



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL**

**INFORME DE TESINA:
“TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL ETAPA DE PREDIÁLISIS, EN EL
HOSPITAL I.E.S.S. RIOBAMBA, PERIODO ENERO A
JUNIO 2012”**

**AUTORES: Armas Nájera Johana Elizabeth
Parra Cazar Tony Hernán**

Tutor Metodológico: Dr. Gustavo Rojas Arévalo

Tutora Científica: Dra. Sayda Tamayo Rodríguez

RIOBAMBA, 5 DE ENERO DEL 2013

CERTIFICADO:

Dr. Ángel Mayacela

(f): _____

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. Sayda Tamayo Rodríguez

(f): _____

TUTORACIENTÍFICA

Dr. Gustavo Rojas Arévalo

(f): _____

TUTORMETODOLÓGICO

Mediante la presente certificamos que el Sr. **PARRA CAZAR TONY HERNÁN**, con cédula de ciudadanía N°: 0603187030 y Egresado de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la salud está ***APTO PARA LA DEFENSA PÚBLICA*** con el tema: **“TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL ETAPA DE PREDIÁLISIS, EN EL HOSPITAL I.E.S.S. RIOBAMBA, PERIODO ENERO A JUNIO 2012”**.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo el mismo hacer uso de este documento como bien lo quisiera.

Riobamba, 4 de enero del 2013

CERTIFICADO:

Dr. Ángel Mayacela

(f): _____

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. Sayda Tamayo Rodríguez

(f): _____

TUTORACIENTÍFICA

Dr. Gustavo Rojas Arévalo

(f): _____

TUTORMETODOLÓGICO

Mediante la presente certificamos que el Srta. **ARMAS NÁJERA JOHANA ELIZABETH** portadora de la cédula de ciudadanía N° 0201875481 y Egresada de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la salud está **APTA PARA LA DEFENSA PÚBLICA** con el tema: **“TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL ETAPA DE PREDIÁLISIS, EN EL HOSPITAL I.E.S.S. RIOBAMBA, PERIODO ENERO A JUNIO 2012”**.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo la misma hacer uso de este documento como bien lo quisiera.

Riobamba, 4 de enero del 2013

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA CIENTÍFICA

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado, presentado por la Srta. ARMAS NÁJERA JOHANA ELIZABETH y el Sr. PARRA CAZAR TONY HERNÁN, para optar al título de MEDICO GENERAL, y que acepto asesorar a los estudiantes en calidad de Tutora Académica, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 2 de mayo del 2012

(f): _____

Dra. Sayda Tamayo Rodríguez

ACEPTACIÓN DEL TUTOR METODOLÓGICO

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado, presentado por la Srta. ARMAS NÁJERA JOHANA ELIZABETH y el Sr. PARRA CAZAR TONY HERNÁN, para optar al título de MEDICO GENERAL, y que acepto asesorar a los estudiantes en calidad de Tutor Investigativo, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 2 de mayo del 2012

(f): _____

Dr. Gustavo Rojas Arévalo

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotros, ARMAS NÁJERA JOHANA ELIZABETH
y PARRA CAZAR TONY HERNÁN somos
responsables de todo el contenido de
este trabajo investigativo con
sus respectivos derechos
de autoría.

Autorizamos a la Universidad Nacional de Chimborazo,
para que haga de este proyecto de tesina o parte de
ella un documento disponible para su lectura,
consulta y procesos de investigación,
según las normas de la Institución.

RECONOCIMIENTO:

Nacemos para vivir, por eso hacemos este reconocimiento al capital más importante que tenemos en nuestra carrera que es el TIEMPO, ya que es tan corto nuestro paso por este planeta que sería una pésima idea no gozar cada paso y cada instante, con el favor de una mente que no tiene límites y un corazón que puede amar mucho más de lo que suponemos.

Además hacemos un grato reconocimiento a nuestros Tutores, pilar fundamental para la elaboración de este Informe de Tesina quienes con su conocimiento nos supieron guiar para culminar con este sueño anhelado.

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA:

Agradezco y dedico a Dios por ser dueño de mi vida,
bendecirme, cuidarme y estar conmigo a cada paso que doy.
A mis padres Mario y Rita, quienes a lo largo de mi vida han
velado por mi bienestar y educación, siendo mi apoyo
incondicional en todo momento, depositando su entera
confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar
ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad.
A mis hermanos Mario y Joseph por enseñarme que no hay
límites, que lo que me proponga lo puedo lograr.
A mis abuelitos por el apoyo incondicional que me
dieron a lo largo de mi carrera.

Johana Elizabeth Armas Nájera

Mi gratitud y agradecimiento total, a Dios por dejarme
existir y permitir llegar al final de la carrera.
A los docentes que me han brindado su orientación
profesional y ética en este larga y hermosa vocación.
A mis padres Heriberto y Adelita por ser el pilar
fundamental en todo lo que soy, por brindarme la
educación, tanto académica, como de la vida.
A mi hermana Neyla por brindarme a través del tiempo
su apoyo incondicional aunque sea a la distancia.
A mis hijas Gisela, Danna y Aliha porque ellas son la
razón de mi superación personal cada día.

Tony Hernán Parra Cazar

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
ÍNDICE DE TABLAS.....	i
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	iii
RESUMEN.....	v
SUMMARY.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2 FORMULACIÓN DE PROBLEMA.....	4
1.3 OBJETIVOS: General y Específicos.....	4
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 ANATOMÍA DEL RIÑÓN.....	7
2.2 FISIOLÓGÍA DEL RIÑÓN.....	8
2.3 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.....	9
DIALISIS.....	28
TRASPLANTE RENAL.....	29
2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.....	30
ANSIEDAD.....	33
DEPRESION.....	42
2.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	47
2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	48
CAPITULO III: MARCO METOLÓGICO	
3.1 MÉTODO.....	49

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	50
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
3.4 TECNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	51
 CAPÍTULO IV: ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
4.1 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	52
 CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES.....	54
5.2 RECOMENDACIONES.....	55
 BIBLIOGRAFÍA.....	 56
 ANEXOS.....	 58

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1:	
Distribución de la población según sexo en los pacientes que tienen trastornos psicológicos con insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012.....	59
 TABLA N° 2:	
Distribución de la población según edad en pacientes que tienen trastornos psicológicos con insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012.....	60
 TABLA N° 3:	
Distribución de afiliados conscientes de su insuficiencia renal en etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012”	62
 TABLA N° 4:	
Distribución de pacientes con insuficiencia renal que se encontraban en U.C.I. sin evaluación psicológica en etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012.....	63
 TABLA N° 5:	
Valoración psicológica utilizando el Test de Mayo en pacientes con insuficiencia renal en etapa de prediálisis, que presentan trastornos psicológicos en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012...	64

TABLA N° 6:

Porcentaje de pacientes según escala hospitalaria de depresión en pacientes con insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012..... **66**

TABLA N° 7:

Porcentaje de pacientes según ansiedad en enfermos con insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012”..... **68**

TABLA N° 8:

Porcentaje de pacientes con otros tipos trastornos que tienen insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012 **69**

TABLA N°9

TABULACION GENERAL DE DATOS..... **71**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 1:	
Distribución de la población según sexo en los pacientes que tienen trastornos psicológicos con insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012.....	59
 GRÁFICO N° 2:	
Distribución de la población según edad en pacientes que tienen trastornos psicológicos con insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012.....	61
 GRÁFICO N° 3:	
Distribución de afiliados conscientes de su insuficiencia renal en etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012”	62
 GRÁFICO N° 4:	
Distribución de pacientes con insuficiencia renal que se encontraban en U.C.I. sin evaluación psicológica en etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012.....	63
 GRÁFICO N° 5:	
Valoración psicológica utilizando el Test de Mayo en pacientes con insuficiencia renal en etapa de prediálisis, que presentan trastornos psicológicos en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012...	65

