



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

---

---

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**CAUSAS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA  
DESDE LA PERCEPCIÓN DE LA PERSONA  
ENFERMA**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN  
ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL: ATENCIÓN AL ADULTO  
EN ESTADO CRÍTICO**

**P R E S E N T A**

**L.E. NORMA LETICIA BELLO LÓPEZ**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ**

**Cuernavaca, Mor. Septiembre 2018**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis padres por ser el pilar fundamental para mi formación como persona y a la culminación de este trabajo investigativo.

Mi eterna gratitud a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos; Facultad de Enfermería, y a mis amigos y compañeros quienes con su apoyo y ánimo contribuyeron al desarrollo del presente trabajo.

Además mi agradecimiento infinito a la Dra. Abigail Fernández Sánchez por su desinteresada dedicación para que el presente trabajo tenga el impacto e importancia propuesta para nuestra comunidad y por su ejemplo como enfermera y personas.

# ÍNDICE

## RESUMEN

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: GENERALIDADES .....	3
I.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
I.2 JUSTIFICACIÓN .....	4
I.3 OBJETIVOS .....	5
I.3.1 GENERAL .....	5
I.3.2 ESPECIFICOS .....	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....	6
II.1 ANTECEDENTES .....	6
II. 2 Marco teórico referencial .....	7
II. 3 Marco teórico conceptual .....	12
II.3.1 Fisiología del riñón. ....	12
II.3.2. Insuficiencia renal crónica. ....	13
II.4. Teoría del Déficit del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem .....	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....	20
III. 1 Tipo del estudio. ....	20
III. 2 Universo de estudio .....	20
III. 3 Población .....	20
III. 4 Tamaño de la muestra .....	20
III. 5 Criterios de selección .....	20
III. 5.1 Criterios de inclusión. ....	20
III.5.2 Criterios de exclusión. ....	20
III.5.3 Criterios de eliminación .....	20
III.6. Variables de estudio. ....	21

III.6.1. Instrumento .....	21
III.7 Procedimiento.....	21
III.8 Análisis de datos. ....	21
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	23
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	35
ANEXO 1 .....	37
Entrevista: .....	37
ANEXO 2.....	38
CARTA DE: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	38

## **RESUMEN**

### **Título. Causas de la enfermedad renal crónica desde la percepción de la persona enferma**

**Introducción.** Las personas que padecen insuficiencia renal crónica, problema complejo y de gran magnitud por los problemas intrínsecos a la experiencia de la enfermedad crónica y la terapéutica han estimulado los estudios sobre conocer la percepción que tiene el paciente en cuales podrían haber sido las causas que predispusieron a dicho problema. Por lo tanto, la comprensión de la percepción de las personas con enfermedad renal crónica es de fundamental importancia dado que esta es una enfermedad que a pesar de tener consecuencias físicas para el individuo que lo experimenta también trae daños psicológicos y altera su vida cotidiana, lo que limita o interfiere con el papel que desempeña en la sociedad.

**Objetivo.** Identificar las causas de la enfermedad renal crónica desde la percepción de la persona enferma así como las complicaciones por la enfermedad.

**Metodología.** Es un estudio cuantitativo de tipo transversal exploratorio, observacional y descriptivo, se incluyó 30 pacientes a los que se les aplicó un cuestionario ex profeso, con preguntas abiertas.

**Resultados.** La muestra estuvo conformada con un porcentaje de 60% hombres y 40% mujeres con una edad entre 20 a 60 y más años, en el tiempo de tratamiento encontramos que más de la mitad se encuentran con terapias sustitutivas donde han tenido un tiempo de duración de 1 a 4 años, estos pacientes reciben diálisis un 37% y hemodiálisis 63%, la mayoría perciben que su enfermedad se debe a mala alimentación, fumar e ingerir bebidas alcohólicas, y en cuanto a su estado de salud ellos consideran que a pesar de presentar insuficiencia renal crónica están bien en un 30%, regular-estable el 43% y perciben su estado de salud deteriorada el 27%.

**Discusión.** La persona vive cambios tales como la restricción de agua y de la dieta misma que se visualiza como el problema que lo enfermo. También encontramos que la Función social se altera, Debe haber Restricción de actividades lúdicas y de ocio así como un buen desplazamiento para el logro de diálisis exhaustiva territorial. El impacto en la salud, debido al proceso de la enfermedad y, por lo tanto, la responsabilidad de un tratamiento paliativo como la hemodiálisis y la diálisis.

**Conclusiones.** Los testimonios y las unidades de grabación mencionadas se refieren al hecho de que la adaptación a una enfermedad crónica y al tratamiento propuesto es un proceso complejo lleno de luchas, peleas, y superación de emociones. Esta situación tiene serias implicaciones sobre la calidad de vida de estos pacientes, ya que reduce considerablemente el rendimiento físico, profesional, dando lugar a un impacto negativo en la percepción subjetiva de la salud. Es por esta razón que las enfermeras debemos participar de manera activa y ayudar a los pacientes a conseguir una mejor calidad de vida, haciendo hincapié en la prevención primaria para evitar complicaciones y en el control adecuado del paciente enfermo para mejorar el cuidado de este, tal como lo dice la norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis donde se hace hincapié que se debe Controlar, supervisar y evaluar el manejo integral del enfermo renal, de esta manera se va poder detectar oportunamente las complicaciones del enfermo.

**Palabras Claves. Causas, Percepción, Persona, Insuficiencia renal crónica**

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia Renal Crónica se considera actualmente un problema de salud pública, el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en subdesarrollados, con una incidencia y prevalencia crecientes, pronóstico pobre y alto costo de atención.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es la resultante de diversas enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que lamentablemente, conduce hacia un desenlace fatal si no es tratada. Las cifras de morbilidad y mortalidad son alarmantes; en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias. Está considerada una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad en programas de sustitución.

Este país hasta el momento, carece de un registro de pacientes con IRC por lo que se desconoce el número preciso de pacientes en cualquiera de sus estadios, los grupos de edad y sexo más afectados.

Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el IMSS proporcionan atención al 62,2% de los mexicanos, el Seguro Popular 15,1%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 11,9%, sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%. <sup>1</sup>

Debido a esto, cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis o hemodiálisis o en su defecto de trasplante renal y por lo tanto se incrementa progresivamente el costo de atención.

En lo que respecta al panorama epidemiológico mundial de la situación de la IRC, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que en el mundo hay aproximadamente 150 millones de personas con diabetes las cuales si no reciben un cuidado estricto de su padecimiento serán las que estarán llenando las Unidades

Nefrológicas, que en el momento actual ya están resultando insuficientes para la Atención de los pacientes diabéticos con enfermedad renal.

Por otra parte, de acuerdo con las cifras reportadas por la Fundación Mexicana del Riñón existen actualmente en México 8.3 millones de personas con Insuficiencia Renal Aguda, 102 mil personas con IRC y 37,642 personas con tratamiento continuo de diálisis.

Así mismo, el Centro Nacional de Trasplantes estimó que se deberían realizar 5,000 trasplantes anuales y reportó que en el año 2005 se realizaron un total de 2001, de los cuales el 28.6% (573) fueron provenientes de donadores cadavéricos y en el 2006 se realizaron 2800 trasplantes con el mismo porcentaje de donaciones cadavéricas.

Según género el masculino es el más afectado con un porcentaje de 55%, situación más o menos similar a la observada en E.E.U.U. (53%), afectando más al grupo de edad de 45 a 65 años; la modalidad de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) es el tratamiento de reemplazo más común y la causa más frecuente de IRC es la diabetes mellitus.

Se ha estimado que 55,000 pacientes reciben tratamiento renal sustitutivo con diálisis y que al menos la misma cifra no tiene acceso a este tipo de tratamiento.

Es así, que la enfermedad renal crónica es considerada como un desafío global que urge a que se fortalezcan las estrategias de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento.

La insuficiencia renal crónica es el resultado final de toda una gama de nefropatías que provocan la pérdida gradual, progresiva e irreversible de todas las funciones renales y dependiendo de la edad, genero, presencia o no de comorbilidad y el tratamiento instaurado será su evolución y pronostico.

La finalidad del mismo fue establecer algunos factores que probablemente tengan su asociación con este problema de salud y de esta manera incidir en la disminución de los casos y por ende mejorar la calidad de atención médica. La información obtenida será de utilidad para las instituciones de salud vinculadas con dicha patología y la



misma población que han sido las más afectadas e interesada en conocer la causa que origina y desencadena el progreso a la cronicidad de este problema de salud.

## **CAPÍTULO I: GENERALIDADES**

### **I.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es siempre una enfermedad progresiva y uno de sus objetivos en su tratamiento es minimizar la velocidad de progresión así como identificar y corregir precozmente los factores de riesgo, entre ellos: el control de la presión arterial, niveles de glucosa en sangre, los niveles de lípidos en sangre, los marcadores bioquímicos de laboratorio, apego al tratamiento farmacológico y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

Las personas que padecen insuficiencia renal crónica atraviesan por diversos estadios y en cada uno de ellos viven un sinfín de molestias relacionadas al deterioro de la función del riñón, cuya función se mejora con los tratamiento de reemplazo sustitutivo o bien el trasplante renal, logrado que un gran número de personas puedan vivir meses y años, llevando así una disminución en la carga de complicaciones y apego al tratamiento.

