santa Ana, los cuales duermen como mínimo 6 horas en la noche.**



Fuente: Entrevista de pacientes en el programa de hemodiálisis y DPA

**TABLA N° 18.**

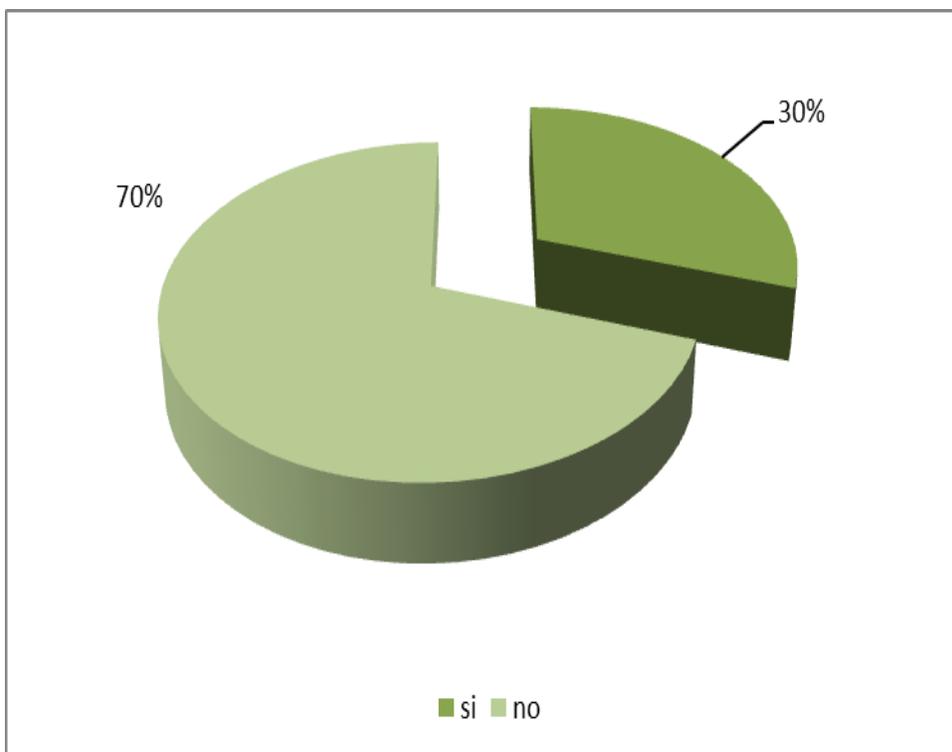
**Estilos de vida saludables según dimensión Psicológica en pacientes con insuficiencia renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis y DPA Hospital Regional ISSS Santa Ana**

<b>ENUNCIADOS</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Tengo un estado de ánimo habitualmente bueno	40	30%
Frente a un problema personal inesperado reacciono con calma	38	25%
Frecuentemente converso de mi enfermedad con mis familiares	114	75%
Sigo las indicaciones del tratamiento prescrito por el médico	130	85%
Me siento satisfecho de las actividades cotidianas que puedo realizar actualmente	76	50%

Fuente: Entrevista de pacientes del programa de hemodiálisis y DPA.

### GRÁFICO N° 15

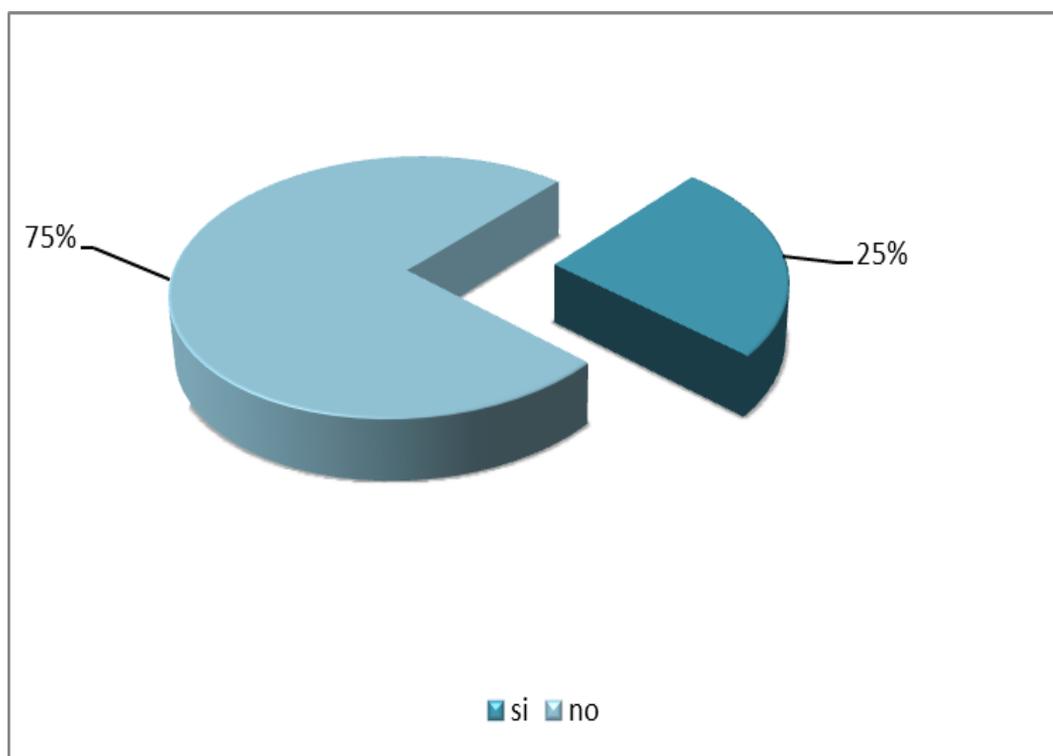
**Estilos de vida saludables según dimensión Psicológica en pacientes con insuficiencia renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis y DPA Hospital Regional ISSS Santa Ana, tienen un estado de ánimo habitualmente bueno.**



Fuente: Entrevista de pacientes del programa de hemodiálisis y DPA.

### GRÁFICO N° 16

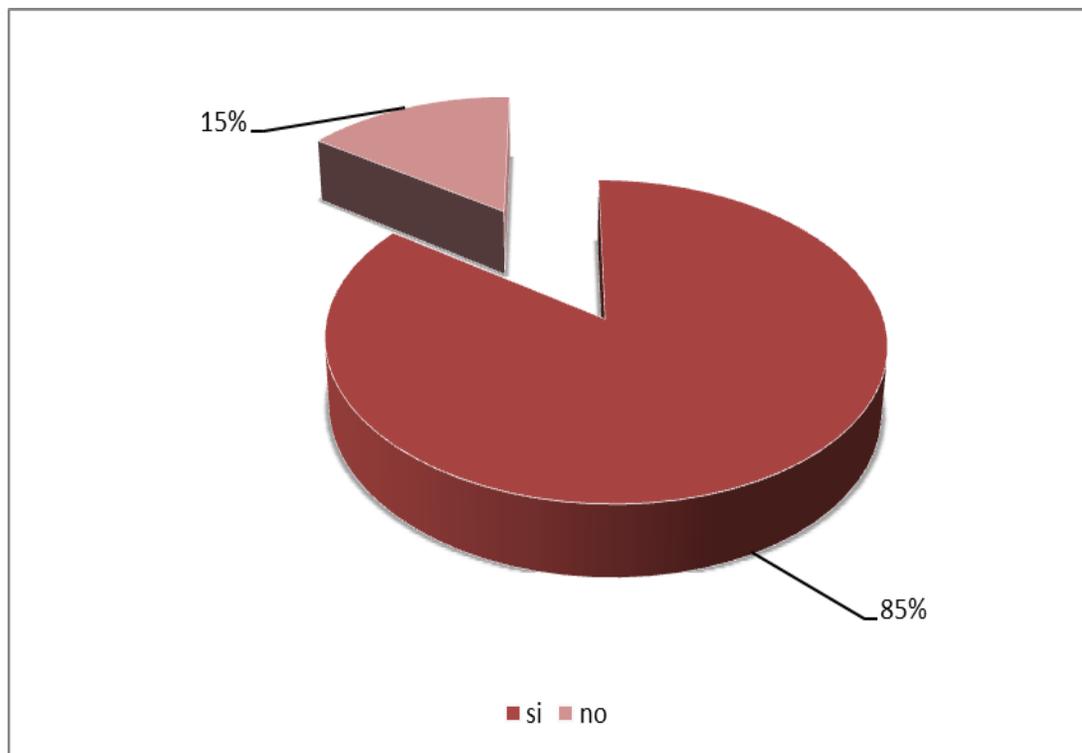
Estilos de vida saludables según dimensión Psicológica en pacientes con insuficiencia renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis y DPA Hospital Regional ISSS Santa Ana, frente a un problema personal inesperado reaccionan con calma.