GRÁFICO N° 6:

Porcentaje de pacientes según escala hospitalaria de depresión en pacientes con insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012..... **67**

GRÁFICO N° 7:

Porcentaje de pacientes según ansiedad en enfermos con insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012” **68**

GRÁFICO N° 8:

Porcentaje de pacientes con otros tipos trastornos que tienen insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012 **70**

RESUMEN

La presente tesina tiene como tema “*Trastornos Psicológicos en pacientes con Insuficiencia Renal en Etapa de Prediálisis, Hospital I.E.S.S.Riobamba, Periodo Enero A Junio 2012.*” La investigación fue de tipo descriptivo, con observaciones sistemáticas para la recopilación de información, que permitió identificar las características de los trastornos psicológicos de pacientes de insuficiencia renal. El estudio fue de tipo retrospectivo, porque se indagó hechos pasados. El diseño de la investigación fue de carácter no experimental cuali-cuantitativo, y está orientada para medir o evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En este estudio se seleccionó una serie de aspectos especificados como variables e indicadores de estudio; los que se midieron y contrastaron en la información bibliográfica y otras investigaciones sobre el tema. Después de haber realizado este estudio, hemos obtenido resultados que nos servirán a futuro para poder conocer más de cerca las causas, origen y factores de riesgo psicológicos en pacientes con insuficiencia renal en etapa de prediálisis. En la observación de la población según edad tenemos que el 66,6% son mayores de 50 años y el 16,7% corresponden al grupo etario entre 31 y 40 años y el resto distribuido en menos de 30 años y entre 41 y 50 años. Cabe mencionar que la prevalencia de sexo indica que de los 18 pacientes fueron 10 pacientes hombres 8 pacientes mujeres. Además en nuestro universo poblacional el 27,8% se encontraron en la Unidad de Cuidados Intensivos los cuales no pudieron ser evaluados y el 72,2% no se encontraron en Unidad de Cuidados Intensivos y de estos 13 pacientes el 38,9% conocían su enfermedad base.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE IDIOMAS

SUMMARY

The theme of this research work is "Psychological disorders in patients with renal failure in predialysis, Hospital IESS Riobamba, January to June 2012. The research was descriptive, with systematic observations for gathering information, which identified the characteristics of psychological disorders in renal failure patients. The study was retrospective, because this investigation analyzed past events. The research design was non experimental qualitative and quantitative, and it is intended to measure or evaluate various aspects, dimensions or components of the phenomenon under investigation. In this study, a number of issues and indicators specified as study variables, which were measured and contrasted in the bibliographic information and other researches on the topic. After completing this study, we obtained results that will be useful in the future to learn more about the causes, origin and psychological risk factors in patients with renal failure in predialysis. In observation of the population according to the age, the 66.6% are older than 50 years old and 16.7% are in the age group between 31 and 40 years old and the rest distributed in less than 30 and between 41 and 50 years old. It is noteworthy that the prevalence of sex indicates that from the 18 patients 10 were male patients, eight female patients. In addition in the population universe, the 27.8% were in the intensive care unit therefore, they could not be evaluated and 72.2% were not found in the Intensive Care Unit and 13 patients 38.9% were aware of their based disease.

Translation of the summary corrected by Mgs. Narcisca Fuertes.
Professor at Languages Center
Health Sciences Faculty
January 3rd. 2013.

CENTRO DE IDIOMAS



INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad que trae severas consecuencias para quien la padece así como para su entorno familiar ya que de no ser posible un trasplante de riñón se tiene la opción de un tratamiento renal sustitutivo, la diálisis, que en sus distintas modalidades resulta un tratamiento que invade la calidad de vida del paciente y de su familia, siendo esta última quien busca la manera de afrontar las diversas necesidades que surgen a partir del diagnóstico durante y después ⁽⁷⁾.

Entonces, es necesario, para la planeación de las intervenciones, conocer cuáles son los cambios que se propician a partir de una alteración en la vida cotidiana a la que se está acostumbrado a llevar el paciente, la cual puede ir desde la economía familiar hasta generar algunos trastornos o frustraciones en el paciente y los miembros de la familia, los mismos que pueden llegar a complicar o a desintegrar la misma, de tal manera que la propuesta se pueda generar en base a las necesidades reales y permita resolver los problemas emocionales que se generan a partir de la enfermedad ⁽⁸⁾.

El propósito de este trabajo hospitalario es influir en la generación de caminos de intervención en el área de la psicología en salud, en la cual se promueve el desarrollo de técnicas y/o estrategias en pro de la salud integral, no sólo de quien la padece, sino también de la familia que acompaña directamente al enfermo.

El problema de la insuficiencia renal es cada vez más frecuente en el Hospital I.E.S.S Riobamba y por eso en esta casa de salud existe el “COMITÉ DE DIÁLISIS” que es un programa que representa una alternativa de tratamiento para pacientes con esta patología. Este comité se encarga de identificar los entornos de cada paciente y las condiciones nutricionales, económicas, sociales, culturales, los mismos que puedan estar influyendo a la expansión de esta enfermedad. En este contexto se busca que el hospital mejore aún más su nivel de atención y se proyecte como una institución que brinde servicios de calidad aportando elementos que favorezcan con el tratamiento psicológico y clínico de esta patología a corto y largo plazo.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiencia renal es considerada en los países del primer mundo como una epidemia, en el Ecuador, cada año se suman aproximadamente mil personas a la lista, de no recibir tratamiento a tiempo, el paciente corre peligro de morir, es por esto que en nuestro país según la constitución La IRC fue declarada como enfermedad catastrófica, siendo así el gobierno asumiría los gastos de Hemodiálisis. Pero pese a que en el país existe tecnología de punta y profesionales capacitados, el presupuesto es el principal impedimento para afrontar esta enfermedad, pues un paciente no puede correr con los gastos que demandan los tratamientos.

En nuestro país, tres personas mueren diariamente esperando la donación de un órgano, 1.700 anualmente presentan algún tipo de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y al menos 500 de ellas son candidatas potenciales a un trasplante ⁽¹¹⁾.

Mientras que en la ciudad de Riobamba, el Hospital del I.E.S.S. cuenta con un “COMITÉ DE DIÁLISIS” conformado por un Médico Nefrólogo, una Psicóloga clínica, una Nutricionista y un grupo de enfermeras capacitadas, los cuales se encargan de prestar oportunamente ayuda médica, psicológica, nutricional a pacientes con insuficiencia renal crónica en etapa de prediálisis, motivo por el cual esta institución se ha convertido para el afiliado en el centro de salud referente de enfermedades consideradas catastróficas.

El paciente con IRC necesita de un tratamiento específico para remplazar la función del riñón, los cuales son: máquina de hemodiálisis, la diálisis peritoneal o un trasplante de riñón, los mismos que se les debe brindar soporte psicológico adecuado, antes de su aplicación, para que el paciente pueda afrontar adecuadamente su enfermedad.

La psicóloga, desempeña un rol de gran interés en los pacientes con insuficiencia renal en etapa de prediálisis, ya que permitirá conocer al paciente desde una perspectiva más integral, y así poder proporcionar ayuda psicológica adecuada, pero para que pueda prestarle esa ayuda, es preciso que la psicóloga/o cuente con la confianza del paciente. La segunda premisa es que siempre es necesario “adaptarse al nivel del paciente” ayudándole principalmente con una labor informativa y de acercamiento mediante el diálogo.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los trastornos psicológicos en pacientes con insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los trastornos psicológicos en pacientes con insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.3.2.1 Conocer el universo poblacional de pacientes con insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012 y clasificarlo según edad y sexo.