En todo lo anterior las enfermeras podemos participar de manera activa y ayudar a los pacientes a conseguir estos objetivos de vivir con la enfermedad pero con una mejor calidad de vida que permita a la persona en lo posible llevar sus actividades cotidianas de manera que lo favorezcan.

Este trabajo investigativo nació como una preocupación por la alta incidencia y prevalencia de la IRC ocupando los primeros lugares como causa de morbi-mortalidad en nuestro medio especialmente en pacientes jóvenes, que ven un limitante para una buena calidad de vida.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación

¿Cuáles son las causas más frecuentes de Insuficiencia Renal Crónica desde la información de la persona que la padece?

## **I.2 JUSTIFICACIÓN**

La enfermedad renal crónica (ERC) es la resultante de diversas complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que, lamentablemente, conduce hacia la muerte sí no es tratada. Las cifras de morbilidad y mortalidad de ERC son alarmantes en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias. Está considerada una enfermedad de alto impacto debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad en programas de sustitución.

Este país tiene una población identificada en el año 2015 de 119 millones 530 mil 753 habitantes en México. Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 62,2% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El Seguro Popular 15,1%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 11,9%, sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%<sup>1</sup>

## **I.3 OBJETIVOS**

### **I.3.1 GENERAL**

Identificar las causas de la enfermedad renal crónica desde la percepción de la persona enferma así como las complicaciones por la enfermedad.

### **I.3.2 ESPECIFICOS**

- Describir las características sociodemográficas de la población, estilos de vida y causas percibidas relacionadas a insuficiencia renal crónica.
- Explicar el comportamiento de la enfermedad, complicaciones y otras enfermedades agregadas

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **II.1 ANTECEDENTES**

Hay dos fechas importantes en la historia de la enfermedad renal crónica. Una de ellas fue en 1836, cuando Richard Bright publicó un artículo sobre los pacientes con enfermedad renal terminal, y otra en 1960, cuando el Dr. Scribner comunicó la posibilidad de mantener con vida a pacientes mediante la técnica de hemodiálisis en el I Congreso Internacional de Nefrología. Desde entonces, el esfuerzo de la Nefrología se centró, en gran parte, en el tratamiento y el coste económico y social de la sustitución de la función renal mediante diálisis y trasplante renal.<sup>2</sup>

En la década de 1990 se evidenció que la mortalidad de los pacientes que recibían diálisis era elevada y que se debía fundamentalmente a las comorbilidades y complicaciones de la enfermedad renal, pero también a la llegada tardía al tratamiento sustitutivo y el fallo constante en la detección precoz de la enfermedad.

En los registros relacionados con la enfermedad renal primaria en pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo, se demuestra que una gran mayoría de los pacientes no tienen diagnóstico de enfermedad renal y que muchos de ellos han evolucionado de forma asintomática, como es el caso de muchos hipertensos, asistiendo a una progresión muda de la enfermedad renal y sus complicaciones.<sup>2</sup>

Parecía, pues, necesario enfocar la enfermedad renal crónica desde estadios iniciales con análisis correctos de las comorbilidades y complicaciones secundarias, en un intento por conseguir una detección precoz, frenar la progresión y reducir las complicaciones asociadas.<sup>2</sup>

La insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública a nivel mundial, el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en desarrollo. Como consecuencia cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis y/o trasplante renal y por lo tanto se incrementa progresivamente el costo de atención. Otra particularidad es que la edad de los pacientes que son admitidos a programa de hemodiálisis se va incrementando.

De los dos tipos de diálisis, la más utilizada es la hemodiálisis (HD) alcanzando un 80 a 90%. La diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA) se utiliza en un 10 a 20%, con algunas excepciones. Así en Hong Kong y Nueva Zelanda el porcentaje es de 80 y 50% respectivamente”.<sup>3</sup>

El trasplante renal desde un comienzo se ha considerado el tratamiento de elección, por diferentes razones todas ellas válidas. La donación puede ser de una persona viva o de cadáver. La elección depende de factores culturales, socioeconómicos, legales, religiosos. Entre países siguen existiendo grandes diferencias en el tipo y frecuencia de trasplantes. La tendencia es a una mayor frecuencia de trasplantes en países como España, EEUU, Suecia Nueva Zelanda. La frecuencia es menor en Japón, Alemania, Francia, Italia. Sin embargo debe enfatizarse que aun en los países con mayor frecuencia de trasplantes, todavía el número de donaciones no es suficiente para compensar la situación generada en las listas de espera de trasplante renal. En la mayoría de los países el trasplante renal se hace de donantes cadáveres, en España y Francia el 100% de trasplantes son de donantes cadavéricos<sup>3</sup>

## **II. 2 Marco teórico referencial**

Este país está compuesto por 31 estados con una población identificada en el año 2005 de 103.263.388 millones de habitantes. Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 62,2% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El Seguro Popular 15,1%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 11,9%, sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%<sup>1</sup>

La IRC es un problema de salud pública a nivel mundial, el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en desarrollo. Como consecuencia, cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis o hemodiálisis o en su defecto de trasplante renal y por lo tanto se incrementa progresivamente el costo de atención.

En lo que respecta al panorama epidemiológico mundial de la situación de la IRC, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que en el mundo hay aproximadamente 150 millones de personas con diabetes las cuales si no reciben un cuidado estricto de su padecimiento serán las que estarán llenando las Unidades Nefrológicas, que en el momento actual ya están resultando insuficientes para la atención de los pacientes diabéticos con enfermedad renal.

Los datos compilados por la OMS muestran la existencia aproximada de 150 millones de personas a nivel mundial con diabetes, predicen que este dato puede ser doblado a más de 300 millones para el 2025.

Con los datos antes mencionados esta patología, representa un extraordinario impacto en lo que se ha dado en llamar “epidemia” de la IRC en el mundo, su importancia radica en los grandes costos que origina. Por ejemplo en los EE.UU. se gastan entre 50 mil y 70 mil dólares por año/paciente dependiendo de la patología acompañante y la modalidad del tratamiento.

En el Reino Unido la nefropatía diabética es la causa del 18% de pacientes nuevos que requieren de diálisis y en los EE.UU. representa el 7.3% de todos los adultos y 17.8% de ellos tienen Diabetes Mellitus y están por encima de los 65 años. <sup>4</sup>

Los elevados costos de estos tratamientos preocupan a la humanidad, pues cada año se incrementa el número de enfermos incluidos en las diálisis y trasplantes, cada vez más caros, como cada vez más escasos el número de órganos necesarios para el tratamiento definitivo, por lo que los nefrólogos de países desarrollados adoptan políticas para la detección precoz de la enfermedad, como única posibilidad de lograr cambios sustanciales en un problema de salud tan importante.

En países donde la atención médica de la enfermedad renal crónica (ERC) no es universal, el tratamiento de esta enfermedad representa un problema médico, social y económico devastador para los pacientes y sus familias, por lo cual, los gastos derivados del tratamiento de esta enfermedad se consideran como «gastos catastróficos en salud». Un gasto catastrófico por motivos de salud se define como el de toda familia que destina más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros.

En países desarrollados, la ERC afecta de manera desproporcionada a grupos en desventaja social, como son las minorías étnicas y las personas de bajo ingreso socioeconómico. Múltiples estudios realizados en los Estados Unidos y Canadá han

mostrado una fuerte asociación entre el bajo estrato socioeconómico y la mayor incidencia, prevalencia y complicaciones relacionadas con la ERC.

Crews y colaboradores, mostraron que personas de estrato socioeconómico menor presentaban un 59% de mayor riesgo de presentar ERC. Esta asociación fue mayor en la población de raza negra. También la residencia en los barrios de mayor pobreza se ha encontrado fuertemente asociada con una mayor prevalencia de la ERC.

En Europa, la relación entre el estado socioeconómico y la ERC ha sido menos estudiada, sin embargo, estudios realizados en Suecia, Reino Unido y Francia han encontrado también esta asociación.

Desafortunadamente son pocos los estudios realizados en países no desarrollados como la India, México, etc.; en estos países hay una elevada prevalencia de la enfermedad en población con escasos recursos socioeconómicos. En Centroamérica, particularmente en Nicaragua y El Salvador, se ha descrito una nueva entidad de afección renal denominada nefropatía mesoamericana, la cual se presenta principalmente en trabajadores pobres que laboran en condiciones de trabajo subóptimas a temperaturas ambientales extremas y con períodos prolongados de deshidratación<sup>5</sup>.

Factores que dependen del paciente y su entorno. La personalidad del paciente es un tema complejo, la experiencia indica que los pacientes con mayor coeficiente intelectual y nivel de educación se adaptan adecuadamente al tratamiento. Muestran motivación, independencia y creatividad en el trabajo y en el hogar.

Cuando es muy bajo el status socioeconómico, los pacientes presentan mayores dificultades, hay por tanto menor aceptación y satisfacción por la vida, peores grados de rehabilitación, más problemas de anemia y desnutrición.

La relación paciente - familia: permite predecir la tolerancia y calidad del tratamiento que el paciente va a obtener. Una mala relación familiar interfiere también en el éxito del tratamiento dialítico. Está demostrada la importancia de la calidad del entorno familiar, la capacidad de tolerar el estrés, de asumir responsabilidades, de entrega hacia el paciente, de comprender sus necesidades, constituyen premisas para el éxito del tratamiento.

Las relaciones interpersonales, como en cualquier enfermedad crónica, se ven afectadas. Los pacientes se sienten socialmente aislados tanto del núcleo familiar como de su comunidad. La sexualidad disminuye por problemas físicos y psicológicos, que hace la vida en pareja más difícil.