Fuente: Entrevista de pacientes del programa de hemodiálisis y DPA.

### GRÁFICO N° 17

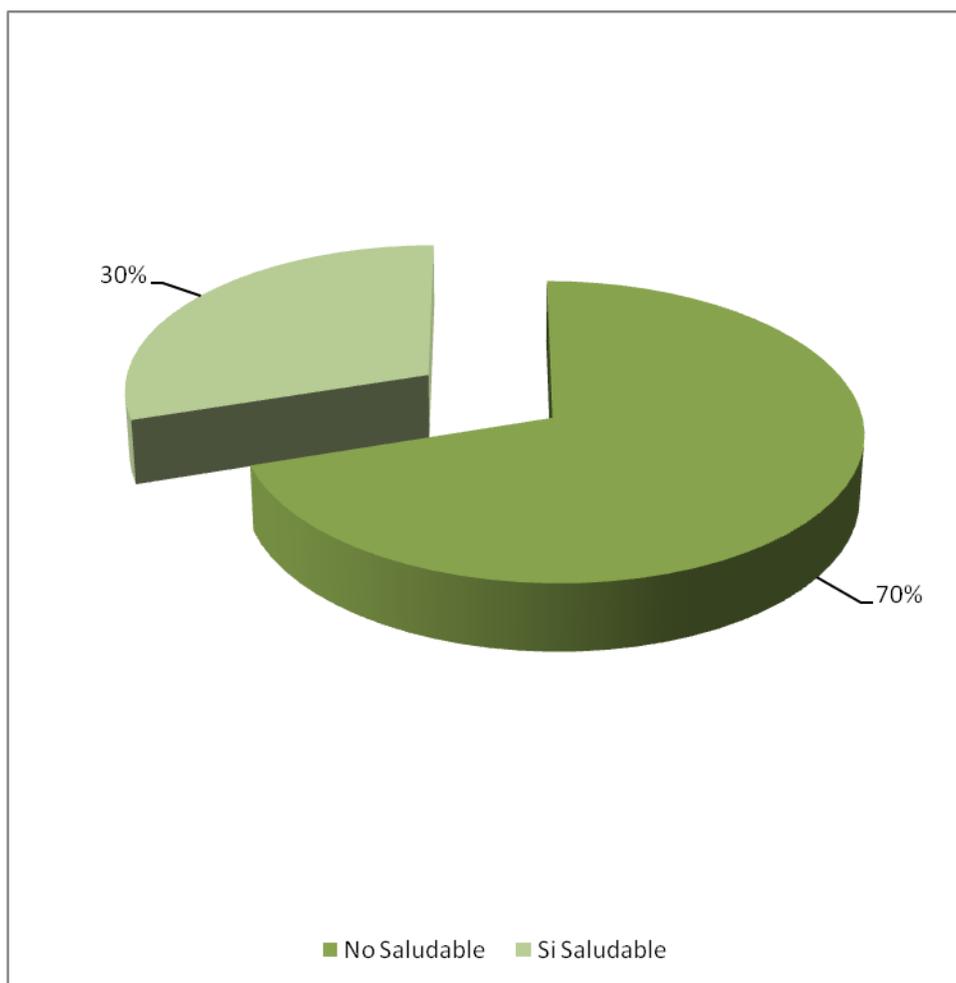
**Estilos de vida saludables según dimensión Psicológica en pacientes con insuficiencia renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis y DPA Hospital Regional ISSS Santa Ana siguen las indicaciones prescritas por el medico**



Fuente: Entrevista de pacientes del programa de hemodiálisis y DPA.

## GRÁFICO N° 18

**Estilos de vida de los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Tratamiento de Hemodiálisis en la Dimensión Psicológica Hospital Regional ISSS Santa Ana**



Fuente: Entrevista de pacientes en el programa de hemodiálisis y DPA

**TABLA N° 19**

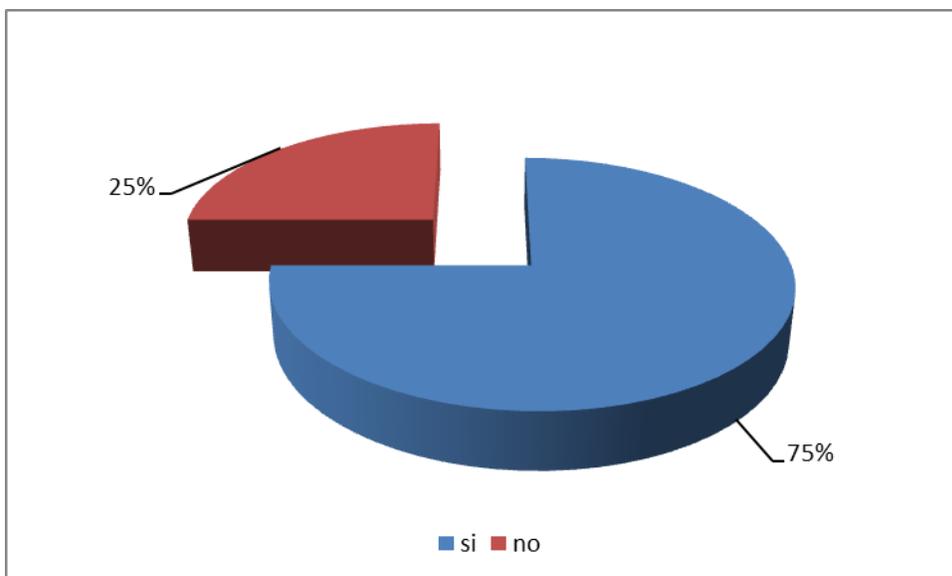
**Estilos de vida saludables según dimensión social en Pacientes con insuficiencia renal crónica con Tratamiento de hemodiálisis Hospital Regional ISSS Santa Ana**

<b>ENUNCIADOS</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
La comunicación con mi familia es buena	114	75%
Cuando realizan reuniones familiares en mi hogar siempre participo.	38	25%
Tengo buena comunicación con mis amigos	40	30%

Fuente: Entrevista de pacientes en el programa de diálisis y DPA.