1.3.2.2 Identificar las alteraciones psicológicas en pacientes con insuficiencia renal etapa de prediálisis, en el hospital I.E.S.S. Riobamba, periodo enero a junio 2012.

1.3.2.3 Determinar cuantos pacientes se encontraban en U.C.I.

1.3.2.4 Establecer en los pacientes otros de tipos de trastornos.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Siendo la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) una de las diez primeras causas de muerte según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se puede observar de forma asombrosa, que estos índices de morbilidad aumentan aceleradamente, a pesar de que en la actualidad se cuenta con tratamientos médicos avanzados para la insuficiencia renal, lo que debería encaminar a la disminución de las estadísticas de morbilidad por esta patología ⁽⁷⁾.

En el Ecuador, según el (IARE) Instituto de Atención Renal Especializada, cada año, se registran hasta 3000 nuevos casos; es decir que en 10 años se han acumulado hasta 30 mil pacientes de los cuales la mayoría ya falleció ⁽¹¹⁾.

La Fundación Renal del Ecuador indica que el 68% de IRC es por causa cardiovascular y el 10,5% infecciosa como lo señala la literatura mundial ⁽¹¹⁾.

La IRC fue declarada en nuestro país como enfermedad catastrófica, la misma que en las **Garantías del Estado** en el Art. 50 de la Constitución de la República del Ecuador señala: “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente. Mientras en la **Reforma a la Ley Orgánica de Salud** del 9 de noviembre del 2011, se aprobó el proyecto de reformas a la Ley Orgánica de Salud que incluye el tratamiento de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas. El Ministerio de Inclusión Económica y Social (M.I.E.S.) ejecutará los programas de atención y protección social a las familias que tengan entre sus miembros a personas con estas enfermedades, mediante la aplicación de políticas de inclusión social, igualdad y protección en coordinación con el M.S.P. ⁽¹²⁾.

En el Ecuador son escasas las investigaciones de este tipo, sin embargo, se está dando la importancia necesaria debido a que es un problema que afecta a

personas del mundo entero y nuestro país no es la excepción; las alteraciones psicológicas son una respuesta al estrés que les produce sobrellevar esta enfermedad, su tratamiento y cambios en su estilo de vida ⁽¹¹⁾.

A nivel de Chimborazo y especialmente en el hospital I.E.S.S. Riobamba no se ha encontrado estudios acerca del problema planteado, siendo esta la pionera en establecer parámetros que incentiven a nuevas investigaciones, debido a la importancia del tema donde los pacientes con dicha enfermedad tienen que ser sometidos a hemodiálisis cuatro horas diarias, tres veces a la semana, siendo propensos a adquirir patologías psicológicas como ansiedad, depresión, donde se ven afectados diversos actividades de su vida diaria como lo laboral, social y personal.

La investigación es factible porque se cuenta con la población a estudiarse y se trata de afiliados del I.E.S.S. de la ciudad de Riobamba, que cuenta con estructura física y tecnológica de punta, la predisposición del equipo de salud *Comité de Diálisis* para proporcionar datos, y por otra parte conocedores de que la patología es considerada como una enfermedad catastrófica ha sido de nuestro interés adentrarnos en esta esfera de la salud poco explorada, ya que por lo general se da énfasis en la parte clínica descuidando de alguna manera el estado psicológico del paciente y su entorno familiar, en donde se verá alterada sus condiciones de vida, con el agravante de que muchas veces se realiza elevados gastos con “pocas recompensas”.

Cabe destacar también la apertura total del Hospital I.E.S.S. de la ciudad de Riobamba para realizar este trabajo y así englobar tanto los factores físicos, clínicos y psicológicos presentes en los pacientes con IRC en etapa de prediálisis.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. ANATOMÍA DEL RIÑÓN



Es un órgano par retroperitoneal ubicada a cada lado de la columna vertebral entre L1 y L4 en posición erguida y T12 y L3 sentado, pesa alrededor de 135 a 150 gr. cada uno y tienen un color café rojizo. Los riñones miden de 10 a 12 cm. de longitud, 7 de ancho y de 2 a 3 de espesor, el riñón izquierdo es algo más largo y grande que el derecho. Presentan una cara anterior y posterior, borde externo e interno y polos superior e inferior.

Están cubiertos por 3 capas que cumplen la función de mantener en su lugar y proteger a los riñones:

1. **Cápsula Renal:** membrana lisa, trasparente y fibrosa, es la continuación de la cubierta externa del uréter.
2. **Cápsula Adiposa:** tejido graso que rodea la cápsula renal, protege al riñón de traumatismos y lo sostiene en su posición.
3. **Fascia:** Tejido conectivo que une el riñón a las estructuras circundantes y a la pared abdominal.

La región cortical tiene un color oscuro y es granulosa, a simple vista se puede ver en la corteza 3 sustancia, **corpúsculos**, **laberinto cortical** y **rayos medulares**.

La región medular presenta de 6 a 12 regiones estriadas definidas, pálidas las **pirámides renales**, la base de las pirámides está orientada hacia la corteza, a la zona de unión de la corteza y la médula se denomina borde cortico medular, mientras que el vértice se denomina **papila renal** y está perforado por 20 o más aberturas de los **conductos de Bellini**, denomina **área cribosa** ⁽¹³⁾.

La porción de la corteza que descansa en la base de la pirámide se denomina arco cortical. Las pirámides están separadas por material que da la impresión de corteza, los espacios son denominados *columnas corticales o de Bertin*. Cada arco cortical, con su respectiva medula y columnas forman a un *lóbulo del riñón*.

La cara interna de los riñones presenta una cisura vertical denominada hilio, que da paso a los vasos sanguíneos y al uréter, esta cisura se proyecta hacia dentro del riñón y forma al *seno renal*, el cual está tapizado por la continuación de la cápsula y contiene a los vasos renales y a la pelvis renal. La pelvis renal es un conducto tubular que se divide dentro del riñón en cálices mayores (de 2 a 3 en cada riñón), estos a su vez se subdividen en cálices menores los cuales rodean y engloban a las papilas.

2.2. FISILOGIA RENAL

En la nefrona se dan tres procesos principales que intervienen en el volumen y composición de la orina que son:

1. Filtración glomerular.
2. Reabsorción de una sustancia desde el líquido tubular a la sangre.
3. Secreción de una sustancia desde la sangre al líquido tubular

La nefrona, en el hombre existen 1 millón de nefronas, unidad básica del funcionamiento del riñón produce esencialmente un filtrado prácticamente libre de proteínas a nivel del glomérulo. Este filtrado contiene numerosos iones y moléculas pequeñas, que son reabsorbidas a distintos niveles de los túbulos para formar la orina definitiva. La filtración glomerular es, esencialmente, un proceso físico, mientras que en la absorción y secreción tubulares intervienen mecanismos de transporte además de fuerzas físicas.

Las paredes de los capilares glomerulares responsables de la filtración tienen, en conjunto un área de $\pm 1 \text{ m}^2$. Estas paredes son permeables para moléculas de un peso molecular inferior a 15.000, de modo que muchos azúcares, aminoácidos y péptidos de menor tamaño sería eliminados en la orina sin un mecanismo de reabsorción tubular.

Filtración glomerular

Las paredes de los capilares glomerulares, están especializadas gracias a los poros de la capa endotelial y los podocitos en dejar pasar solo las moléculas pequeñas mediante un proceso de filtración que sigue las leyes de la física. La tasa de filtración molecular depende de los siguientes factores (que pueden estar relacionados entre sí):

- Flujo de sangre en el glomérulo (flujo renal).
- Permeabilidad de la pared capilar que actúa como filtro.
- Presión hidrostática en el interior de los capilares glomerulares. Debida a su posición entre las arterias aferente y eferente, esta presión es bastante elevada.
- Presión osmótica debida a las diferentes concentraciones de solutos a ambos lados de la pared.
- Presión hidrostática en el interior de la cápsula de Bowman.