La enfermedad renal terminal usualmente aparece en la época más productiva de la vida. Altera seriamente el trabajo u ocupación del paciente, limita los ingresos económicos del núcleo familiar al asistir frecuentemente a las hemodiálisis, interfiere en el rendimiento laboral y hace que muchos pacientes sean en algunos lugares despedidos de su trabajo, esto crea gran depresión que interfiere en el éxito del tratamiento<sup>6</sup>.

En Cuba las principales causas de IRC son: la diabetes mellitus (30 %), enfermedad hipertensiva (18 %), enfermedades urológicas (9 %), y Glomerulopatías (7 %).

En Colombia, según el informe de la Cuenta de Alto Costo como organismo técnico del Sistema de Seguridad Social en Salud, Dentro de los factores para desarrollo y/o progresión de ERC están diabetes e hipertensión, la edad avanzada, el sexo masculino, enfermedades autoinmunes, obstrucción de la vía urinaria, infecciones urinarias, uso de fármacos nefrotóxicos como antiinflamatorios no esteroideos.

Existe una relación directa entre deterioro en la tasa filtración glomerular y la edad avanzada debido los cambios estructurales que ocurren por la senectud como disminución del tamaño del riñón y del tamaño de la corteza con respecto a la medula renal, reducción en número de glomérulos, esclerosis,atrofia tubular y fibrosis intersticial, fibrosis en las arterias renales, cambios funcionales como defectos en la concentración de orina, disminución de la filtración<sup>7</sup>.

En Chile dentro de los factores de riesgo se evidenció: tabaquismo (45,6%), ingesta de alcohol (82,2%), sedentarismo (71,1%), consumo de antiinflamatorios (73,3%), mal nutrición por exceso (57,8%), entre otros.

El carácter oxidativo del tabaco trae como consecuencia daño endotelial y vascular, lo que explica que sea factor de riesgo para todas las patologías vasculares. El uso continuo de fármacos por otro lado genera daño y problemas con la VFG (velocidad



de filtración glomerular), sobre todo cuando el uso es sostenido en el tiempo. Esto se debe principalmente a la nefrotoxicidad que producen, basada en su mecanismo de acción.

La obesidad, el sedentarismo, el consumo de tabaco, la ingesta de alcohol, la presión alta y los niveles aumentados de glicemia y colesterol, son factores que producen lesión en los vasos sanguíneos, y como *Marín, Gorostidi y Pobes (2002)* señalan, cualquier daño a nivel vascular produce recarga renal, lo que a la larga trae como consecuencia una disfunción en el riñón.<sup>8</sup>

Por otro lado en un análisis de la calidad de la atención de siete centros de diálisis en Lima Perú describen la etiología de la ERC entre sus pacientes. La principal causa de ERC fue la glomerulonefritis crónica (GNC) con 38%, seguida de la diabetes mellitus (DM) en un 13% de los casos<sup>9</sup>.

En Brasil hay pocos estudios epidemiológicos sobre la IRA. Sin embargo, a través de investigaciones realizadas en muchos hospitales brasileños, se verificó el creciente número de pacientes que desarrollaron esa enfermedad durante el período de internación.

Estudios realizados en unidades de terapia intensiva (UTI) han demostrado el alto índice de mortalidad de pacientes con IRC y que muchos de ellos desarrollaron la enfermedad después del período de hospitalización en esas unidades.

Las enfermedades de base con mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial sistémica (HAS) 60%, la diabetes mellitus (DM) 30%, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 16% y las cardiopatías 13%. **10**

Por último en México, Las causas de IRC fueron diabetes mellitus 48,5%, hipertensión arterial 19%, Glomerulopatías crónicas 12,7% y otras 19,8%.**1**

Es así, que la enfermedad renal crónica es considerada como un desafío global es necesario se fortalezcan las estrategias de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento.

Finalmente y de acuerdo a lo antes expuesto, se puede decir que la IRC es siempre una enfermedad progresiva y uno de sus objetivos en su tratamiento es minimizar la

velocidad de progresión así como identificar y corregir precozmente los factores de riesgo, entre ellos: el control de la presión arterial, niveles de glucosa en sangre, los niveles de lípidos en sangre, los marcadores bioquímicos de laboratorio, apego al tratamiento farmacológico y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

En todo lo anterior las enfermeras podemos participar de manera activa y ayudar a los pacientes a conseguir estos objetivos.

La insuficiencia renal, se refiere al daño transitorio o permanente de los riñones, que tiene como resultado la pérdida de la función normal del riñón. Hay dos tipos diferentes de insuficiencia renal: aguda y crónica.

La insuficiencia renal aguda: Es un deterioro precipitado de la función renal comienza súbitamente y es potencialmente reversible, ocurre en días o horas. La insuficiencia crónica: La National Kidney Foundation ha definido la insuficiencia renal crónica como la presencia de daño renal o descenso de la función renal persistente durante tres o más meses.<sup>11</sup>

La IRC se define como el descenso de la filtración glomerular por debajo de 60ml/min según las guías K/DOQUI 2002 <sup>11</sup>

## **II. 3 Marco teórico conceptual**

**II.3.1 Fisiología del riñón.** El riñón tiene tres tipos de funciones: depuradora, de regulación hidro electrolítica y del equilibrio ácido base, y también hormonales y metabólicas.

El riñón juega un papel preeminente en la regulación del medio interno. Los productos de desecho del metabolismo son excretados por la orina. Asimismo, gran parte de medicamentos se metabolizan por vía renal. La composición del organismo ha de mantenerse constante dentro de estrechos márgenes en cuanto a volumen, osmolaridad, concentración iónica y acidez de los espacios extra e intracelular, para lo cual el riñón ajusta el balance diario entre los aportes y la eliminación por la orina de agua,  $\text{Na}^+$  ,  $\text{K}^+$  ,  $\text{Cl}^-$  ,  $\text{Ca}^{++}$ ,  $\text{Mg}^+$  ,  $\text{PO}_4^-$  ,  $\text{CO}_3 \text{H}$ . La orina primaria es un ultra filtrado del líquido extracelular, elaborada en el glomérulo. Al día se producen más de 150 litros de orina primaria, de los que sólo se eliminan 1 o 2 litros como orina.<sup>12</sup>

### **II.3.2. Insuficiencia renal crónica.**

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se define como un síndrome complejo consecuencia de la pérdida, generalmente lenta y progresiva, de la capacidad de excreción renal. Ese concepto puede ser traducido por la reducción progresiva de la filtración glomerular, principal mecanismo de excreción de solutos tóxicos generados por el organismo<sup>13</sup>

Etiología. Es conveniente distinguir entre aquellos procesos capaces de causar lesión renal con posterior evolución a IRC y los procesos que actúan independientemente de la enfermedad inicial y contribuyen a la progresión de la enfermedad tal como se refleja en la Tabla no. 1. Con respecto a la etiología de la IRC en el último informe preliminar de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología, las causas por orden de frecuencia fueron nefropatía diabética, nefropatía vascular, glomerulonefritis crónica, Pielonefritis crónica, otras como poliquistosis renal y nefropatías hereditarias<sup>11</sup>.

En lo consiguiente se deduce que las principales causas de IRC son:

- a. *Diabetes*
- b. *Hipertensión arterial*
- c. *Glomerulopatías*

Clasificación. A. Fase Latente. No se presentan trastornos evidentes, porque las nefronas sanas mantienen la función renal dentro de los límites tolerables.

B. Fase Compensada. Los túbulos renales ya no son capaces de reabsorber la cantidad de agua filtrada en los glomérulos y aparece poliuria, así como trastornos por la retención de productos nitrogenados y, a veces, hipertensión y anemia.

C. Fase Descompensada. Ante cualquier situación crítica (infección), la disfunción se acentúa y el riñón pierde la capacidad para concentrar o diluir la orina; la poliuria es constante y puede producirse desequilibrios en la regulación hídrica (hiperhidratación por aporte excesivo de líquido o deshidratación por ingesta líquida escasa). Se genera una importante retención de productos nitrogenados y se reduce la excreción de sodio y potasio, por lo que se desarrollan alteraciones del medio interno y diversos trastornos orgánicos.

D. Fase Terminal. Se produce una importante reducción del volumen de orina (oliguria) y se establece un cuadro de uremia.

**TABLA No. 1 FISIOPATOLOGÍA RENAL: DESCRIPCIÓN DE ESTADIO DE LA ENFERMEDAD**

<b>Estadio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Filtración glomerular</b>
<b>1</b>	Daño renal con TFG normal	$\geq 90$
<b>2</b>	Daño renal con TFG ligeramente disminuido	60-89
<b>3</b>	FG moderadamente disminuido	30-59
<b>4</b>	FG gravemente disminuido	15-29
<b>5</b>	Fallo renal	<15 ó diálisis

Manifestaciones clínicas. Las manifestaciones clínicas propias de la insuficiencia renal crónica dependen de la velocidad de instauración y del estadio evolutivo de la misma.

1. Aparato Digestivo. Es frecuente la anorexia, vomito matutinos (a veces secundarios a hiponatremia) aliento urémico y son frecuentes las parotiditis infecciosas a veces hay diarreas hay mayor incidencia de hemorragia digestiva alta y ulcera péptica, hilio no obstructivo o colitis urémica con diarrea.
2. Aparato Cardiovascular. Hay tendencia a la arterioesclerosis generalizada siendo el IAM la causa más frecuente de muerte en estos enfermos.