### GRÁFICO N° 19

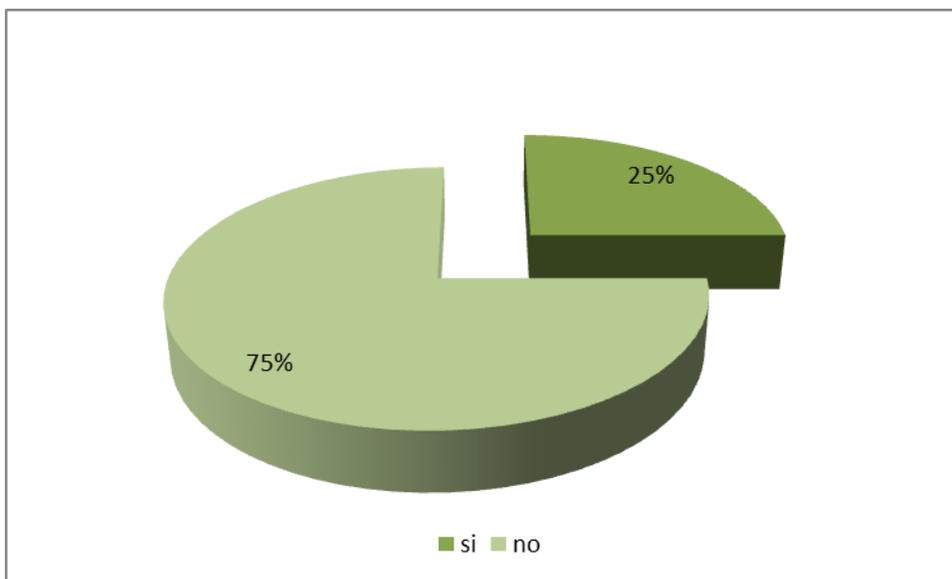
**Estilos de vida saludables según dimensión social en Pacientes con insuficiencia renal crónica con Tratamiento de hemodiálisis Hospital Regional ISSS Santa Ana, la comunicación con los familiares es buena.**



Fuente: Entrevista de pacientes en el programa de diálisis y DPA.

## GRÁFICO N° 20

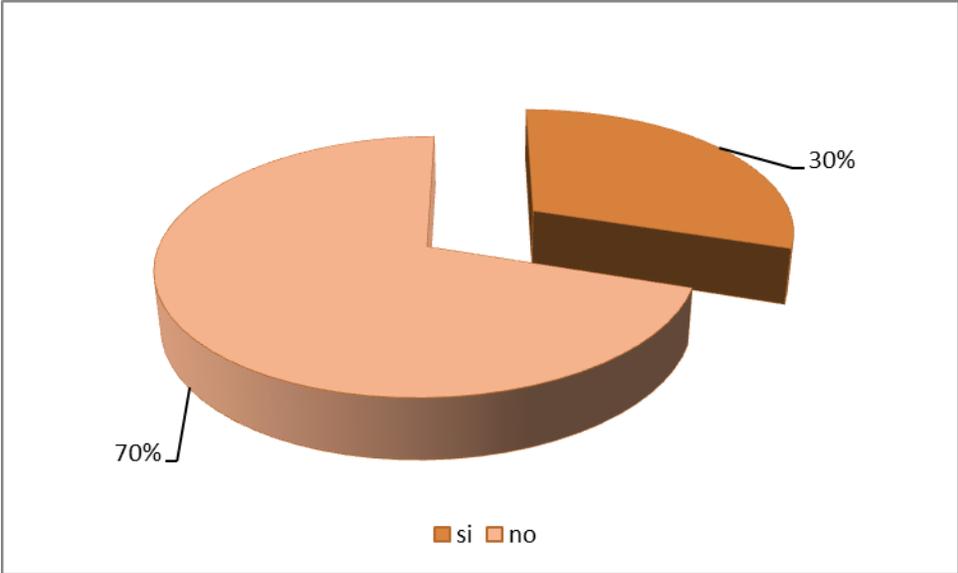
Estilos de vida saludables según dimensión social en Pacientes con insuficiencia renal crónica con Tratamiento de hemodiálisis Hospital Regional ISSS Santa Ana, cuando realiza reuniones familiares en el hogar siempre participan.



Fuente: Entrevista de pacientes en el programa de diálisis y DPA.

**GRÁFICO N° 21**

**Estilos de vida saludables según dimensión social en Pacientes con insuficiencia renal crónica con Tratamiento de hemodiálisis Hospital Regional ISSS Santa Ana, tienen buena comunicación con los amigos.**



Fuente: Entrevista de pacientes en el programa de diálisis y DPA.

## **VI. DISCUSION**

Se puede observar que la mayoría de pacientes provienen del área rural en cuanto a la percepción de los encuestados no tienen una calidad de vida aceptable. Lo que se podría explicar por el cansancio que les ocasionan los viajes que realizan periódicamente, disponer de una mayor cantidad de tiempo y un gasto extra tanto económico como psicológico.

En relación a las patologías crónicas asociadas que presenta la población en estudio, se puede señalar que presenta Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus combinadas presentan el 70% de los casos. Cabe señalar que la mayoría de los pacientes encuestados presentan dos patologías más, a parte de la insuficiencia renal crónica. Dato importante, si se considera que mientras más patologías presente una persona, su calidad de vida podría verse más afectada, por todo lo que significa vivir con una enfermedad para toda la vida.

Ocurre que más del 50% de pacientes con insuficiencia renal crónica en Tratamiento de hemodiálisis DPA presentan estilos de vida no saludables, tanto a nivel físico, social como psicológico colocándose en situación de riesgo para su enfermedad, alterando de esta manera su calidad de vida y aumentando el riesgo a complicaciones observando en las gráficas que la mayoría de pacientes son pensionados en donde la vejez contribuye como factor predisponen a la insuficiencia renal crónica.

Es importante resaltar en el estudio que el 75% de los pacientes refieren consumir gaseosas. El consumo habitual de la gaseosa es una de las causas del letal avance de la diabetes en nuestro medio y el mundo entero, debemos recordar que dicha enfermedad está muy relacionada con la insuficiencia renal, por ser una de sus principales causas.

También se puede destacar del presente estudio que el 61% de pacientes no tienen la cultura o el hábito del baño diario. La infección del acceso vascular es una complicación común en los pacientes en diálisis, pero es a la vez evitable con unas buenas prácticas higiénicas, acompañado de una serie de cuidados generales básicos.

El 75% de pacientes de este estudio no tienen horario para dormir, el paciente renal con alteraciones de sueño altera su funcionamiento no solo les afecta su calidad de vida sino el funcionamiento a los que la padecen.

Con respecto a los estilos de vida a nivel de la dimensión psicológica de los pacientes con IRC con tratamiento de hemodiálisis hay un predominio considerable de los estilos de vida no saludables en esta dimensión, principalmente en los enunciados relacionados al estado de ánimo.

En torno al estado de ánimo de los pacientes se resalta que el 60% refieren no tener un estado de ánimo habitualmente bueno y el 62% refiere no reaccionar con calma frente a un problema personal inesperado. Estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento de hemodiálisis; otras reacciones frecuentes son la hostilidad y la ira, muchas veces asociado a como afronte el paciente su enfermedad.

En torno a las actividades cotidianas que puede realizar actualmente un 50% refiere que no se siente satisfecho por ser más dependiente si recordamos estos pacientes la mayoría son pensionados siempre necesitan de un acompañante.

Por ello, de acuerdo a los resultados del presente estudio, es preocupante encontrar un significativo número de pacientes que presentan estilos de vida no saludables en la dimensión psicológica, ya que esta va a afectar en el manejo adecuado del tratamiento, expresados en la no adherencia a la hemodiálisis e incumplimiento de las restricciones dietéticas

Con respecto a los estilos de vida a nivel de la dimensión social de los pacientes con IRC con tratamiento de hemodiálisis hay un predominio considerable de los estilos de vida no saludables en esta dimensión, principalmente en los enunciados relacionados con la participación en reuniones familiares. Existe una relación entre el apoyo social y la sobrevida en el caso de enfermedades crónicas, es decir un bajo nivel de apoyo social refiere un aumento de la morbilidad y mortalidad en estos pacientes; este apoyo social se refiere a los aspectos psicosociales y a la ayuda que provee la red social y que recibe la persona.

Se puede resaltar en el estudio que el 75% de los pacientes refieren no participar en reuniones familiares. Este es un momento donde la familia comparte experiencias, emociones entre cada uno de los miembros, además donde se promueve la integralidad y se fortalecen los lazos familiares. Dentro de las redes de apoyo social se destaca el rol de la familia, que constituye un núcleo fundamental de apoyo y comprensión, se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud.