Cualquier alteración de uno de estos parámetros influirá sobre la velocidad o tasa de filtración. Por ejemplo, un aumento de la presión en los capilares por aumento del tono vascular, aumentará la tasa de filtración.

2.3 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Definición:

Es la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ⁽¹³⁾.

También se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número

de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas.

La afectación o daño renal pueden determinarse por marcadores directos e indirectos, independientemente del factor causal precipitante (**cuadro1**)⁽¹³⁾.

- **Directa.-** por alteraciones histológicas en la biopsia renal.
- **Indirecta.-** por marcadores de daño renal como albuminuria o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen⁽¹¹⁾.

Cuadro I. Definición de enfermedad renal crónica (KDIGO).
<p>1. Daño renal \geq 3 meses, definido como alteraciones renales funcionales o estructurales, con o sin disminución en la TFG, que pueden llevar a una disminución de la TFG, manifestado por cualquiera de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anormalidades por patología renal.• Marcadores de daño renal, incluyendo anormalidades en la composición de la sangre u orina o anormalidades en los estudios de imagen renal.
<p>2. TFG $<$ 60 mL/min/1.73 m²SC por \geq 3 meses, con o sin daño renal</p> <p>KDIGO = KidneyDisease: Improving Global Outcome TFG = Tasa de filtración glomerular; SC = Superficie corporal.</p>

Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica

Implica unos mecanismos iniciadores específicos de la causa, así como una serie de mecanismos progresivos que son una consecuencia común de la reducción de la masa renal. Esta reducción de la masa renal causa hipertrofia estructural y funcional de las neuronas supervivientes. Esta hipertrofia compensadora está medida por moléculas vaso activas, citosinas y factores de crecimiento, y se debe inicialmente a

una hiperfiltración adaptadora, a su vez medida por un aumento de la presión y el flujo capilares glomerulares ⁽¹³⁾.

Indicadores de una falla renal.

Excreción de productos de desecho

La excreción de productos de desecho nitrogenados tiene lugar sobre todo en la filtración glomerular. Normalmente se mide la urea y creatinina como índices de haber una retención de productos de desecho. Las concentraciones de nitrógeno no proteico también son afectadas por factores extrarrenales; proteína de la dieta, sangre en el tracto gastrointestinal y degradación de tejidos. De igual manera las drogas catabólicas (glucocorticoides) y antianabólicas (tetraciclina) elevaran el nitrógeno, estos factores extra renales pueden producir un ascenso del nitrógeno pero no representar un descenso de la filtración glomerular.

El clearance de creatinina es un medio seguro de evaluación del filtrado glomerular. La *Creatinina* (valor normal es de 0.7 a 1.3 mg/dL para los hombres y de 0.6 a 1.1 mg/dL para las mujeres) la misma que dependerá de la masa muscular, edad, sexo y secreción tubular entre otros factores. El riñón es capaz de perder hasta un 50% de su función sin reflejar un incremento en la creatinina sérica. La recogida de orina de 24 horas está sujeta, a su vez, a variaciones importantes y errores considerables.

La retención de productos de desecho nitrogenados está asociado con cefalea, náuseas, vómitos, urohidrosis cristalina (precipitación de cristales de urea en la piel al evacuarse el sudor), alteración de la función plaquetaria, menor producción y sobrevida de los eritrocitos, serositis, neuropatías y función endocrina anormal.

Los productos metabólicos nitrogenados pueden ligarse a proteínas, desplazando drogas. Por tanto, habrá una concentración aumentada de droga libre y mayor posibilidad de toxicidad ⁽¹³⁾.

Volumen

Un descenso del IFG reduce la carga filtrada de sodio, siendo la ingesta de sodio constante, por lo tanto para que se mantenga el balance del sodio, debe excretarse una mayor proporción de sodio, para que esto ocurra el porcentaje de sodio filtrado reabsorbido debe disminuir. Factores físicos asociados con hiperperfusión de las nefronas favorecerá a la excreción de sodio.

El riñón en la insuficiencia renal no puede responder rápidamente a incrementos o disminuciones de la ingesta de sodio y se comporta como si la capacidad excretora máxima estuviera limitada y como si existiera una velocidad de excreción de sodio obligada que no puede reducirse en forma aguada ⁽¹³⁾.

Tonicidad

Una ingesta excesiva o una restricción de agua puede ocasionar estados hiposmótico se hiperosmóticos. Si el mecanismo de la sed está intacto, la osmolaridad puede ser regulada adecuadamente durante la insuficiencia renal ⁽¹³⁾.

Potasio

El problema más común del metabolismo del potasio en una IRC es la aparición de una hiperkalemia. La excreción de potasio depende de la reabsorción y secreción de sodio. Los pacientes con IRC sometidos a restricción de potasio pueden desarrollar un balance de sodio negativo. En la IRC desempeñan un papel de protección los mecanismos extrarenales de utilización del potasio, como la adaptación del intestino a secretar potasio ⁽¹³⁾.

Ácido- Base

En la IRC la reducida capacidad de producción de amoníaco, la incapacidad de aumentar la excreción de ácido titulable y cierto grado de alteración de la reabsorción de bicarbonato contribuyen a la incapacidad de excretar el ácido neto producido por día. El hidrogenión retenido titula los buffers del líquido extra e intracelular estimulando una mayor excreción de CO₂, llevando a un descenso de las

concentraciones de bicarbonato. Sin embargo en la IRC entra en juego la capacidad buffer del hueso, estos buffers producen una aparente estabilización de la concentración del bicarbonato en el suero y desmineralización parcial del hueso, por lo que permiten un balance positivo de los hidrogeniones por un buen tiempo, por lo cual también se debería realizarse gasometría ⁽¹³⁾.

Calcio, Fósforo y Vitamina D

La retención de fosfato en la IRC reduce la concentración de calcio ionizado, estimulando así la liberación de la hormona paratiroidea, la cual aumenta la excreción renal de fosfato y estimula la liberación de calcio del hueso y la reabsorción renal de calcio, descendiendo las concentraciones de fosfato y aumentando la concentración de calcio ionizado. Permitiendo así que se mantenga dentro de los límites las concentraciones de calcio y fósforo.

La hormona paratiroidea contribuye al desarrollo de osteodistrofia renal y al prurito en la IRC. La excesiva hormona paratiroidea puede reducir la reabsorción de bicarbonato en el túbulo proximal y contribuir a la acidosis de la uremia. A medida que avanza la enfermedad, se reduce la producción de 1,25-dihidroxitamina D3 que tiene lugar en las células tubulares renales; al descender la concentración de la forma activa de la vitamina D3 disminuye la absorción de calcio en el intestino, resultando un balance de calcio negativo, mayor estimulación de la hormona paratiroidea y mayor posibilidad de osteodistrofia renal ⁽¹³⁾.

Hormonas

El riñón es fuente de eritropoyetina, renina y prostaglandinas.

La producción de *Eritropoyetina* (rango normal es de 0 a 19 mU/mL) disminuye conforme la enfermedad avanza, la pérdida de eritropoyetina contribuye a la anemia de la IRC, aun así la pérdida no total de eritropoyetina contribuye a mantener la masa de eritrocitos. En consecuencia a un paciente con IRC no le permite mantener la vida sin diálisis, una nefrectomía agravará la anemia.

La *Renina* (valor normal 0.2 a 3.3 ng/mL/hora) en una IRC se ve aumentada generando una hipertensión, pero la mayoría de las formas de hipertensión en una IRC son dependientes del volumen ⁽¹³⁾.