La retención de líquidos puede ocasionar insuficiencia cardiaca congestiva, incluso episodios de edema agudo de pulmón. La hipertensión arterial es la complicación más frecuente de la enfermedad renal en fase terminal.

3. Sistema Nervioso. La poli neuropatía urémica es de inicio en miembros inferiores y de predominio sensitivo y distal el enfermo se queja de dolor urente en los pies y también tiene síndrome de piernas inquietas.

Si no se instaura un tratamiento precoz con hemodiálisis, aparecerá el componente motor con debilidad, mioclonías, arreflexia y atrofia muscular. Hay disminución de la velocidad de conducción, la evidencia precoz de neuropatía periférica es indicación de inicio de diálisis o trasplante.

A nivel del sistema nervioso central puede aparecer la encefalopatía urémica, caracterizada por somnolencia, alteración del ritmo del sueño, confusión mental y a veces convulsiones o muerte.

Demencia dialítica es una entidad que se caracteriza por alteración del estado mental, o pérdida del intelecto y memoria con tendencia al sueño, y muerte si no se corrige.

4. Piel. Es frecuente el prurito por la elevación de la PTH y por calcificaciones subcutáneas a consecuencia de una hemostasia defectuosa podemos encontrar equimosis y hematomas. La piel tiene una coloración amarillenta debida a la anemia y la retención de urocromos, hay dificultad para la curación de las heridas. La elevada concentración de urea en el sudor produce la aparición de escarcha urémica y puede aparecer foliculitis perforante.
5. Sistema Endocrino. En la esfera sexual hay déficit de LH y FSH e incremento de la prolactina circulante, con amenorrea e impotencia, así como disminución del libido y a veces galactorrea y ginecomastia.
6. Sangre Periférica. La función de los leucocitos suele estar alterada, lo que determina a una mayor predisposición a las infecciones.

Hay anemia normocítica y normocromica de etiología multifactorial. La causa más frecuente es el déficit de eritropoyetina.

7. Trastornos Metabólicos. La urea y la creatinina no tienen efectos tóxicos, si producen síntomas las llamadas moléculas intermedias, que son los productos de degradación de proteínas y aminoácidos entre otros. Las toxinas urémicas alteran el intercambio iónico a través de las membranas celulares, sobre todo en el intercambio sodio-potasio alterando el voltaje transcelular. También produce trastornos en la actividad ATPasa estimulada por sodio y potasio.

- 8. Trastornos de Agua y Sal.** En la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal crónica el contenido de agua y sodio total aumentan considerablemente, aunque la expansión del volumen extracelular puede no ser aparente, en fases tardías se produce una retención de agua y sal, acompañada de oliguria e hipertensión arterial, volumen dependiente. En la mayoría de los pacientes, una ingesta diaria de líquido igual en volumen al volumen de orina diaria más aproximadamente 500 ml suele mantener la concentración de sodio en límites normales.

En los pacientes edematosos con IRC no sometidos a diálisis, los diuréticos y una modesta restricción de ingesta de sal y agua son las claves del tratamiento. Estos pacientes tienen alterado el mecanismo renal de retención de sodio y cuando hay pérdidas extra renales de líquidos, desarrollan una pérdida de volumen muy importante con sequedad bucal, hipotensión ortostática y colapso vascular con mala perfusión renal y empeoramiento del cuadro de insuficiencia renal.

- 9. Trastornos del Potasio.** El potasio se mantiene normal hasta fases muy avanzadas de la uremia debido al aumento del mecanismo de secreción tubular distal, el tratamiento con betabloqueantes, IECA o diuréticos ahorradores de potasio pueden dar lugar a hiperpotasemia en estos pacientes.

**10. Trastornos Ácido Básicos: Acidosis Metabólica:**

Hay tendencia a la acidosis metabólica debido al descenso de la eliminación de ácido y la baja producción de amortiguadores, consecuencia de la pérdida progresiva de masa renal funcionan té. La administración de 20mEq/día de bicarbonato sódico puede corregir la acidosis.

- 11. Fosfato, Calcio y Hueso.** Hiperparatiroidismo secundario: cuando baja el filtrado glomerular al 25% de lo normal comienza a subir el fosfato sérico estimulando la producción de PTH que a su vez inhibe la reabsorción tubular de fosfato, la retención de fosfato en el plasma facilita la entrada de calcio en el hueso y la precipitación extra ósea de fosfato calcio, ocasionando hipo calcemia, y mayor elevación de los niveles de PTH [12](#)

## Tratamiento

En la IRC el objetivo del tratamiento conservador es intentar preservar la función renal que aún existe tratar los síntomas de la uremia mantener los equilibrios electrolítico, ácido base e hídrico, evitar la aparición de complicaciones y aportar al máximo confort psíquico y físico.

En general, se prescribe una dieta con bajo contenido en proteínas, y en potasio y un alto contenido en carbohidratos.

Se reponen los líquidos, normalmente 500 ml más que lo que se elimina en 24 horas (una cantidad de 500 ml corresponde a la pérdida insensible a través de la respiración, respiración y pérdida por las heces).

Se administran antiácidos, como hidróxido de aluminio, para que se una con el fósforo en el tracto digestivo (acción quemante).

La hipertensión se trata con fármacos (antihipertensivos)

Se pueden prescribir diuréticos. (Tiazidas, ahorradores de potasio y diuréticos de asa)

Para controlar las convulsiones se puede administrar diazepam y fenitoina.

Manejo de oxigenoterapia.

Algunas veces puede requerir de transfusiones de sangre.

Administrar suplementos de hierro y ácido fólico.

Puede requerirse la administración de antieméticos para mitigar las náuseas y vomito.

Diálisis

Hemodiálisis

La persona que padece insuficiencia renal permanece a la espera de un trasplante renal.<sup>11</sup>

**II.4. Teoría del Déficit del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.** Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero.

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano.

El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía.



Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.

La enfermería como ciencia se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria, el caso que presentan las personas con enfermedades crónicas que deterioran las funciones orgánicas. <sup>14</sup>

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

**III. 1 Tipo del estudio.** Se realizó un estudio cuantitativo de tipo transversal exploratorio, observacional y descriptivo.

**III. 2 Universo de estudio.** Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) del Hospital de Alta Especialidad Centenario de la Revolución Mexicana, ISSSTE, Municipio. Zapata, Morelos

**III. 3 Población.** Pacientes adultos, ambos sexos, con más de 6 meses con IRC con terapia dialítica, -tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis, usuarios del Hospital Centenario de la Revolución Mexicana ISSSTE, que acepten participar.

**III. 4 Tamaño de la muestra.** El tamaño de la muestra fue a conveniencia, se incluyeron 30 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, del Hospital Centenario de la Revolución Mexicana ISSSTE durante enero - junio 2018.

### **III. 5 Criterios de selección**

**III. 5.1 Criterios de inclusión.** Pacientes que se encuentran en la sala de hemodiálisis que reciban tratamiento de terapia sustitutiva renal como diálisis peritoneal y hemodiálisis. del hospital de Alta Especialidad Centenario de la Revolución Mexicana, ISSSTE, Mpio. Zapata, Morelos

Pacientes que tengan la mayoría de edad legalmente

Pacientes que acepten participar

Pacientes que su estado de salud permita la entrevista.

**III.5.2 Criterios de exclusión.** Pacientes graves, pacientes que no pertenezcan al servicio de diálisis o hemodiálisis, pacientes con deterioro neurológico, pacientes foráneos, pacientes con efectos medicamentosos de sedación, pacientes con demencia y pacientes con autoexclusión.

**III.5.3 Criterios de eliminación.** Encuestas que no estén completas en un 80%

### **III.6. Variables de estudio.**

**III.6.1. Instrumento.** El cuestionario fue por elaboración propia, pasando por ronda de expertos basado con el apoyo del marco teórico, consta de 29 preguntas abiertas las cuales se codificaron. Para desarrollar descripción de los informantes y unidades temáticas.

**III.7 Procedimiento.** Previo permiso a la institución a la jefatura de enseñanza, por medio de la investigadora se aplica el cuestionario por medio de la investigadora. El instrumento consta de un formato de consentimiento libre e informado.