## VII. CONCLUSIONES

1. Con respecto a la procedencia la mayoría que están en el programa de Hemodiálisis provienen del Departamento de Santa Ana .y los que están en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria la mayoría provienen del Departamento de Sonsonate y ambas el mayor porcentaje provienen del área rural, el sexo masculino es el predominantemente en los de hemodiálisis.el grupo etario predomina entre las edades 50 a 69 años en ambos programas  
Respecto a la ocupación los que están en el programa de Hemodiálisis son los que están desempleados y los que están en el programa de Diálisis Ambulatoria son los trabajadores de Servicio y vendedores de comercio y mercados.Respecto a la etiología los que están en el programa de Hemodiálisis la Hipertensión es la primera causa con tanto masculino como femenino.
2. A nivel de la dimensión física la mayoría de los pacientes encuestados presentan estilos de vida saludables, esto referido a que consumen sus comidas principales en un mismo horario, consumen carne de res y/o vísceras una vez a la semana, consumen alimentos bajos en sal, ingieren sus alimentos mayormente sancochados, controlan su ingesta de líquidos, no consumen alcohol, consumen medicamentos prescritos por el médico.
3. A nivel de la dimensión psicológica la mayoría de los pacientes encuestados presentan estilos de vida no saludables, esto referido a que no tienen un estado de ánimo habitualmente bueno, no reaccionan con calma frente a un problema personal inesperado, no se sienten satisfechos de las actividades cotidianas que pueden realizar, afectando su dimensión interna.
4. A nivel de la dimensión social la mayoría de los pacientes encuestados presentan estilos de vida no saludables, esto referido a que no participan en reuniones familiares en el hogar y un significativo número de pacientes no tienen buena comunicación con su familia y amigos, lo cual afecta con mayor intensidad su equilibrio emocional.

## **VIII. RECOMENDACIONES.**

### **A la Dirección General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social**

1. Poner en práctica la política nacional para prevención de la enfermedad renal en todas las instituciones estatales y privadas e incentivar a los políticos que se promulgue una ley para la prevención de la enfermedad renal.
2. Establecer campañas de prevención orientadas a la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus
3. Promover el uso adecuado de antibióticos y analgésicos.
4. Promover en las instituciones públicas y privadas estilo de vida saludable.

### **A NIVEL INSTITUCIONAL ISSS. SANTA ANA:**

1. Promover estrategias de promoción de estilos de vida saludables, prevención y detección precoz que orienten a los pacientes en la autogestión de la salud.
2. Realizar campañas de información y sensibilización de la población sobre el consumo de alimentos y su relación con el desarrollo de hipertensión arterial.
3. Elaborar con las administraciones sanitarias (autonómicas y locales) planes de salud renal encaminados a identificación de poblaciones de riesgo.
4. Promover el adecuado cumplimiento de las guías de manejo y derivación de pacientes con ERC a consultas especializadas
5. Establecer estrategias específicas para la Prevención y Control de los Factores de Riesgo Cardio-Vascular y Diabetes en la población general y de riesgo (HTA, tabaquismo, dislipidemia, obesidad, etc).
6. En cuanto a los estilos de vida de los pacientes incentivar al personal puede centrarse más en las necesidades reales de la persona y no verlo sólo como un enfermo, sino como un “ser humano biopsicoespiritual”, es decir, abordarlo de una manera más integral, que incluye sus valores, creencias y

percepciones. Este conocimiento permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando cada persona en particular.

7. Realizar estudios cuasi experimentales aplicando un programa educativo en los pacientes, con la finalidad de evaluar los estilos de vida antes y después el programa de intervención educativa.
  
8. Incentivar a las autoridades locales dada la tendencia actual, es decir, el aumento que ha experimentado, las enfermedades crónicas, en especial la IRC, dentro de la población, es importante, para el personal de salud poner atención en los diferentes niveles de atención. Sobre todo lo que es a nivel Primario, pues es en donde se pueden prevenir y/o mantener a este tipo de pacientes controlados y educados acerca de las complicaciones a las que puede llevarlos un mal manejo de sus patologías.

## **IX. BIBLIOGRAFIA.**

Amaya de López N, Rovira MD, Lozano R. Determinación de la contaminación por plaguicidas en agua, suelo, sedimentos y camarones en los cantones Salinas del Potrero y Salinas de Sisiguayo en la Bahía de Jiquilisco [Internet]. San Salvador:

Alfonzo JP. De niciones de sobrepeso y obesidad. In: Alfonso JP, editor. Obesidad. Epidemia del siglo XXI. Havana: Editorial Científico-Técnica; 2008. p. 175–92. Spanish.

Ansell D, Feest T, editors. UK renal registry report 2004. Bristol: UK Renal Registry; 2004.

Ansell D, Feest T, editors. UK renal registry report 2004. Bristol: UK Renal Registry; 2004.

Barsoum RS. Chronic Kidney Disease in the Developing World. *New Engl J Med*. 2006 Mar 9;354(10):997–9.

Cala H., Roso Alfredo, *Nefrología*, Editorial CIB, 3ª edición, Medellín, Colombia, 1993.

Claves del proceso de información y elección de modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. *REVISTA ALCER* 151 24/12/09 10:44 Página 10

Documento de Consenso 2002 sobre pautas de detección, prevención y tratamiento de la nefropatía diabética en España. *Nefrología*, 2002;22(6):521-530 *Española de Nefrología*. [Publicación periódica en línea]. Se consigue en: URL:www.senefro.org. Fecha de acceso: oct. - nov. 2009

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS  
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

Expert Panel on the Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001 May 16;285(19):2486–97.

Francisco ALM. Sostenibilidad y equidad del tratamiento sustitutivo de la función renal en España. Nefrología 2011; 31:241-6

Ganong, William F. Fisiología Médica, Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., 9ª edición, México, 1983

Grupo de Apoyo al Desarrollo de la Diálisis Peritoneal en España. GADDPE. La diálisis peritoneal en la planificación integral del tratamiento sustitutivo renal. Sociedad Española de nefrología (S.E.N.), GADDPE y Fundación Renal ALCER.  
[www.alcer.org](http://www.alcer.org)

Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Anuario Estadístico 2009

Insuficiencia renal desde Enfermería de Atención Primaria. Faecap 2013.  
<http://www.faecap.com/pages/index/estrategia-en-enfermedad-renal-cronica>

Juárez XE, Benitez JA, Quezada Galdamez R, Cerritos R, Aguilar Clara R. Prevalencia del Síndrome Metabólico en la población urbana de San Salvador. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes [Internet]. 2006 Mar [cited 2009 May 8];14(1). Available from: <http://revistaalad.com.ar/website/articulo.asp?id=3>. Spanish.

Julián JC, Molinuevo JA, Sánchez JC. La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal. *Nefrología* 2012; 32(4):439-445

KDOQI. Clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for diabetes and chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis.* 2007 Feb;49(2 Suppl 2): S12–154.

Kurella M, Lo JC, Chertow GM. Metabolic syndrome and the risk for chronic kidney disease in non diabetic adults. *JASN.* 2005 Jul 1;16(7): 2134–40

Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation.

LÓPEZ K Y OTROS. Informe de Diálisis y Trasplante año 2001 de la Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos. *Nefrología* 2004;1:21-33

National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002 Feb;39(2 Suppl 1):S1–266.

McClellan WM. Epidemiology and risk factors for chronic kidney disease. *Med Clin North Am.* 2005 May;89(3):419–45

Martin, David W. Jr. *Bioquímica de Harper*, Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., 10 edición Mexico, 1986

Meguid El Nahas A, Bello AK. Chronic kidney disease: the global change. *Lancet.* 2005 Jan 22-28;365(9456):331–40.

Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Ann Intern Med. 1999 Mar 16;130(6):461-70.