Prevalencia de la enfermedad renal crónica

En realidad la descripción epidemiológica de la ERC se ha establecido según la información sobre la IRCT. En nuestro país las cifras están en torno a 126 casos por millón de población, objetivándose las tasas más altas de incidencia y prevalencia en el grupo mayor de 65 años ⁽¹³⁾.

Estadios evolutivos de la IRC

La gravedad de la enfermedad renal crónica se ha clasificado en 5 estadios en función del filtrado glomerular y de la presencia de proteinuria (**Tabla 1**) ⁽¹³⁾.

Tabla 1		
<i>Estadios de gravedad de la enfermedad renal crónica</i>		
Estadios	Descripción	FG (ml/min 1,73 m2)
1	Lesión renal con FG normal o hiperfiltración	> 90
2	Lesión renal con leve FG	60 –89
3	Moderado FG	30 – 59
4	Avanzado FG	15 – 29
5	insuficiencia renal	< 15 o D

Los estadios 1 y 2 requieren la presencia de lesión renal (en sedimento, pruebas de imagen e histología).

Los estadios 3-5 pueden tener como única característica el deterioro del filtrado glomerular.

(FG).

D: en programa de diálisis.

FACTORES DE RIESGO

Existen factores de riesgo de inicio o desarrollo de la enfermedad renal crónica y, asimismo, factores de riesgo de progresión. Los factores característicos iniciadores son: edad superior a 60 años, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardiovascular o antecedentes familiares de enfermedad renal.

La proteinuria y la hipertensión arterial son los dos factores de riesgo de progresión modificables mejor documentados (**Tabla 2**)⁽¹³⁾.

Tabla 2 <i>Factores de riesgo de desarrollo y/o progresión de la enfermedad renal Crónica</i>	
<ul style="list-style-type: none">• Edad avanzada• Raza negra• Diabetes• Sexo masculino• Hipoalbuminemia• Dislipidemia• Sobrepeso	<ul style="list-style-type: none">• Hb A1C• Hiperfosforemia• Anemia• Nacimiento con bajo peso• Tabaquismo• Hiperuricemia

La diabetes es un potente factor iniciador. De hecho, es la causa más frecuente de enfermedad renal crónica terminal. Como factor de progresión tiene otros condicionantes como los niveles elevados de Hemoglobina A1C. En estadios más avanzados de la enfermedad renal crónica su influencia depende del grado de proteinuria. En pacientes diabéticos y no diabéticos la enfermedad progresa igual con similares niveles de proteinuria.

Otras circunstancias que predisponen a un desenlace renal desfavorable son: comorbilidad, complicaciones sistémicas, factores reversibles o evitables de lesión renal, o la derivación tardía al nefrólogo⁽¹³⁾.

Son condiciones no modificables:

- **Edad avanzada:** es un factor de riesgo de enfermedad renal crónica, pero no un factor de progresión en sí mismo, más allá del deterioro funcional natural con la edad («riñón del viejo»).

- **Sexo masculino:** se ha descrito en estudios poblacionales como predictor independiente de padecer enfermedad renal crónica. No está claro como factor de progresión.

- **Raza negra o afroamericana:** en Estados Unidos está demostrada una mayor incidencia de enfermedad renal terminal en la población afroamericana. Esta circunstancia debe atribuirse principalmente a la mayor prevalencia de hipertensión arterial grave, peores circunstancias socioculturales y posibles factores genéticos.

- **Nacimiento con bajo peso:** el bajo peso al nacer está asociado a un reducido número de nefronas y desarrollo posterior de enfermedad renal crónica. De hecho, la pérdida adquirida de masa renal, experimental o clínica, se asocia a hipertensión glomerular e hiperfiltración.

- **Privación sociocultural:** los estudios epidemiológicos demuestran claramente que el bajo nivel social, cultural y económico se asocia a peor salud. La enfermedad renal no escapa a estas circunstancias. Lógicamente, la capacidad de actuación del nefrólogo es más limitada en este aspecto ⁽¹³⁾.

Manifestaciones clínicas y signos de IRC

Cuando la función renal está sólo mínimamente alterada (filtrado glomerular: 70-100% del normal), la adaptación es completa y los pacientes no muestran síntomas urémicos.

A medida que la destrucción de las nefronas progresa, disminuye la capacidad de concentración del riñón y para eliminar la carga obligatoria de solutos aumenta la diuresis; La poliuria y nicturia son los primeros síntomas.

Cuando el filtrado glomerular cae por debajo de 30 ml/min aparecen progresivamente los síntomas que conforman el síndrome urémico: anorexia y náuseas, astenia, déficit de concentración, retención hidrosalina con edemas, parestesias e insomnio. Sin embargo, especialmente cuando la enfermedad renal evoluciona muy lentamente, hay enfermos que persisten prácticamente asintomáticos hasta etapas terminales, con filtrados glomerulares incluso de 10 ml/min o menos.

Las manifestaciones clínicas y bioquímicas más características, agrupadas por aparatos y sistemas (**Tabla 3**)⁽¹³⁾.

Tabla 3	
<i>Manifestaciones clínicas y bioquímicas características de la I.R.C</i>	
Sistema nervioso	
<i>Encefalopatía urémica</i>	Dificultad de concentración, obnubilación, mioclonias, asterixis
<i>Polineuropatía periférica</i>	Difusa, simétrica y principalmente sensitiva. Síndrome de las piernas inquietas de predominio nocturno.
<i>Neuropatía autonómica</i>	Hipotensión ortostática, respuesta anormal a la maniobra de Valsalva y trastornos en la sudoración.
Sistema hematológico	
<i>Anemia</i>	Palidez, astenia, taquicardia, angina hemodinámica
<i>Déficit Plaquetario</i>	Equimosis, menorragias, sangrado prolongado después de pequeñas heridas.
<i>Déficit inmunitario</i>	Inmunidad celular y humoral. Respuesta a antígenos víricos y vacunas disminuida. Número de linfocitos B reducido. Alergia cutánea

Sistema cardiovascular	
<i>Hipertensión arterial</i>	Pericarditis
<i>Insuficiencia cardiaca congestiva</i>	Claudicación intermitente
<i>Angina de pecho</i>	Accidentes cerebrales vasculares
<i>Arritmias</i>	
Aparato digestivo	
<i>Anorexia</i>	Hemorragia digestiva alta o baja
<i>Nausea y vómito</i>	Diverticulitis
Sistema locomotor	
<i>Prurito</i>	Trastornos del crecimiento
<i>Dolores óseos</i>	Debilidad muscular
Sistema endocrino	
<i>Dislipidemia</i>	Alteraciones de la función sexual y reproductiva Ginecomastia (aumento de los niveles de prolactina)
<i>Hiperglucemia</i>	
<i>Hiperinsulinemia</i>	
Trastornos electrolíticos y del equilibrio ácido-base	
<i>Hiperfosfatemia</i>	Hiponatremia
<i>Hipocalcemia</i>	Hiperpotasemia
<i>Hipermagnesemia</i>	Acidosis metabólica

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LA IRC

En el diagnóstico de la enfermedad renal crónica deben aplicarse los preceptos generales de la práctica de la medicina interna.

1. Historia clínica

Debe prestarse atención especial a los síntomas urinarios, como nicturia, poliuria, polidipsia, disuria o hematuria. También hay que obtener una historia completa de enfermedades sistémicas, exposición a tóxicos renales, infecciones y posibles antecedentes familiares de enfermedad renal.