**III.8 Análisis de datos.** Se transcribieron las respuestas y se codificaron encontrando factores socioeconómicos, estilos de vida y creencias a las que atribuyen las causas de la enfermedad, entre otros polifarmacia y complicaciones presentes

**TABLA No. 2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN
Características sociodemográficas Principales variables clasificatorias para el estudio de comportamientos diferenciales en diversos temas de investigación		Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Razón
		Tratamiento	Diálisis Hemodiálisis	Cualitativa	Nominal
		Estado civil	Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Unión libre	Cualitativa	Nominal
		Escolaridad	Primaria secundaria preparatoria profesional	Cualitativa	Ordinal
		Ocupación	Anterior	Cualitativa	Nominal
		Ocupación	Actual	Cualitativa	Nominal
		Religión	Descrita por el paciente	Cualitativa	Nominal
		Tiempo de la enfermedad	1- 12 meses 2- 4 años 5 - 6 años > 6 años	Cuantitativa	Intervalo
		Fumaba antes	Si No	Cuantitativa	Nominal
		Fuma ahora	Si No	Cuantitativa	Nominal
		Tomaba antes	Si No	Cuantitativa	Nominal
		Toma ahora	Si No	Cuantitativa	Nominal
		actividad física antes	Descrita por el paciente	Cuantitativa	Nominal
		Líquidos tomados	Descrita por el paciente	Cuantitativa	Nominal
Que otra enfermedad padece	Descrita por el paciente o el expediente	Cuantitativa	Nominal		
Uso y conocimiento de la enfermedad	Asistencia a sus consultas a fin de lograr un apego exitoso a su tratamiento	Cuántas veces ha asistido al médico por alguna complicación	1-5 veces 6-15 veces más de 15 veces	Cuantitativa	Intervalo
Factores asociados	Elemento condicionante que contribuye a lograr un resultado positivo o negativo ante una situación.	Apoyo de la familia	Si No	Cuantitativa	Nominal
		Ingresos que gana alcanza para los gastos	Si No	Cuantitativa	Nominal
		Orientación sexual	Si No	Cuantitativa	Nominal
		Orientación Nutricional	Si No	Cuantitativa	Nominal

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La muestra estuvo conformada por 30 pacientes la mayoría hombres (60%) mujeres (40%). La literatura menciona datos similares refiriendo que el hecho de ser hombre también parece convertirse en otro factor de riesgo. Al respecto, un estudio reciente que fue publicado en la revista *Journal of the American Society of Nephrology* afirma que uno de cada 93 hombres y una de cada 133 mujeres tendrán insuficiencia renal si viven hasta los 80 años de edad. Si llegan a los noventa, esa cifra se eleva a uno de cada 40 hombres y una de cada 60 mujeres, que desarrollarán insuficiencia renal es así que los hombres son los que principalmente presentan IRC<sup>16</sup>.

La mayoría menciona que su situación económica es precaria y no cubren sus necesidades cotidianas. El 80% de la población considera que el dinero no les alcanza para los gastos en su casa (alimentos, ropa, servicios, etc.). La literatura refiere que el tratamiento de esta enfermedad representa un problema médico, social y económico devastador para los pacientes y sus familias, por lo cual, los gastos derivados del tratamiento de esta enfermedad se consideran como «gastos catastróficos en salud». Un gasto catastrófico por motivos de salud se define como el de toda familia que destina más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros.

La mayoría son originarios del estado de Morelos con el 73%, actualmente radican en Cuernavaca el 20% de la población entrevistada.

La mayor población son pacientes de 60 años o más de edad con el (63%). La Literatura refiere que según la descripción epidemiológica de la ERC se ha establecido las tasas más altas de incidencia y prevalencia en el grupo mayor de 65 años comparando la similitud entre la población de estudio y la literatura<sup>15</sup>.

En relación al estado civil en el estudio realizado encontramos que la mayoría de los pacientes son casados con el 60%. Sin embargo es muy significativo en número de personas que no cuentan con una familia integrada.

En relación a la escolaridad solo tenían educación básica el 54% y el 33% tienen educación superior.

Nos refiere que su ocupación anterior: el 27% fueron profesionistas teniendo como ocupación actual jubilados y amas de casa con el 23%.

La religión que profesan: la mayoría son de religión católica con un 70%.

**TABLA No. 3 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

<b>SEXO</b>			<b>SITUACIÓN ECONÓMICA</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	Cubre sus necesidades	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hombres</b>	18	60	Sí	6	20
<b>Mujeres</b>	12	40	No	24	80
<b>ORIGINARIO</b>			<b>EDAD</b>		
<b>Morelos</b>	22	73	20 a 29 años	3	10
<b>Guerrero</b>	4	13	30 a 39 años	2	7
<b>México</b>	3	10	40 a 49 años	4	13
<b>Guanajuato</b>	1	4	50 a 59 años	2	7
			60 y más años	19	63
<b>ESTADO CIVIL</b>			<b>ESCOLARIDAD</b>		
<b>Soltero</b>	5	16	Educación básica	16	54
<b>Casado (a)</b>	18	60	Preparatoria-Técnica	4	13
<b>Viudo (a)</b>	5	17	Profesional	10	33
<b>Unión libre</b>	2	7			
<b>OCUPACION ANTERIOR</b>			<b>OCUPACION ACTUAL</b>		
<b>Profesionista</b>	8	27	Maestro (a)	1	3.3
<b>Comerciante</b>	3	10	Comerciante	2	7
<b>Administrativo (a)</b>	2	7	Empleado	3	10
<b>Ama de Casa</b>	5	17	Ama de Casa	7	23
<b>Trabajador de la construcción y Jardiner</b>	3	10	Trabajador de la construcción y Jardiner	3	10
<b>Empleado y Técnico</b>	6	19	Jubilado o pensionado (a)	7	23.3
<b>Carpintería y Herrero</b>	2	7	Estudiante	1	3.3
<b>Estudiante</b>	1	3	No Trabaja	6	20.0
<b>RELIGIÓN</b>			<b>LUGAR DONDE VIVE</b>		
<b>Católica</b>	21	70	Tres Marías Tepoztlán	2	7
<b>Cristiano</b>	3	10	Cuernavaca	8	27
<b>Judío</b>	2	7	Jiutepec, Zapata, Temixco	10	33
<b>Protestante</b>	1	4	Zacatepec, Jojutla, Puente de Ixtla	5	17
<b>Evangelista</b>	1	3	Xochitepec	4	13
<b>Mormón</b>	1	3	Coatlán del Rio	1	3
<b>Ateo</b>	1	3			
<b>ORIGINARIO</b>			<b>EDAD</b>		
<b>1.- México</b>	3	10	20 a 29 años	3	10
<b>2.- Morelos</b>	22	74	30 a 39 años	2	7

<b>3.- Guanajuato</b>	1	3	40 a 49 años	4	13
<b>4.- Guerrero</b>	4	13	50 a 59 años	2	7
			60 y más años	19	63

Fuente: Entrevista pacientes IRC Hospital ISSSTE CRM

**TABLA No. 4 TIEMPO CON LA ENFERMEDAD y TRATAMIENTO**

<b>TIEMPO</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
12 MESES	10	33
2-4 AÑOS	8	27
5-6 AÑOS	6	20
MÁS DE 6 AÑOS	6	20
<b>TIPO DE TRATAMIENTO</b>		
<b>Diálisis</b>	11	37
<b>Hemodiálisis</b>	19	63

Fuente: Entrevista pacientes IRC Hospital ISSSTE CRM

En este hospital se encontrando mayor porcentaje de pacientes en el tratamiento de hemodiálisis con un 63% en relación con el tratamiento de diálisis con un 37%. Este resultado difiere con la literatura que nos dice que hay más pacientes en tratamiento de diálisis que de hemodiálisis.

Los estilos de vida que tuvieron o tienen las personas con IRC, en sus aportaciones los pacientes atribuyen su enfermedad a los diversos estilos de vida que tenían entre ellos las adicciones que se describen:

**Las adicciones solo alcohol y tabaco.** En relación al estilo de vida que llevan los los 30 pacientes entrevistados el 47% fumaba antes y el 53% no fumaba antes de su enfermedad, ahora solo el 10% de los pacientes continúan fumando y el 90% ya no fuman.

**TABLA No. 5 ADICCIONES**

<b>FUMADOR</b>	<b>ANTES Porcentaje</b>	<b>AHORA Porcentaje</b>
<b>Si</b>	47	10
<b>No</b>	53	90
<b>INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS</b>		
	<b>Antes</b>	<b>Ahora</b>
<b>Si</b>	50	7
<b>No</b>	50	93

Fuente: Entrevista pacientes IRC Hospital ISSSTE CRM

Otro de los factores relacionados es la ingesta de bebidas con alcohol, el 50% de los pacientes tomaban alcohol antes de su enfermedad y el otro 50% no lo hacían, ahora con el tratamiento de hemodiálisis y diálisis solo el 7% continúan tomando y el 93% dejaron de hacerlo. La literatura nos dice que El carácter oxidativo del tabaco trae como consecuencia daño endotelial y vascular, lo que explica que sea factor de riesgo para todas las patologías vasculares. El uso continuo de fármacos por otro lado genera daño y problemas con la VFG (velocidad de filtración glomerular), sobre todo cuando el uso es sostenido en el tiempo. Esto se debe principalmente a la nefrotoxicidad que producen, basada en su mecanismo de acción.

La obesidad, el sedentarismo, el consumo de tabaco, la ingesta de alcohol, la presión alta y los niveles aumentados de glicemia y colesterol, son factores que producen lesión en los vasos sanguíneos, y como *Marín, Gorostidi y Pobes (2002)* señalan, cualquier daño a nivel vascular produce recarga renal, lo que a la larga trae como consecuencia una disfunción en el riñón.<sup>8</sup>

**Ingesta de agua.** Las personas mencionan ingerir agua en gran cantidad, solo el 47%, más de la mitad no ingieren líquidos así como jugo y refresco como costumbre en la misma cantidad.

**TABLA No. 6 INGESTA DE AGUA**

Cantidad	Frecuencia	Porcentaje
1.- 1/2 litro a 1 1/2 litros	11	37%
2.- 2 a 3 litros	14	46.60%
3.- > 3 litros	2	7%
4.- Cantidad abierta no cuantificada	3	10%
5.- No toma	0	0%
6. TOTAL	30	100%

Fuente: Entrevista pacientes IRC Hospital ISSSTE CRM

Las personas mencionan que la ingesta de jugo no es parte de su régimen alimenticio no así con el refresco que es parte de un hábito en su régimen alimenticio



**TABLA No. 6. 1 INGESTA DE JUGO**

Cantidad	Frecuencia	Porcentaje
1/2 litro a 1 1/2 litros	14	47%
2 a 3 litros	1	3%
> 3 litros	1	3 %
Cantidad abierta no cuantificada	3	10%
No toma	11	37%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista pacientes IRC Hospital ISSSTE CRM

Las personas mencionan que aproximadamente ingerían su mayoría 2 a 3 litros de refresco.