Orrego M, Arturo. Fundamentos de Medicina Interna, Endocrinología, Editorial Carvajal. S.A., 4ª edición. Colombia, 1991

PRAGA M, HERNANDO L. Causas de Insuficiencia Renal Crónica y sus Mecanismos de Progresión. Nefrología clínica. 2a edición. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2003. p. 706

PAZMIÑO L. Y OTROS. Normas de Actuación Clínica de la Sociedad

RODRÍGUEZ L. Insuficiencia Renal Oculta por Valoración de la Función Renal, Rev Cubana Epidemiol 2002; 24 (5):144-51

T. R. Harrison, Principios de Medicina Interna, Editorial McGraw - Hill, 10ª edición, Mexico, 1986

United States Renal Data System (USRDS). 2004 annual report. Am J Kidney Dis. 2005;45(Suppl. 1).

WINEARLS C. Evaluación y Manifestaciones Clínicas en Insuficiencia Renal Crónica, Comprehensive clinical nephrology, 2nd ed. London, editorial Mosby, 2003. p. 872.

Zhang QL, Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. BMC Public Health. 2008 Apr 11;8:117.

## FUENTES ELECTRONICAS

Agha, Irfan A. Síndrome de Alport, Departamento de Medicina, St. Louis University, St. Louis, MO, proporcionado por VeriMed Healthcare Network, [http://www.umm.edu/esp\\_encv/article/000504.htm](http://www.umm.edu/esp_encv/article/000504.htm)

Espinosa, Nolasco. Efectos del uso de Antiinflamatorios no Esteroidales sobre el Funcionamiento Renal, proporcionado por NefroRed <http://www.nefrored.8m.net/fisiologia3.htm>

Knowles, David R. Orina Sanguinolenta, Scottsdale Urologic Surgeons, Scottsdale AZ, proporcionado por VeriMed Healthcare Network, [http://www.umm.edu/esp\\_encv/article/003138.htm](http://www.umm.edu/esp_encv/article/003138.htm)

.

Mosenkis, Ari. Insuficiencia Renal Aguda, Universidad de Pensylvania Medical Center, Philadelphia, PA, proporcionado por VeriMed Healthcare Network, [http://www.umm.edu/esp\\_encv/article/000501.htm](http://www.umm.edu/esp_encv/article/000501.htm)

Mushnick, Robert. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, Enciclopedia Medica: Insuficiencia Renal Crónica, SUNY Downstate Health Center Brooklyn, NY. proporcionado por VeriMed Healthcare Network, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/print/ency/article/000471.htm>

.

Mushnick, Robert. Cálculos Renales, SUNY Downstate Health Center Brooklyn, NY. proporcionado por VeriMed Healthcare Network, [http://www.umm.edu/e\\_sp\\_encv/article/000458.htm](http://www.umm.edu/e_sp_encv/article/000458.htm)

.

Mushnick, Robert. Enfermedad Poliquística del Riñón, SUNY Downstate Health Center Brooklyn, NY. proporcionado por VeriMed Healthcare Network, [http://www.umm.edu/e\\_sp\\_encv/article/000502.htm](http://www.umm.edu/e_sp_encv/article/000502.htm)

Mushnick, Robert. Glomerulonefritis, SUNY Downstate Health Center Brooklyn, NY. proporcionado por VeriMed Healthcare Network, [http://www.umm.edu/esp\\_encv/article/000484.htm](http://www.umm.edu/esp_encv/article/000484.htm)

Mushnick, Robert. Insuficiencia Renal Crónica, SUNY Downstate Health 33 Center Brooklyn, NY. proporcionado por VeriMed Healthcare Network, [http://www.umm.edu/esp\\_encv/article/000471.htm](http://www.umm.edu/esp_encv/article/000471.htm)

Mushnick, Robert. Nefropatía por Analgésicos, SUNY Downstate Health Center Brooklyn, NY. proporcionado por VeriMed Healthcare Network, [http://www.umm.edu/esp\\_encv/article/000482.htm](http://www.umm.edu/esp_encv/article/000482.htm)

Mushnick, Robert. Nefropatía por Reflujo, SUNY Downstate Health Center Brooklyn, NY. proporcionado por VeriMed Healthcare Network, [http://www.umm.edu/esp\\_encv/article/000459.htm](http://www.umm.edu/esp_encv/article/000459.htm)

Najafian, Nader. Hipertensión, Harvard Medical School, Boston, MA. proporcionado por VeriMed Healthcare Network, [http://www.umm.edu/esp\\_encv/article/000468.htm](http://www.umm.edu/esp_encv/article/000468.htm)

Scott M. Gilbert. Uropatía Obstruictiva, Department of Urology, Columbia - Presbyterian Medical Center, New York, NY, proporcionado por VeriMed Healthcare Network, [http://www.umm.edu/esp\\_encv/article/000507.htm](http://www.umm.edu/esp_encv/article/000507.htm)

Shands Health Care, Nefropatía por Analgésicos, enero 2001, Proporcionado por VeriMed Healthcare Network, [http://www.shands.org/health/spanish/esp\\_ency/article/000482.htm](http://www.shands.org/health/spanish/esp_ency/article/000482.htm)

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA**

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**FORMULARIO DE ENTREVISTA DE  
ACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

**OBJETIVO:**

Conocer los factores de riesgo asociados al padecimiento de la Insuficiencia Renal Crónica, en pacientes atendidos Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana, centro de referencia para derechohabientes de la Región Occidental, en el periodo de JULIO a DICIEMBRE de 2016

Correlativo

Edad  Sexo  Expediente  Calidad C  B  P    
H

Dirección \_\_\_\_\_ actual

Qué \_\_\_\_\_ trabajo \_\_\_\_\_ acostumbra \_\_\_\_\_ realizar

1.Albañil \_\_\_ 2.Jornalero \_\_\_ 3.Agricultor \_\_\_ 4. Mecánico \_\_\_ 5.Pintor \_\_\_ 6. Otros  
\_\_\_\_\_

1. Historia familiar de litíasis renal

SI

NO

2. En su familia hay historia de enfermedades renales hereditarias

SI

NO

3. Existe historia de Insuficiencia Renal Crónica familiar

SI  NO

4. Ha padecido de litiasis renal (cálculos)

SI

NO

5. Ha padecido de Infecciones de Vías Urinarias frecuentes

SI

NO

6. Padecía de Hipertensión Arterial previa a la Insuficiencia Renal Crónica

SI

NO

7. Padecía de Diabetes Mellitus previa a la Insuficiencia Renal Crónica

SI

NO

8. Padece de Hipertrofia prostática benigna (sólo en >40 años)

SI

NO

9. Ha padecido de Faringoamigdalitis aguda a repetición previa a la Insuficiencia Renal Crónica, con que frecuencia

SI

NO

a- De 4 a 6 veces por año

c- De 6 a 8 veces por año

b- De 6 a 8 veces por año

d- Más de 8 veces por año

10. Qué cantidad de vasos de agua al día acostumbra a ingerir:

a- Menor de 4       b-De 4 a 6       c- De 6 a 8       d-Más de 8

11. Acostumbra a usar frecuentemente -2 o mas veces por semana durante al menos 10 años- insecticidas caseros de que tipo  SI  NO \_\_\_\_\_

12. Utiliza frecuentemente antibióticos –cada 2 a 3 meses por un período de 10 o mas años- de que tipo  SI  NO \_\_\_\_\_

13. Acostumbra a usar con frecuencia algún tipo de analgésicos SI  NO

Si la respuesta es si marque:

i. Acetaminofen \_\_\_\_\_

ii. ASA \_\_\_\_\_

iii. AINES \_\_\_\_\_

14. Ingirió analgésicos por períodos prolongados (1 año o mas)

SI

NO

## ANEXO 2

### MATRIZ DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

#### INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL



Estatus: Activo -  
Nuevo Paciente

HOSPITAL REGIONAL DE SANTA ANA



#### Movimiento de Pacientes del Servicio de Nefrología

Mes  
:

Centro de  
Costo:

Nº de Afiliación	Nº de DUI	Nombre del Paciente	Tipo de Asegurado	Tratamiento	Estatus	Razón	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Estado Civil	Nivel de Educación	Ocupación	Nivel Económico	Etiología	Zona	Depto	Municipio

Códigos a utilizar en las diferentes columnas:

Tipo de Asegurado:

- 1- Trabajador Cotizante
- 2- Pensionado
- 3- Cónyuge o Compañero de Vida
- 4- Hijos de Empleados ISSS
- 5- Padres de Empleados ISSS
- 6- No Asegurados
- 7- Cesantes

Tratamiento:

- 1 - HD
- 2 - DP
- 3 - DPCA
- 4 - DPA

Estado Civil:

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Divorciado
- 4. Viudo
- 5. Acompañado

Ocupación:

- 0. Ocupaciones m
- 1. Directores y ge
- 2. Profesionales, c
- 3. Técnicos y prof
- 4. Personal de ap
- 5. Trabajadores d
- 6. Pesqueros y ag
- 7. Oficiales, opera
- 8. Operarios de in
- 9. Ocupaciones el
- 10. Desempleados

Estatus: 1- Activo  
2 - Pasivo

Razón de Actividad:

- 1- Primera Vez
- 2- Subsecuente
- 3 - Reingreso

Nivel de Educación:

- 1. Primaria (1 – 6 grado)
- 2. Tercer Ciclo (7 – 9 grado)
- 3. Bachillerato
- 4. Universitario
- 5. Ninguna

Sexo: 1- Masculino  
2- Femenino

## INDICE DE TABLAS.

**TABLA N 1**

**Procedencia de los casos por departamento de hemodiálisis**

<b>Departamento</b>		
Ahuachapán	19	15%
Santa Ana	53	43%
Sonsonate	44	35%
Otros	8	7%
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estadísticos de Nefrología, más entrevistas.

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana la procedencia de los pacientes que están en el programa de Hemodiálisis proceden en mayor porcentaje del departamento de Santa Ana. Seguido de muy de cerca del departamento de Sonsonate, y Ahuachapán y en menor porcentaje de otros.

**TABLA N 2**

**Procedencia de los casos por departamento de diálisis peritoneal ambulatoria**

<b>Departamento</b>		
Ahuachapán	4	14%
Santa Ana	12	41%
Sonsonate	13	45%
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Fuente: estadísticos de nefrología más entrevistas.

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana la procedencia de los pacientes en el programa de Diálisis peritoneal ambulatoria en mayor porcentaje proceden del departamento de Sonsonate, seguido muy de cerca de Santa Ana en menor porcentaje de Ahuachapán.

**TABLA N 3**

**Área de procedencia de hemodiálisis**

<b>ZONA</b>		
Urbana	50	40%
Rural	74	60%
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

Fuente. Estadísticos de Nefrología, más entrevistas

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana el mayor porcentaje de área de procedencia de los pacientes en el programa de hemodiálisis es de la zona Rural.

**TABLA N 4.**

**Área de procedencia de diálisis peritoneal ambulatoria**

<b>ZONA</b>		
Urbana	14	48%
Rural	15	52%
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Fuente: expediente de pacientes más entrevistas.

En el Hospital Regional ISSS de Santa Ana de los pacientes en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria el área de procedencia en un mayor porcentaje es rural.

**TABLA N 5**

**PROCEDENCIA DE LOS CASOS SEGÚN DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO.HD**

En el Hospital Regional del ISSS de Santa Ana de los pacientes del programa de Hemodiálisis la mayor procedencia en cuanto al Departamento de Santa Ana corresponde al Municipio de Santa Ana seguido de Chalchuapa.

En cuanto al departamento de Ahuachapán le corresponde al Municipio de Ahuachapán. En cuanto al departamento de Sonsonate le corresponde la mayor procedencia al municipio de Acajutla.

**TABLA N 5**

**Procedencia de los casos según departamento y municipio de hemodiálisis  
Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana**

Santa Ana			Ahuachapán			Sonsonate			La Libertad			San Miguel		
Chalchuapa	7	13%	Ahuachapán	11	58%	Acajutla	11	25%	Antiguo Cuscatlán	1	14%	San Miguel	1	100%
Coatepeque	2	4%	Ataco	1	5%	Armenia	1	2%	Ciudad Arce	4	57%			
El Congo	2	4%	Atiquizaya	1	5%	Cara Sucia	1	2%	La Libertad	1	14%			
El Porvenir	1	2%	Guaymango	1	5%	Cuisnahuat	1	2%	San Juan Opico	1	14%			
Los Naranjos	1	2%	Jujutla	1	5%	Izalco	3	7%						
Metapán	3	6%	Sn Fco. Menéndez	1	5%	Juayua	1	2%						
Santa Ana	35	66%	Turín	3	16%	Nahuizalco	3	7%						
Texistepeque	1	2%	Tacuba	1	2%	Sn Antonio del Monte	1	2%						
						Sonsonate	18	41%						
						Sonzacate	4	9%						
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estadísticos de Nefrología, más entrevistas

En el Hospital Regional del ISSS de Santa Ana de los pacientes del programa de Hemodiálisis la mayor procedencia en cuanto al Departamento de Santa Ana corresponde al Municipio de Santa Ana seguido de Chalchuapa.

En cuanto al departamento de Ahuachapán le corresponde al Municipio de Ahuachapán. En cuanto al departamento de Sonsonate le corresponde la mayor procedencia al municipio de Acajutla.

**TABLA N 6****Procedencia de los casos según departamento y municipio de diálisis peritoneal ambulatoria**

<b>Santa Ana</b>			<b>Ahuachapán</b>			<b>Sonsonate</b>		
Metapán	2	33%	San Francisco Menéndez	1	50%	Izalco	2	29%
Santa Ana	4	67%	Turín	1	50%	Nahuizalco	1	14%
						Sonsonate	2	29%
						Sonzacate	2	29%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estadísticos de Nefrología, más entrevistas

En el Hospital Regional del ISSS de Santa Ana los pacientes del programa de Diálisis peritoneal Ambulatoria la mayor procedencia del departamento de Santa Ana corresponde al municipio de Santa en el departamento de Ahuachapán le corresponde a municipio de Turín. Con respecto al departamento de Sonsonate le corresponde a los municipios de Izalco, Sonsonate y Sonzacate igual porcentaje.

**TABLA N 7****CARACTERISTICAS POBLACIONALES. HD**

En el hospital Regional de ISSS de Santa Ana en el programa de hemodiálisis con respecto a la población existe un predominio del sexo masculino siendo la razón masculina. Femenino de 2.75.con una media de edad de 48.1.

**TABLA N 7**

**Características poblacionales hemodiálisis Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana**

<b>SEXO</b>	<b>PARAMETRO</b>
MASCULINO	91
FEMENINO	33
TOTAL DE CASOS	124
RELACION M-F	2.75
PORCENTAJE DE MASCULINO	73%
PORCENTAJE FEMENINO	27%
MEDIA DE EDAD.	48.1

Fuente: Estadísticos de Nefrología, más entrevistas

**TABLA N 8**

**CARACTERISTICAS POBLACIONALES. DPA**

En el hospital regional ISSS de Santa Ana los pacientes en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria el mayor porcentaje son de sexo femenino siendo la razón de 0.93 Masculino. Femenino con una media de edad de 51.8

**TABLA N 8**

**Características poblacionales hemodiálisis Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana**

<b>SEXO</b>	<b>PARAMETRO</b>
MASCULINO	14
FEMENINO	15
TOTAL DE CASOS	29
RELACION M-F	0.93
PORCENTAJE DE MASCULINO	48%
PORCENTAJE FEMENINO	52%
MEDIA DE EDAD.	51.8

Fuente: Estadísticos de Nefrología, más entrevistas

## **TABLA N 9**

### **GRUPO ETARIO POR SEXO.HD**

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Hemodiálisis con respecto al grupo etario predominan entre las edades de 50 a 59 años tanto en masculino como en femenino.