2. Exploración física

Debe registrarse el peso, la talla y posibles malformaciones y trastornos del desarrollo. Obviamente es importante la presión arterial, el examen del fondo de ojo, la exploración del sistema cardiovascular y del tórax, y la palpación abdominal, buscando masas o riñones palpables con contacto lumbar.

En los hombres es imprescindible el tacto rectal para examinar la próstata.

En las extremidades pueden verse signos de edema y debe explorarse el estado de los pulsos periféricos ⁽¹³⁾.

3. Exámenes de laboratorio

Biometría Hemática.- anemia, plaquetopenia.

Química sanguínea.- diabetes.

Perfil renal.- ácido úrico, creatinina, BUN.

Clearance de creatinina

4. Diagnóstico por la imagen:

La ecografía.- es una prueba obligada en todos los casos para comprobar primariamente que existen dos riñones, medir su tamaño, analizar su morfología y descartar la obstrucción urinaria. La poliquistosis renal, la amiloidosis o la diabetes pueden cursar con riñones de tamaño normal o aumentado.

La Eco-Doppler.- es útil en manos experimentadas como primer escalón diagnóstico de la estenosis unilateral o bilateral de la arteria renal.

La angiorresonancia magnética (angio-RM) con CO2 obvia la toxicidad por contraste, pero por ser un procedimiento arterial, aumenta el riesgo de enfermedad ateroembólica en pacientes con arteriopatía periférica.

La angio-RM con intensificación de imagen ofrecen excelente información del árbol vascular sin necesidad de emplear gadolinio.

La TAC.- es una prueba que se puede utilizar para comprobar que existen dos riñones, medir su tamaño, analizar su morfología y descartar la obstrucción urinaria. Se puede igual observar masas tumorales, quistes, alteraciones en el tracto urinario, etc. pero sería bueno evitar el contraste, ya que en muchos de los casos puede ser nefrotóxico.

Biopsia Renal.- Si se efectúa en etapas precoces de la enfermedad renal crónica la información puede ser útil. En fases avanzadas a menudo nos encontraremos con riñones esclerosados y fases terminales de la enfermedad ⁽¹³⁾.

La Angiografía Digital.- es el estándar de referencia en el diagnóstico de las enfermedades vasculares renales. Tiene el inconveniente de la toxicidad del contraste.

La Urografía Intravenosa.- contraindicada porque es nefrotóxico y seguramente precipitará la entrada en diálisis.

TRATAMIENTO

Objetivos:

1. Actitud ante factores evitables o reversibles
2. Optimizar, prevenir o retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica.
3. Renoprotectores.

1. Actitud ante factores evitables o reversibles

Existen factores que aceleran el deterioro renal independientemente del ritmo de progresión propio de la enfermedad renal crónica. Muchos son reversibles, por lo que es imprescindible reconocerlos y corregirlos (**Tabla 4**).

Tabla 4	
<i>Factores potencialmente reversibles capaces de empeorar el grado de insuficiencia renal</i>	
Factores	Causas frecuentes. Actitud
<i>Depleción de volumen</i>	Uso excesivo de diuréticos. Perdidas digestivas por vómito y diarrea
<i>Obstrucción</i>	Realizar tacto rectal y ecografía. Eventualmente colocar sonda vesical o nefrostomía
<i>Trastornos metabólicos</i>	Las más frecuentes son : hiponatremia, hiperpotasemia, acidosis metabólica, hipercalcemia
<i>Infecciones</i>	Facilitadas por catéteres y sondas, que deben evitarse si no son imprescindibles. Las infecciones sistémicas pueden comprometer el flujo sanguíneo renal y empeorar la insuficiencia renal
<i>Agentes diagnósticos</i>	Contraste Yodado Gadolinio
<i>Fármacos que deben evitarse o ajustar dosis (los más frecuentes)</i>	Aminoglucósidos Antiinflamatorios no esteroideos Anfotericina Citostaticos Aciclovir Inhibidores de la ciclooxygenasa 2 Digoxina Quinolonas Etambutol

Recientemente se ha demostrado el riesgo de desarrollar fibrosis sistémica neurogénica con el empleo de gadolinio en la RM, por lo que está contraindicado en pacientes con enfermedad renal crónica moderada y grave.

1. Optimizar, prevenir o retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica.

El manejo conservador de la enfermedad renal crónica tiene como principal objetivo prevenir o retrasar la progresión de la enfermedad. Se trata, fundamentalmente, de instaurar medidas antiproteínúricas.

Optimizar:

- Perfil Lipídico
- Perfil Hidrocarbonado
- Presión arterial: en pacientes con enfermedad renal crónica debe ser " 130/85 mmHg. En caso de proteinuria > 1 g/24 h debe ser " 125/75 mmHg.
- Proteinuria: el objetivo es reducir la proteinuria a < 0,5 g/día, e idealmente llevarla a rango microalbuminúrico.

2. Renoprotección.

Las intervenciones y objetivos de renoprotección y de manejo de las complicaciones se resumen en la **tabla 5**. Antes del manejo dietético y farmacológico de la hipertensión arterial y de la proteinuria, debe hacerse especial.

Hincapié en unas premisas que no por obvias y repetidas deben dejar de prescribirse y vigilar:

- Control del peso con dieta y ejercicio acorde.
- Suspensión del consumo de tabaco.
- Optimización del perfil lipídico e hidrocarbonado ⁽¹³⁾.

Tabla 5	
<i>Intervenciones y objetivos de renoprotección y de manejo de las complicaciones</i>	
Intervención	Objetivo
IECA o ARA II	Proteinuria < 0,5 g/día, ↓ del FG < 2ml/min/año
Antihipertensivos	Presión arterial < 130/85 mmHg Si proteinuria > 1 g; presión arterial > 125/75 mmHg
Restricción salina	3 - 5 g/día (51 – 85 meq/día)
Restricción proteica	0.6 – 0.8 g/Kg/día (6.5 – 9 de nitrógeno en orina/día)
Eritropoyetina +/- hierro (oral, o, v, i)	Hemoglobina 11 – 13 g/dl
Dieta, ligantes de fosforo o derivados de la vitamina D	En función de estadio de la enfermedad renal crónica
Estatinas, Ezetimiba	LDL < 100 mg/dl
Antiagregantes plaquetarios (ácido acetilsalicílico, clopidrogel)	Profilaxis de trombosis
Control de la glicemia	Hb A1C < 7%, óptimo < 6,5%
Suplementos de bicarbonato	Bicarbonato > 20 mEq/ l
Consejos sobre el tabaquismo	Abstinencia
Ejercicio físico acorde	Control del peso, < claudicación, < resistencia a la insulina
<i>ARA II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.</i>	

Medidas farmacológicas de control de la presión arterial y renoprotección.

La progresión de la enfermedad renal crónica está más condicionada por factores hemodinámicos y metabólicos que por la actividad de la enfermedad renal primaria (13).

Bloqueantes del eje renina-angiotensina-aldosterona

Su carácter renoprotector y cardioprotector va más allá del efecto antihipertensivo. Son especialmente eficaces en las nefropatías proteinúricas, siendo la nefropatía diabética el caso más paradigmático. Reducen la presión intraglomerular, y como consecuencia la proteinuria en un 30-40%. Son más efectivos en pacientes que reciben diuréticos y dieta hiposódica. Es dudoso su efecto renoprotector en casos de enfermedad renal crónica avanzada.

Los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y los antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA II) se consideran igualmente eficaces como antihipertensivos y antiproteinúricos; difieren en que los IECA provocan una considerable incidencia de tos, que limita su empleo.

Suelen manejarse las dosis recomendadas como antihipertensivas. Actualmente se intenta la administración de dosis suprafisiológicas en casos de proteinuria resistente. Se sugiere que la combinación de IECA y ARA II resulta más beneficiosa que el uso individual; sin embargo, la seguridad a largo plazo de este grupo de fármacos, y en especial su uso combinado en estadios 3-5 de la enfermedad, no está verificada.