**TABLA No. 6.2 INGESTA DE BEBIDAS GASEOSAS (REFRESCO)**

Cantidad	Frecuencia	Porcentaje
1/2 litro a 1 1/2 litros	7	23%
2 a 3 litros	10	33%
> 3 litros	1	4%
Cantidad abierta no cuantificada	7	23%
No toma	5	17%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista pacientes IRC Hospital ISSSTE CRM

Los líquidos acostumbrados a tomar de los pacientes son agua, jugo y refresco de los resultados fueron que el 43% tomaban más de 2-3 litros de agua, de jugo tomaban de ½ litro a 1 ½ al día con un 47% y de refresco la mayoría de pacientes tomaban de 2-3 litros al día con un 33%.La literatura es similar nos dice que estudios experimentales y poblacionales sugieren que la cantidad de líquido ingerida puede ser un factor de riesgo de ERC no establecido.

Los efectos renales adversos de una insuficiente hidratación podrían estar mediados por el incremento de vasopresina. En este sentido, una ingesta hídrica generosa, al menos para eliminar la carga osmótica, para eliminar la carga habitual de solutos. Esto se consigue, en función de las pérdidas extra renales, con una ingesta líquida entre 2,5 y 3,5 L al día. 17

Pero al mismo tiempo encontramos un alto factor de riesgo al observar que toman una gran cantidad de refresco similar a lo que dice la literatura: El aumento en el

consumo de las bebidas azucaradas, incluidos los refrescos en todas las edades y grupos étnicos está relacionado con el aumento de la incidencia del síndrome metabólico (ligado al sobrepeso y la obesidad), así como resistencia a la insulina, causando diabetes entre otros padecimientos.<sup>18</sup>

El 80% de los pacientes entrevistados mencionaron que si han recibido orientación nutricional y el 20% no han recibido dicha orientación. La experiencia indica que los pacientes con mayor coeficiente intelectual y nivel de educación se adaptan adecuadamente al tratamiento y presentan menos complicaciones.

Respecto a la orientación sexual solo el 23% ha recibido la orientación y el 77% no han recibido la orientación. La literatura nos dice La sexualidad disminuye por problemas físicos y psicológicos, que hace la vida en pareja más difícil. Por lo que es importante tener orientación sexual. **6**

**TABLA No. 7 PRÁCTICAS ANTERIORES DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE**

<b>Prácticas de actividad física</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	14	47
<b>No</b>	16	53
<b>Prácticas de deporte:</b>		
<b>Futbol</b>	8	53
<b>Correr</b>	3	20
<b>Caminar</b>	2	13
<b>Yoga</b>	1	7
<b>Básquetbol</b>	1	7

Fuente: Entrevista pacientes IRC Hospital ISSSTE CRM

De los pacientes encuestados la mayoría no realizaba ejercicio antes de su enfermedad con un 53.3% y el 46.6% si realizaban actividad física, de los pacientes que si realizaban ejercicio, destaca la actividad del futbol con un 53% con estos porcentajes vemos que hay un factor de riesgo para desarrollar insuficiencia renal similar a lo que dice la literatura, se dice que la falta de actividad física contribuye de forma significativa al incremento de la mortalidad por causas cardiovasculares, favoreciendo el desarrollo y la progresión de enfermedades crónicas tales como cardiopatías, hipertensión y diabetes.<sup>19</sup>

**TABLA No. 8 ROL RELACIÓN CON LA FAMILIA**

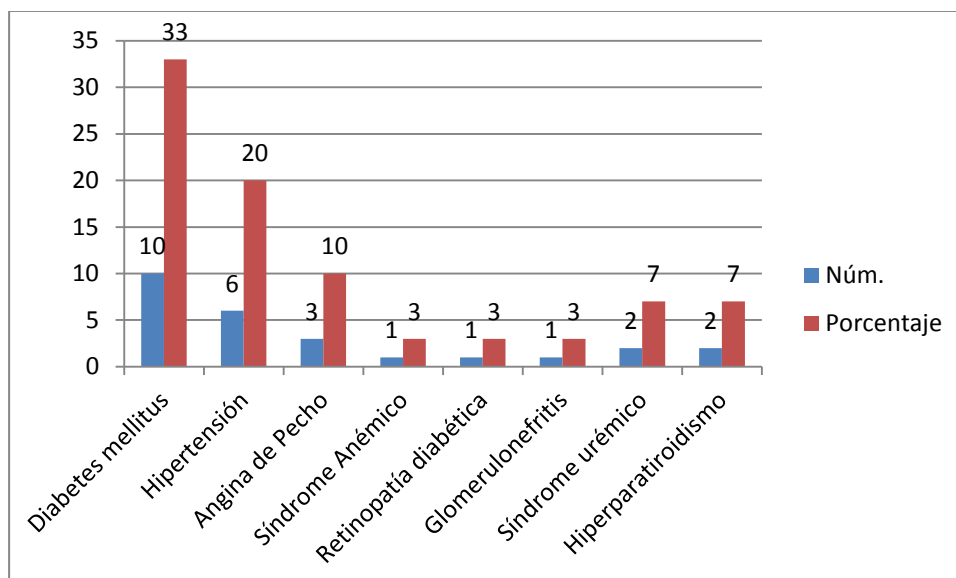
Recibe apoyo de:	Frecuencia	Porcentaje
Esposo (a)	12	27
Hijos (as)	20	46
Hermanos (as)	4	9
Mamá ó Papá	5	11
Tíos	1	2
Nietos	2	5

Fuente: Entrevista pacientes IRC Hospital ISSSTE CRM

Todos los pacientes entrevistados argumentaron que tiene apoyo familiar al 100% y la gran parte de los pacientes su apoyo es de los hijos con un 45%. La literatura nos habla de la eficacia de La relación paciente - familia: permite predecir la tolerancia y calidad del tratamiento que el paciente va a obtener. Una mala relación familiar interfiere también en el éxito del tratamiento dialítico. Está demostrada la importancia de la calidad del entorno familiar, la capacidad de tolerar el estrés, de asumir responsabilidades, de entrega hacia el paciente, de comprender sus necesidades, constituyen premisas para el éxito del tratamiento.

**Estado de salud de la persona con insuficiencia renal crónica**

**GRÁFICO No 1: CO- MORBILIDAD**

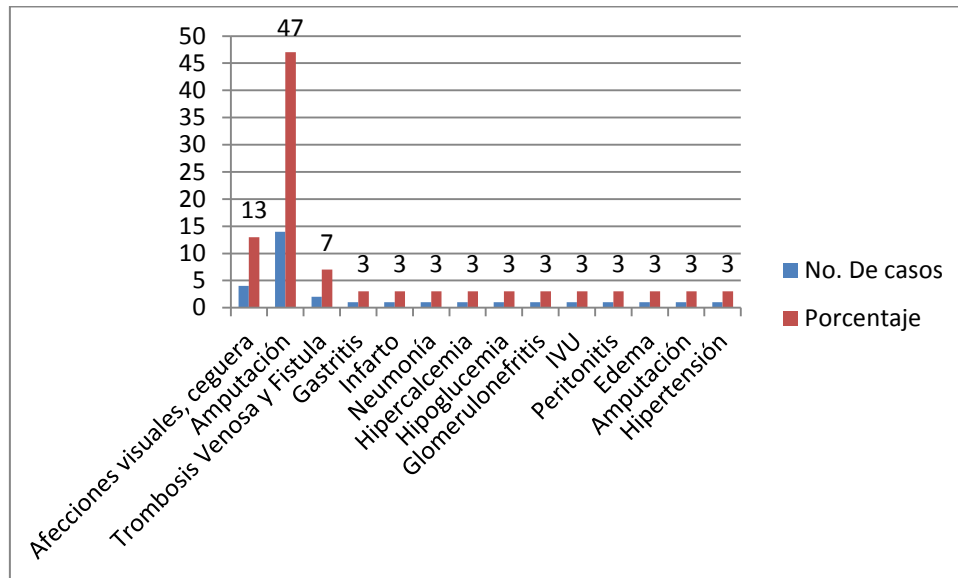


Fuente: Entrevista pacientes IRC Hospital ISSSTE CRM

En la muestra nos dimos cuenta que la principal enfermedad que padecen los pacientes y esta a su vez es el principal factor de IRC es la diabetes mellitus con el

33% seguido de la hipertensión con el 20% el resultado es Similar al de la literatura que dice que en México, Las causas de IRC fueron diabetes mellitus 48,5%, hipertensión arterial 19%, Glomerulopatías crónicas 12,7% y otras 19,8%.<sup>1</sup>

## GRÁFICO No 2 COMPLICACIONES QUE PRESENTAN LOS PACIENTES IRC



Fuente: Entrevista pacientes IRC Hospital ISSSTE CRM

Las personas mencionas que repetidas veces (1 a 4) acuden al médico por diversas complicaciones que presentan. Las complicaciones que presentan relacionadas a la IRC son: neumonías, edema, hipertensión híper e Hipocalcemia