## **TABLA N 10**

### **GRUPO ETARIO POR SEXO.DPA**

En el hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria el grupo etario predomina en el sexo masculino es 60 a 69 años en cuanto al sexo femenino los rangos son 40 a 69 años.

## **TABLA N 11**

### **OCUPACION GENERAL DE LOS PACIENTES HD**

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Hemodiálisis la ocupación de los pacientes tanto en masculino como en femenino son desempleados (Pensionados)

**TABLA N 11****Ocupación general de los pacientes hemodiálisis Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana**

<b>Ocupaciones</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>TOTAL</b>	
Director general	13	2	15	12%
Profesionales, científicos, intelectuales	3	1	4	3%
Técnicos y profesionales de nivel medio	4	1	5	4%
Persona de apoyo administrativo	2	6	8	6%
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercados	2	1	3	2%
Pesqueros y agricultores	3	0	3	2%
Oficiales, operarios, artesanos de arte mecánica y otros oficios	7	1	8	6%
Operarios de instalaciones y máquinas y ensambladores	5	0	5	4%
Ocupaciones elementales	4	0	4	3%
Desempleados	43	25	68	55%
Cesantes	1	0	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>37</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estadísticos de Nefrología, más entrevistas

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Hemodiálisis la ocupación de los pacientes tanto en masculino como en femenino son desempleados (Pensionados)

## **TABLA N 12**

### **OCUPACION GENERAL DE LOS PACIENTES DPA**

En el Hospital Regional del ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria la ocupación con mayor porcentaje los pacientes tanto masculino como Femenino son los desempleados(Pensionados)

## **TABLA N 13**

### **Etiología HD**

En el hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes del programa de hemodiálisis la etiología más frecuente tanto masculino como Femenino es la Hipertensión Arterial.

## **TABLA N 14**

### **Etiología DPA**

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria la etiología más frecuente en el sexo masculino son la Hipertensión Arterial y la Diabetes y en la mujer es la Hipertensión Arterial.

## **TABLA N 15**

### **Tasas general de factores de riesgo y específico por sexo por 100 casos HD**

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Hemodiálisis se observan una mayor tasa tanto en sexo masculino como femenino como es la Hipertensión Arterial.

## **TABLA N 16**

### **Tasas general de factores de riesgo y específico por sexo por 100 casos DPA**

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria se observa que la mayor tasa en el sexo masculino corresponde a Diabetes más Hipertensión Arterial y el femenino la hipertensión Arterial.

**TABLA N°17**

**Estilos de vida saludables según dimensión física en Pacientes con insuficiencia renal crónica con Tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria Hospital Regional Instituto Salvadoreño Seguro Social Santa Ana**

ENUNCIADOS	Frecuencia	
	N°	%
Consumo mis comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) en un mismo horario.	93	61%
Consumo carne de res y/o vísceras una vez a la semana.	114	75%
Consumo alimentos bajos en sal.	92	60%
En relación a la preparación ingiero mis alimentos sancochados.	92	60%
Consumo 2 vasos de agua al día.	92	60%
Consumo en menor cantidad carne de res.	114	75%
No consumo alcohol.	130	85%
No consumo gaseosas.	38	25%
Me baño diariamente.	76	50%
Camino 30 minutos al día.	92	60%
Consumo medicamentos prescritos por el médico.	130	85%
Duermo como mínimo 6 horas en la noche.	74	49%
Tengo un horario de dormir.	38	25%
Acudo a las sesiones de hemodiálisis los días indicados.	130	85%

Fuente: Entrevista de pacientes en el programa de hemodiálisis y DPA

**TABLA 18.**

Estilos de vida saludables según dimensión psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis y DPA. Hospital Regional ISSS Santa Ana

**TABLA 19.**

Estilos de vida saludables según dimensión social en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis Hospital Regional ISSS Santa Ana

## **Índice de Gráficos**

### **GRÁFICOS N 1**

#### **PROCEDENCIA DE LOS CASOS POR DEPARTAMENTO DE HD**

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana la procedencia de los pacientes que están en el programa de Hemodiálisis proceden en mayor porcentaje del departamento de Santa Ana. Seguido de muy de cerca del departamento de Sonsonate, y Ahuachapán y en menor porcentaje de otros.

### **GRÁFICOS N 2**

#### **PROCEDENCIA DE LOS CASOS POR DEPARTAMENTO DE DPA**

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana la procedencia de los pacientes en el programa de Diálisis peritoneal ambulatoria en mayor porcentaje proceden del departamento de Sonsonate, seguido muy de cerca de Santa Ana en menor porcentaje de Ahuachapán.

### **GRÁFICOS N 3.**

#### **AREA DE PROCEDENCIA DE HD**

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana el mayor porcentaje de área de procedencia de los pacientes en el programa de hemodiálisis es de la zona Rural

### **GRÁFICOS N 4.**

#### **AREA DE PROCEDENCIA DE DPA**

En el Hospital Regional ISSS de Santa Ana de los pacientes en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria el área de procedencia en un mayor porcentaje es rural.

## **GRÁFICOS N 5**

### **PROCEDENCIA DE LOS CASOS SEGÚN DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO HD**

En el Hospital Regional del ISSS de Santa Ana de los pacientes del programa de Hemodiálisis la mayor procedencia en cuanto al Departamento de Santa Ana corresponde al Municipio de Santa Ana seguido de Chalchuapa.

En cuanto al departamento de Ahuachapán le corresponde al Municipio de Ahuachapán. En cuanto al departamento de Sonsonate le corresponde la mayor procedencia al municipio de Acajutla.

## **GRÁFICOS N 6**

### **PROCEDENCIA DE LOS CASOS SEGÚN DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DPA**

En el Hospital Regional del ISSS de Santa Ana los pacientes del programa de Diálisis peritoneal Ambulatoria la mayor procedencia del departamento de Santa Ana corresponde al municipio de Santa en el departamento de Ahuachapán le corresponde a municipio de Turín. Con respecto al departamento de Sonsonate le corresponde a los municipios de Izalco, Sonsonate y sonzacate igual porcentaje.

## GRÁFICOS N 9

### Grupo etareo por sexo hemodiálisis

Rango de edad				
Edad (años)	M	F	Total	%
20 -29	7	2	9	7 %
30- 39	17	10	27	22 %
40 -49	23	1	24	19 %
50- 59	28	12	40	32 %
60- 69	10	6	16	13 %
70 -79	6	1	7	6 %
79- 80	0	1	1	1 %
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>33</b>	<b>124</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Estadísticos de Nefrología, más entrevistas

En el Hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Hemodiálisis con respecto al grupo etario predominan entre las edades de 50 a 59 años tanto en masculino como en femenino.

## GRÁFICOS N 10

### Grupo etario por sexo diálisis peritoneal ambulatoria

Rango de edad				
Edad (años)	M	F	Total	
20 -29	1	3	4	14 %
30- 39	2	2	4	14 %
40 -49	1	3	4	14 %
50- 59	5	3	8	28 %
60- 69	6	2	8	28 %
70 -79	0	1	1	3 %
79- 80	0	0	0	0 %
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estadísticos de Nefrología, más entrevistas

En el hospital Regional ISSS Santa Ana los pacientes en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria el grupo etario predomina en el sexo masculino es 60...69 años en cuanto al sexo femenino los rangos son 40 a 69 años.