Los bloqueantes del eje RAA están contraindicados en pacientes con estenosis de arteria renal bilateral o con lesiones vasculares renales distales difusas graves, ya que pueden reducir seriamente el filtrado glomerular. Deben vigilarse los valores de creatinina sérica 7-10 días después de iniciar la administración del fármaco (elevaciones de hasta un 30% son tolerables, dados los beneficios antiproteinúricos).

La administración de estos fármacos conlleva riesgo de hiperpotasemia. Incrementos discretos del potasio sérico (hasta 6 mEq/l) son tolerables. Es infrecuente tener que suspender su uso por hiperpotasemia⁽¹³⁾.

Antagonistas del calcio

En casos de hipertensión arterial y/o proteinuria resistente se recomienda la asociación de antagonistas del calcio, preferiblemente no dihidropiridínicos por sus efectos adicionales antiproteinúricos.

Diuréticos

Deben emplearse preferentemente diuréticos del asa. Los diuréticos tiazídicos son inefectivos con valores de creatinina sérica superiores a 2 mg/dl.

Espironolactona

Tiene un importante efecto antiproteinúrico, pero no se recomienda su administración por el riesgo de hiperpotasemia en los estadios 3-5 de la enfermedad renal crónica, especialmente cuando se asocian bloqueantes del eje RAA. Su uso requiere una monitorización frecuente.

Bloqueantes alfa y beta.

No producen dilatación de la arteriola eferente y tienen menos efecto antiproteinúrico.

Estatinas

Además de mejorar el perfil lipídico, pueden prevenir parcialmente la lesión glomerular. Su indicación como renoprotectores directos aún no está establecida definitivamente ⁽¹³⁾.

El tratamiento de la dislipidemia con dieta y estatinas y/o ezetimiba se considera cardioprotector y probablemente también renoprotector. Debe evitarse el uso combinado de estatinas y fibratos.

Tratar factores de riesgo y complicaciones de la enfermedad renal crónica

Los pacientes con enfermedad renal crónica tienen mayor riesgo cardiovascular debido a los factores de riesgo tradicionales (hipertensión arterial, síndrome metabólico, diabetes, dislipidemia, etc.), más los propios efectos del estado urémico. Por lo tanto, hay dos áreas de actuación fundamentales en el manejo de estos enfermos: prevención de las complicaciones propias del estado urémico y manejo de los trastornos metabólicos asociados a lesión renal y cardiovascular que con frecuencia presentan estos pacientes.

Las complicaciones más características son la anemia, las alteraciones del metabolismo mineral y las complicaciones cardiovasculares.

En cuanto a la acidosis metabólica, en la enfermedad renal crónica se observa inicialmente una limitación para eliminar los metabolitos ácidos (reducida síntesis renal de amonio y reducción de la acidez titulable).

En el estadio 4 de la enfermedad renal crónica se incrementa también la retención de ácidos orgánicos. Debe tratarse la acidosis, procurando mantener unos niveles séricos de bicarbonato por encima de 20 mEq/l ⁽¹³⁾.

En lo referente a las vacunaciones:

- Son recomendables la vacuna frente a la hepatitis B y la antineumocócica. Algunos centros también vacunan contra la gripe, pero la gran variabilidad del virus gripal hace que esta última tenga una efectividad menos consistente.

- Conviene recordar que a consecuencia de la disminución de las respuestas inmunitaria en los pacientes con enfermedad renal crónica puede ser necesario administrar varias dosis de las vacunas, y seguir la evolución de los niveles de anticuerpos resultantes ⁽¹³⁾.

Preparación para el tratamiento sustitutivo

¿Cuándo y cómo empezar a dializar?

Niveles de BUN superiores a 100mg/dl (36mmol/l) o filtrado glomerular inferior a 10 ml/min son valores de referencia, tras los cuales suelen aparecer manifestaciones urémicas, por lo que la diálisis está indicada.

Los parámetros bioquímicos aislados no pasan de ser orientativos. Hay que valorar la pendiente de la creatinina sérica o del filtrado glomerular, la persistencia de proteinuria, la capacidad cardíaca de manejar el volumen y el grado de precariedad clínica del enfermo.

Síntomas incipientes como retención hidrosalina o caída de la diuresis, inapetencia, astenia variable y manifestaciones gastrointestinales (náuseas y vómitos) indican que la necesidad de diálisis es inminente. Éste parece un momento razonable para comenzar a dializar, y no debe esperarse a la aparición del síndrome urémico florido.

El estado urémico debe corregirse de forma precoz, pausada y efectiva. Así, deben realizarse 2 a 3 sesiones de diálisis seguidas (a diario) de aproximadamente 2 h, empleando flujos sanguíneos relativamente bajos (150- 200 ml/min) y después continuar a días alternos, ajustando la dosis de diálisis al grado de función renal residual y de retención hidrosalina.

El descenso de la urea en las primeras diálisis debe ser del 30% respecto a los valores prediálisis ⁽¹³⁾.

DIÁLISIS

Definición.- Es un proceso mediante el cual se extraen las toxinas y el exceso de agua de la sangre, normalmente como terapia renal sustitutiva tras la pérdida de la función renal en personas con fallo renal.

La diálisis puede usarse para aquellos con un trastorno agudo de la función renal (insuficiencia renal aguda) o progresiva pero empeorando crónicamente la función renal un estado conocido como enfermedad renal crónica en etapa 5 (antes conocida como insuficiencia renal crónica)⁽¹⁴⁾.

Tipos de diálisis:

Diálisis peritoneal.-En la diálisis peritoneal, una solución estéril especial, corre a través de un tubo a la cavidad peritoneal, la cavidad abdominal alrededor del intestino, donde la membrana peritoneal actúa como membrana semipermeable. El líquido se deja allí por un período de tiempo para absorber los residuos, y después se quita a través del tubo vía un procedimiento estéril. Esto generalmente se repite un número de veces durante el día. En este caso, la ultrafiltración ocurre vía ósmosis, pues la solución de diálisis se provee en varias fuerzas osmóticas para permitir un cierto control sobre la cantidad de líquido a ser removido. El proceso es igual de eficiente que la hemodiálisis, pero el proceso de ultrafiltración es más lento y suave y es realizado en el lugar de habitación del paciente. Esto les da más control sobre sus vidas que una opción de diálisis basada en un hospital o clínica⁽¹⁴⁾.

Hemodiálisis.- es un procedimiento de sustitución renal extracorpóreo, consiste en extraer la sangre del organismo y pasarla a un dializador de doble compartimiento, uno por el cual pasa la sangre y otro el líquido de diálisis, separados por una membrana semipermeable. Método para eliminar de la sangre residuos como potasio y urea, así como agua en exceso cuando los riñones son incapaces de esto (es decir cuando hay un fallo renal).

La hemodiálisis se hace normalmente en una instalación dedicada, un cuarto especial en un hospital o en una clínica con enfermeras y técnicos especializados en hemodiálisis. Aunque menos típico, la diálisis también se puede hacer en la casa de un paciente como hemodiálisis domiciliaria ⁽¹⁵⁾.

Elección de la técnica

La elección de la técnica debe ser, en última instancia, del paciente y de su familia, siempre que no existan impedimentos técnicos o médicos para alguna de ellas. Es preciso que el enfermo (y su familia) sea informado pormenorizadamente y por personal entrenado para tales efectos.

Lo ideal es el trasplante renal anticipado, preferentemente de donante vivo. Actualmente la oferta de trasplante de vivo se sitúa por delante del trasplante doble de riñón y páncreas en paciente diabéticos. De no ser posible esta alternativa, habitualmente se opta por la hemodiálisis o la diálisis peritoneal ⁽¹³⁾.