Propias por la diálisis peritonitis

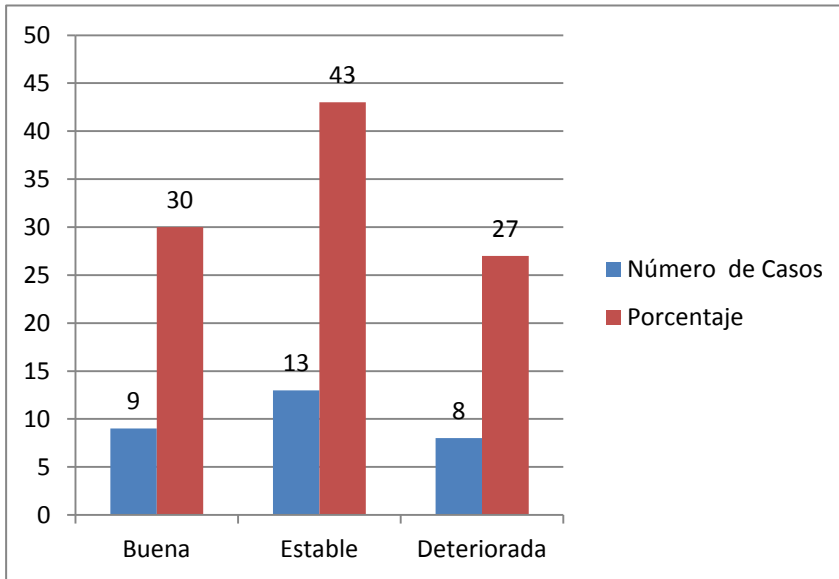
Por la hemodiálisis: trombosis venosa profunda

Trastornos cardiovasculares: pie diabético-amputación

Otros síntomas: Hipocalcemia renal, Síndrome Urémico, Hipoparatiroidismo, entre otras.

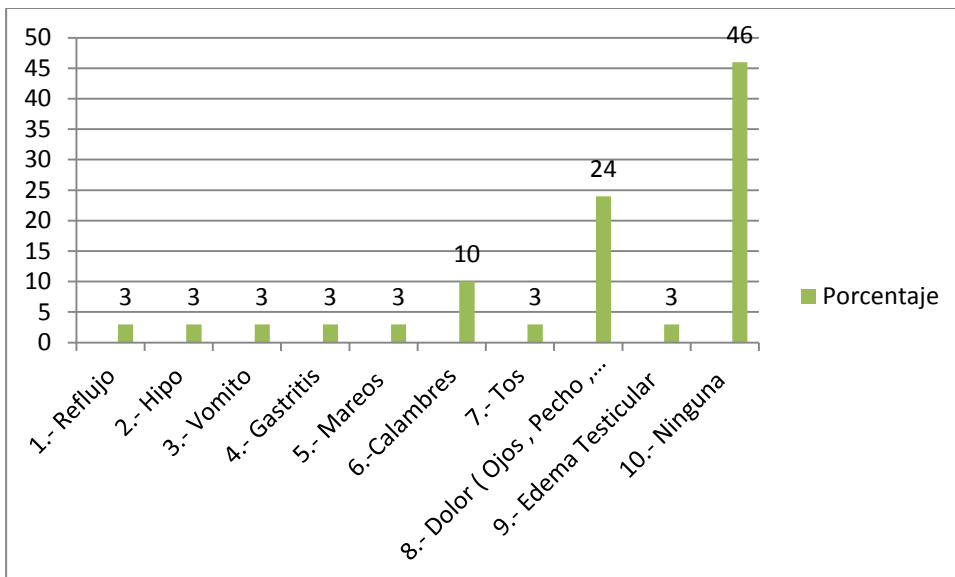
La complicación más frecuente en esta población de estudio es alteración visual hasta pérdida de la vista así como las amputaciones; la mayoría de los pacientes han asistido al médico por alguna complicación de 1-5 veces durante su tratamiento, de la población tomada la gran parte de pacientes tienen un año de la enfermedad y su enfermedad también se asocia a la hipertensión en la mayoría de los casos. La literatura es similar al darnos el dato que la enfermedad que se asocia a la insuficiencia renal es la hipertensión

**GRÁFICO No 3 CONSIDERA SU SALUD**



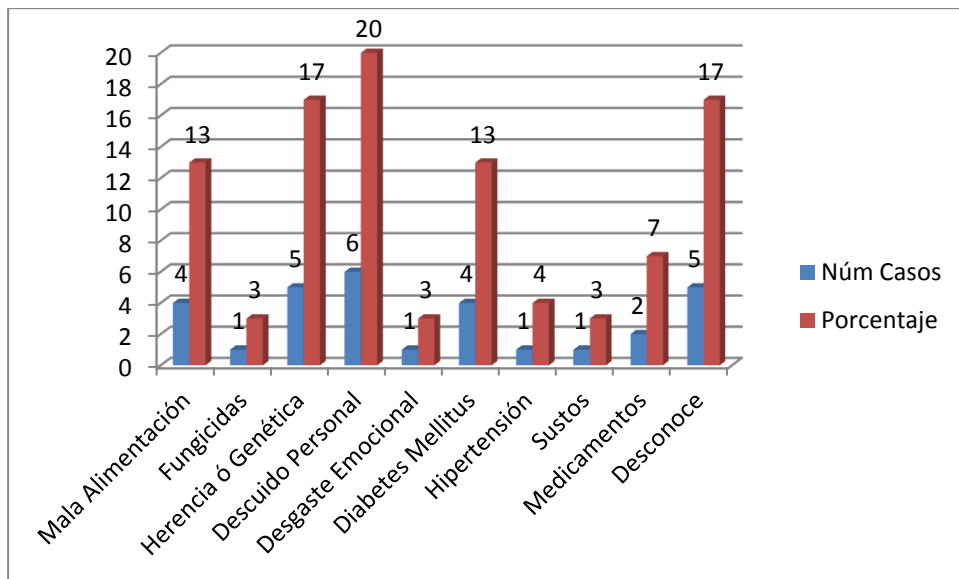
De la población entrevistada el 33% considera su estado de salud regular, seguido de 26% que considera su salud buena.

**GRÁFICO No 4 MOLESTIAS CONTINUAS QUE PRESENTA**



Con el tratamiento establecido el 45% dijo no tener ninguna molestia y el 24% dijeron tener dolor en diversas partes del cuerpo.

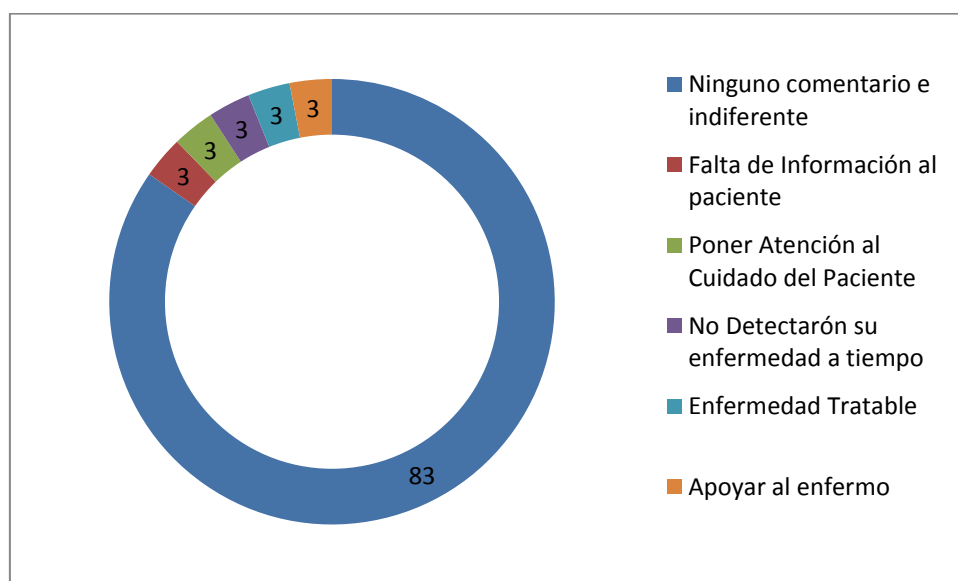
### GRAFICO No.5 ATRIBUTOS DE LA ENFERMEDAD



El mayor porcentaje atribuyen su enfermedad al descuido personal con un 20%.

El número de medicamentos son aproximadamente de 7 por paciente Y por último el medicamento que más usan son eritropoyetina, y toman hipoglucemiantes y antihipertensivos.

### GRÁFICO No 6 APORTACIÓN DE LOS PACIENTES CON IRC



Los pacientes entrevistados tuvieron los siguientes comentarios respecto a su tratamiento y enfermedad.

Falta de Información al paciente

No detectaron su Enfermedad a tiempo

Es una enfermedad que cuidándose puede vivir mucho tiempo, vivir positivamente

Y solicitan apoyar al enfermo

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES**

Los factores predisponentes para la insuficiencia renal es fumar, el sedentarismo, malos hábitos alimenticios, la población acostumbra tomar una gran porción de refresco, siendo este un factor de riesgo importante para desarrollar IRC. Así como la ingesta de bebidas alcohólicas

La muestra arroja que no tienen el soporte económico necesario para los gastos de su enfermedad, así como encontrando que el paciente atribuye su enfermedad a un descuido personal.