## ACRONIMOS

APS .....	Atención Primaria en Salud
D.M .....	Diabetes Mellitus.
D.P.A.....	Diálisis Peritoneal Ambulatoria.
E.R.C.A .....	Enfermedad Renal Crónica Autoinmune.
E.R.C .....	Enfermedad Renal Crónica.
E.R.P .....	Enfermedad Renal Poliquística.
H.D .....	Hemodiálisis.
H.T.A .....	Hipertensión Arterial.
I.R.A .....	Insuficiencia Renal Aguda.
I.R.C .....	Insuficiencia Renal Crónica.
I.S.S.S .....	Instituto Salvadoreño Seguro Social.
M.C .....	Malformaciones Congénitas.

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA EVALUAR LOS DE ESTILOS DE VIDA  
EN SU DIMENSIÓN FÍSICA, SICOLOGÍCA Y SOCIAL A LOS PACIENTES CON  
INSUFICIENCIA RENAL EN EL ISSS SANTA ANA**

**CUESTIONARIO**

**I. INSTRUCCIONES:**

A continuación, se presenta una serie de preguntas con alternativas múltiples a las cuales Ud. deberá responder marcando con un aspa (X) de acuerdo a lo que considere adecuado.

**II. DATOS GENERALES:**

1. Edad: \_\_\_\_\_ años 2. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )
3. Ocupación actual: a) Ama de casa ( ) b) empleado/obrero ( ) c) estudiante ( )  
d) Independiente ( ) e) jubilado ( ) f) Otros: (especifique) \_\_\_\_\_
4. Tiempo que tiene recibiendo hemodiálisis: \_\_\_\_\_

**III DATOS ESPECÍFICOS:**

**Dimensión física**

1. ¿Consume sus comidas principales (desayuno, almuerzo, cena) en el mismo horario todos los días?
  - a) Siempre
  - b) A veces
  - c) Nunca
2. ¿Con qué frecuencia consume carne de res y/o vísceras?
  - a) Diariamente
  - b) 3 veces a la semana

c) 1 vez a la semana

3. Con respecto a la sal Ud. consume:

a) Alimentos bajos en sal

b) Alimentos muy salados

c) Alimentos con sal normal

4. En relación a la forma de preparación Ud. consume alimentos:

a) Sancochados

b) Fritos

c) Otros: \_\_\_\_\_

5. ¿Qué cantidad de agua consume en un día?

a) 2 vasos

b) 3-6 vasos

c) + de 6 vasos

6. De los siguientes alimentos cual ha dejado de consumir en menor cantidad:

a) Pescado

b) Pollo

c) Carne de res

7. Con respecto al alcohol Ud. lo consume:

a) Siempre

b) a veces

c) Nunca

8. Con respecto a las gaseosas Ud. las consume:

a) Siempre

b) a veces

c) Nunca

9. ¿Con qué frecuencia Ud. se baña?

a) Diariamente

b) Interdiario

c) 2 veces por semana

10. En relación a la actividad física, Ud.:

a) Camina 30 minutos al día

b) Camina menos de 30 minutos al día

c) No camina

10ª ¿Realiza otro tipo de actividad física? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

11. ¿Consumes Ud. medicamentos sin que el médico los haya prescrito?

a) Si

b) No

c) A veces

12. ¿Cuántas horas duerme Ud. en la noche?

a) Como mínimo 6 horas

b) Menos de 6 horas

c) No tengo problemas para dormir

13. En cuanto a su horario de dormir es:

a) El mismo todos los días

b) Varía algunos días

c) No tiene un horario

### **Dimensión Social**

14. ¿Cómo es la comunicación con los miembros de su familia?

a) Buena

b) Regular

c) Mala

15. Cuando realizan reuniones familiares en su hogar, Ud.:

a) Siempre participa

b) A veces participa

c) No participa

16. ¿Cómo describiría su estado de ánimo habitual?

a) Bueno

b) Regular

c) Malo

17. Frente a un problema personal inesperado, Ud. reacciona:

a) Con calma

- b) Con algo de preocupación
- c) Con muchas preocupaciones

18. ¿Conversa de su enfermedad con sus familiares?

- a) Frecuentemente
- b) Casi nunca
- c) Nunca

### **Dimensión Sicológica**

19. ¿Sigue Ud. las indicaciones del tratamiento prescrito por el médico?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

20. Con respecto a las actividades cotidianas que puede realizar actualmente diría que está:

- a) Satisfecho
- b) Algo satisfecho
- c) Insatisfecho

21. ¿Cómo es la comunicación con sus amigos?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

22. ¿Acude Ud. a las sesiones de hemodiálisis los días indicados?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

## MATRIZ DEL INSTRUMENTO

VARIABLE: Estilos de vida que tienen los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis y Dialisis peritoneal ambulatoria.

DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM
FÍSICA	Alimentos que favorecen su salud	<p>2. ¿Con qué frecuencia consume carne de res y/o vísceras?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diariamente</li> <li>-3 veces a la semana</li> <li>-1 vez a la semana</li> </ul> <p>4. En relación a la forma de preparación, Ud. prefiere alimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sancochados</li> <li>-Fritos</li> <li>-Otros: _____</li> </ul> <p>3. Con respecto a la sal Ud. consume:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alimentos bajos en sal</li> <li>-Alimentos muy salados</li> <li>-Alimentos con sal normal</li> </ul>
	Alimentos que restringe	<p>5. ¿Qué cantidad de agua consume en un día?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-2 vasos</li> <li>-3-6 vasos</li> <li>-+ de 6 vasos</li> </ul> <p>6. De los siguientes alimentos cual ha dejado de consumir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pescado</li> <li>-Pollo</li> <li>-Carne de res</li> </ul> <p>7. Con respecto al alcohol Ud. lo consume:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Siempre</li> <li>-A veces</li> <li>-Nunca</li> </ul> <p>8. Con respecto a las gaseosas Ud. las consume:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Siempre</li> <li>-A veces</li> <li>-Nunca</li> </ul>
	Horario de alimentación	<p>1. ¿Consume sus comidas principales (desayuno, almuerzo, cena) al mismo horario todos los días?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Siempre</li> <li>-A veces</li> <li>-Nunca</li> </ul>
	Frecuencia de la higiene	<p>9. ¿Con qué frecuencia Ud. se baña?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diariamente</li> <li>-Interdiario</li> <li>-2 veces por semana</li> </ul>
	Frecuencia que	<p>10. En relación a la actividad física, Ud.:</p>

	realiza actividad física	-Camina 30 minutos al día -Camina menos de 30 minutos al día -No camina
	Tipo de actividad física	10ª. ¿Realiza otro tipo de actividad física? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____
	Asistencia a las sesiones de hemodiálisis	22. ¿Acude Ud. a las sesiones de hemodiálisis los días indicados? -Siempre -A veces -Nunca
	Ingiere la medicación prescrita	11. ¿Consume Ud. medicamentos sin que el médico los haya prescrito? -Si -No -A veces
	Número de horas que duerme en la noche	12. ¿Cuántas horas duerme Ud. en la noche? -Como mínimo 6 horas -Menos de 6 horas -No tengo problemas para dormir
	Horario de acostarse	13. En cuanto a su horario de dormir es: -El mismo todos los días -Varía algunos días -No tiene un horario
PSICOLÓGICA	Aceptación de las limitaciones	20. Con respecto a las actividades cotidianas que puede realizar actualmente diría que está: -Satisfecho -Algo satisfecho -Insatisfecho
	Estado de ánimo	16. ¿Cómo describiría su estado de ánimo habitual? -Bueno -Regular -Malo 17. Frente a un problema personal inesperado, Ud. reacciona: -Con calma -Con algo de preocupación -Con muchas preocupaciones
	Interacción familiar	14. ¿Cómo es la comunicación con los miembros de su familia? -Buena -Regular -Mala
	Interacción con su grupo social	21. ¿Cómo es la comunicación con sus amigos? -Buena -Regular -Mala
SOCIAL	Participación en actividades recreativas	15. Cuando realizan reuniones familiares en su hogar, Ud.: -Siempre participa -A veces participa -No participa