No existe el apoyo para la orientación sexual siendo este muy importante porque el paciente con nefropatía tiende a deprimirse.

El principal factor relacionado a la insuficiencia renal es la diabetes mellitus seguido de la hipertensión arterial y su principal complicación son amputaciones y la ceguera.

Finalmente y de acuerdo a lo antes expuesto, se puede decir que la IRC es siempre una enfermedad progresiva y uno de sus objetivos en su tratamiento es minimizar la velocidad de progresión así como identificar y corregir precozmente los factores de riesgo, entre ellos: el control de la presión arterial, niveles de glucosa en sangre, los niveles de lípidos en sangre, los marcadores bioquímicos de laboratorio, apego al tratamiento farmacológico y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

En todo lo anterior las enfermeras podemos participar de manera activa y ayudar a los pacientes a conseguir estos objetivos si damos aportaciones para mejorar el cuidado.

La norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis hace hincapié a que se debe Controlar, supervisar y evaluar el manejo integral del enfermo renal, de esta manera se va poder detectar oportunamente las

complicaciones del enfermo. De ahí parte la necesidad de investigar las causas de la insuficiencia renal crónica percibidas de las personas enfermas.

Dadas las conclusiones antes señaladas es necesario:

- Dar orientación a los pacientes en estadio 1 y 2 de la enfermedad sobre su correcta alimentación y hacer hincapié en la ingesta de agua es decir darle a conocer los cuidados dietéticos que debe llevar
- Brindar educación preventiva para evitar complicaciones con el enfermo renal así como disminuir los factores de riesgo para que el paciente no llegue a insuficiencia renal crónica.
- Aumentar los conocimientos, en nuestros pacientes con enfermedad renal crónica avanzada y su familia sobre su enfermedad
- Fortalecer el binomio enfermo - familia
- Aumentar los conocimientos sobre su correcto cuidado
- Aumentar los conocimientos sobre el tratamiento renal sustitutivo, a través de la educación en grupo.
- Incentivar hábitos de vida saludable en cuanto a alimentación adecuada, actividad física, restricción de elementos nocivos (alcohol, hábito tabáquico, consumo de drogas)
- Explicarle al paciente la importancia de tener un control adecuado de la diabetes, hipertensión y/o enfermedad cardiovascular

Y todo esto con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar global del paciente y sus cuidadores en todas las esferas de la vida.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Méndez-Durán A, Méndez-Bueno F, Tapia-Yáñez T, Muñoz – Montes A, Aguilar-Sánchez L, Diálisis y Trasplante. *Dial Traspl*. 2010; 31(1):7-11.
2. Martín de Francisco A.L, *Et al*, Epidemiología de la enfermedad renal crónica en pacientes no nefrológicos. *Nefrología* 2009; 29 (5):101-105.
3. Torres Zamudio C, Insuficiencia renal crónica. *Rev Med Hered* [online]. 2003; 1(14):1-4
4. Méndez-Durán A, *Et al*, Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en el segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Dial Traspl* 2014;35:148-56
5. Ludivina – Robles M, Sabath E., Disparidad social, factores de riesgo y enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2016; 36: 577-9
6. Pérez – Escobar M. M, Herrera – Cruz N, Pérez – Escobar E., Cabrejas – Hernández Z., Factores sociales que contribuyen a la morbi-mortalidad en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis. Un estudio necesario. *Rev Hum Med* [Internet]. 2008 Abr [citado 2018 Sep 10] ; 8( 1 )
7. Espinal- Espinal, L. A. Factores asociados a la enfermedad renal cronica en estadios pre diálisis. 2015
- 8 .Neira – Urrutia C, Oliva- Mella P, Osses – Paredes C, Función renal y factores asociados en el desarrollo de la enfermedad renal crónica en adultos. *Rev Cubana Enfermer* 2014; 4 (30)
9. Herrera- Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Taype –Rondan A, La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. *Acta Med Peru*. 2016; 33(2):130-7
10. Cerqueira D., Tavares J.R, Machado C, Factores de predicción de la insuficiencia renal y el algoritmo de control y tratamiento *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014; 2 (22)
11. Moya M., Piñera Salmerón P, Mariné M. Libro Tratado de medicina de urgencias. Pag 903-915
12. Andrés – Ribes E. Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vasculár* 2004;10(1):8-76
13. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit* [Internet].

2017 Dic [citado 2018 Sep 16]; 19( 3 ): 89-100. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es).

14 Viviani Bezerra Karina,1 Ferreira Santos Jair Lício EL DÍA A DÍA DE PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS Rev Latino-am Enfermagem 2008 julho-agosto; 16(4) [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

15 Gómez- Carracedo A, Arias- Muñana E, Jiménez Rojas C, Insuficiencia renal crónica, TRATADO deGERIATRÍA para residentes. Cap. 62: 637-645

16. Aliza, Los hombres corren más riesgo de sufrir insuficiencia renal. 2014

17. Lorenzo V., Hidratación en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2014;34:693-7

18.- Los Impuestos a los Refrescos y a las Bebidas Azucaradas como Medida de Salud Pública, pagina OPS/OMS México.

19.- Moreno – Arroyo M. C, Hidalgo – Blanco M. A, El ejercicio físico y el paciente renal crónico. *Enferm Nefrol* 2012;4 (15): 2254-2884

## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS FACULTAD DE ENFERMERIA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN ATENCION AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

Entrevista: solo usted contestara las preguntas que considere pertinente. Esta entrevista es de forma voluntaria y anónima en la cual apreciaremos las causas que usted atribuye a su enfermedad relacionadas a su estilo de vida, no hay respuestas correctas o incorrectas solo solicitamos su participación.

1. Edad: 1. 20-29 años 2. 30-39 años 3.40-49 años 4. 50-59 años 5. >60 años	2. Usted se 1. Dializa (tiempo)____ 2. Hemodiáliza (tiempo)____
3. Sexo: 1= hombre ( ) 2= Mujer ( )	4. Complicaciones:
5. Originario=	6. Actualmente donde vive?
7. Estado civil: 1. Soltero (a)2.Casado (a) 3. Viudo (a)4. Unión libre	8. Escolaridad: 1. Primaria ( ) 2.Secundaria ( ) 3. Preparatoria ( ) 4. Profesional ( )
9. Ocupación anterior:	10. Ocupación actual:
11. Religión:	12. Tiempo de la enfermedad? 1. 12 meses 2. 2-4 años 3. 5-6 años 4. >6 años
13. Usted fumaba antes de su enfermedad? 1. Si 2. No	14. Usted tomaba antes de su enfermedad? 1. Si 2. No
15. Usted fuma ahora? 1. Si 2. No	16. Usted toma ahora? 1. Si 2.No
17. Usted realizaba alguna actividad física antes de su enfermedad? 1. Si 2. No Cuál?	18. Que otra enfermedad padece?
19. Cuántas veces ha asistido al médico por alguna complicación? 1. 1-5 veces 2. 6-15 veces 2. Más de 15 veces	20. Considera que su familia lo (a) apoya con su enfermedad? 1. Si 2. No De quien o quienes:
21. Considera que lo que usted gana alcanza para los gastos en la casa (alimentos, ropa, servicios etc) 1. Si 2. No	22. Líquidos acostumbrado (a) a tomar antes de su padecimiento y cuánto? 1. Agua____ 2. Jugo____ 3. Refresco_____
23. Durante su enfermedad ha recibido orientación sexual? 1. Si 2.No	24. Durante su enfermedad ha recibido orientación Nutricional? 1. Si 2. No
25. Ud. A qué atribuye su enfermedad?	26. Como considera su salud actualmente?
27. Molestias en este momento ( día, tarde, noche)	28. Algún comentario que ud tenga?
29. Nombre de los medicamentos que ud. toma y horarios:	30. Gracias.

## ANEXO 2

### UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS FACULTAD DE ENFERMERIA

#### CARTA DE: CONSENTIMIENTO INFORMADO

C. \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, se les invita a participar en la investigación que es llevada a cabo por Norma Leticia Bello López Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Atención al Paciente en Estado Crítico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, la meta de este estudio es identificar las causas de insuficiencia renal crónica desde su propia percepción.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá responder un cuestionario. Esto le tomara aproximadamente 15 minutos de su tiempo, y podrá retirarse en el momento que usted desee. Los datos que proporcione será para mejorar la atención a las personas que padecen IRC, los comentarios que Ud. nos proporcione serán manejados de manera confidencial y si usted no acepta participar no existirán repercusiones de ningún tipo.

\_\_\_\_\_  
Firma de autorización (si considera)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

JEFATURA DE POSGRADO

Cuernavaca Mor., 12 de Noviembre del 2018.

No. Oficio: FE-JP-608-2018.  
ASUNTO: Votos Aprobatorios

**DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ**  
**JEFE DEL PROGRAMA DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
PRESENTE

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: **CAUSAS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DESDE LA PERCEPCIÓN DE LA PERSONA ENFERMA**, trabajo que presenta la **L.E. BELLO LÓPEZ NORMA LETICIA**, quien cursó el POSGRADO: **ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL: ATENCIÓN AL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

**ATENTAMENTE**

VOTOS APROBATORIOS			
	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME			
M. E. MA. DEL SOCORRO FAJARDO SANTANA			
DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ			
MTRA. ALMA ROSA MORALES PÉREZ			
M. EN C. PAOLA ADANARI ORTEGA CEBALLOS			

\*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