TRASPLANTE RENAL:

Constituye un tratamiento alternativo para la IRCT en adultos de edad avanzada. Los resultados en torno a la supervivencia han mejorado en los últimos años gracias a la meticulosidad en la selección del receptor, los cuidados perioperatorios y el uso de nuevos fármacos inmunosupresores, más seguros y eficaces, reduciendo de forma considerable los límites en torno a la edad paciente previamente establecido, tabaquismo, enfermedad vascular y neoplasias malignas pretrasplante ⁽⁸⁾.

Protocolo de trasplante renal

Los pacientes que cumplan los criterios de inclusión en programa de trasplante renal, tras una adecuada información, deben completar los estudios tan precozmente como sea posible a efectos de no retrasar inútilmente su inclusión en el programa. la propuesta de trasplante de donante vivo se considera la primera opción, siempre que se den las circunstancias adecuadas⁽¹³⁾.

2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

El inicio de la diálisis debe ser lo menos traumático posible. En ocasiones el paciente considera que no está lo suficientemente enfermo, ya que se adapta a la progresividad de los síntomas, y reacomoda su sensación subjetiva de bienestar. No es recomendable caer en la tentación de retrasar el inicio de la diálisis en estos casos.

ETAPAS DE LA ENFERMEDAD RENAL

Rolland destaca tres fases diferenciadas en una enfermedad: crisis, fase crónica y fase terminal, cada una de las cuales lleva a asumir distintos tipos de "tareas" ⁽²⁾.

1. *Etapa de crisis*

Etapa Crítica.- se produce el primer contacto con la enfermedad renal y los sistemas sanitarios generales y de Nefrología. En esta etapa se inicia la relación médico-paciente, se solicita y/o se recibe la información sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y se activan las respuestas de emergencia tanto en el ámbito individual como familiar comienza en suma, el proceso de aprendizaje de convivir con la enfermedad.

Se produce un primer momento de desorganización extrema (confusión, ambivalencia, sentimientos de soledad, angustia) que conducirá en alguna forma de reorganización negativa o positiva para el enfermo y su familia. Este estado de conmoción influye en la calidad de las relaciones y la comunicación con el mundo exterior obstaculizado incluso la petición de información al médico. Esta dificultad se aprecia en estos momentos en que la familia necesita ayuda de su red social en mayor grado para evitar una respuesta emocional exagerada y poder cumplir con las complicadas y desgastadas tareas que debe emprender. El personal sanitario debe tomar conciencia de estos procesos y dedicar a la

información el tiempo que sea necesario, no sólo porque una correcta información es un derecho de todo enfermo y su familia desde el punto de vista ético, sino también valorando el poderoso papel que la información tiene en el ámbito preventivo. Como la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos en el intento de reducir los niveles de ansiedad que se han desencadenado a partir del anuncio de la enfermedad.

El estado de crisis, está limitado en el tiempo. El equilibrio se recupera en un plazo de tiempo de cuatro a seis semanas, aunque resulta importante diferenciar entre el logro de la restauración del equilibrio, y la resolución de la crisis.

El restablecimiento del equilibrio, no garantiza la funcionalidad de la respuesta sea ésta individual o familiar. Todos los sistemas de vida tienden a regresar a un estado de equilibrio o de homeostasis.

Fink y cols. Describieron un modelo de cuatro etapas para la resolución de la crisis: choque, retraimiento defensivo, reconocimiento y finalmente adaptación y cambio. En cada una de estas etapas describieron los procesos perceptivos, cognitivos, afectivos y experiencias en general. La resolución de la crisis se define como un proceso dirigido a la integración de la experiencia de crisis dentro de la "manufactura" de la vida de modo que permita que enfermos y familiares puedan surgir abiertos y preparados para enfrentar las circunstancias que les depare la vida.

La enfermedad no sólo supone una amenaza a la integridad física del enfermo, sino que también constituye una amenaza a su salud psíquica y la de su grupo familiar.

Slaikau afirma que teóricamente se puede hablar de tres posibles resultados de una crisis: el cambio para mejorar, empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento.

Para entender las reacciones emocionales y conductuales de un enfermo y su familia hace falta entender cómo la enfermedad es percibida por el que la padece y su entorno, cómo viola las expectativas y proyectos vitales y cómo se descubren con la irrupción de la enfermedad, el carácter inconcluso de ciertas decisiones personales.

Uno de los aspectos más llamativos de la crisis es el trastorno o desequilibrio que genera y que ha sido analizado con insistencia a partir de las investigaciones de

2. Etapa crónica

Se produce una reorganización de los roles familiares, las funciones que venía desempeñando el enfermo se redistribuyen en el resto de los miembros del sistema familiar, permitiendo que éste reasuma dichas funciones en los momentos de remisión/estabilización de la enfermedad. Es el momento también en que se produce la designación /aceptación del rol de cuidador principal y todo el esfuerzo del grupo, se centra en mantener la enfermedad en su lugar, tratando de activar los mecanismos individuales y familiares de control y afrontamiento de la enfermedad.

3.- Etapa Terminal

Donde la familia también se plantea estrategias para tratar de hacer compatibles los cuidados del enfermo con la reanudación de la vida normal, intentando que se interrumpa lo menos posible el ciclo vital de cada uno de sus miembros, el ciclo vital familiar y en general, que se puedan llevar a cabo en la medida de lo posible, los planes de todos. Es una etapa en la que la familia y el enfermo reciben apoyos provenientes del exterior, de la red social, en forma de información, ayuda material, emocional ⁽⁸⁾.

ANSIEDAD

Definición:

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual ⁽¹⁶⁾.

Actualmente y específicamente con la edición de las clasificaciones del CIE-10 y DSM-IV, ansiedad y angustia se consideran sinónimos.

No obstante estas consideraciones, algunos autores opinan que debe mantenerse la diferencia, dejando ansiedad vinculada a conflictos actuales (reacción de ansiedad) o pasados (neurosis de ansiedad) y angustia cuando es de origen endógeno, biológico o “vital” (**Cuadro 1**) ⁽¹⁵⁾.

CUADRO 1

DIFERENTES SIGNIFICADOS DE ANSIEDAD

ANSIEDAD Y ANGUSTIA: Vocablos sinónimos.

ESTRES Y ANSIEDAD: El estrés es siempre la respuesta a un estresor, en tanto que ansiedad puede ser parte del estrés o ser un trastorno independiente

ANSIEDAD Y MIEDO: Ansiedad es la sensación de un peligro amenazador en que la causa no está totalmente reconocida por la persona y en el miedo se reconoce el peligro real.

ANSIEDAD COMO SENTIMIENTO: Experiencia subjetiva normal.

ANSIEDAD COMO SINTOMA: La ansiedad es un síntoma psicológico que aparece en diferentes enfermedades psiquiátricas.

ANSIEDAD COMO SINDROME: Conjunto de síntomas mentales, físicos y conductuales asociado a distintas etiologías.

ANSIEDAD COMO ENFERMEDAD: Es un trastorno primario, con su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento.

Manifestaciones Clínicas

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales.

Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos.

Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad.

Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad; además, es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo (**Tabla 6**)⁽¹⁶⁾, (**Cuadro 2**)⁽¹⁵⁾.

Tabla 6. Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos

<i>Síntomas físicos</i>	<i>Síntomas psicológicos y conductuales</i>
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones

CUADRO 2

Síndrome general de ansiedad

SINTOMAS MOTORES

- Temblor, contracciones o sensación de agitación.
- Tensión o dolorimiento de los músculos.
- Inquietud.
- Fatigabilidad fácil.

SINTOMAS DE HIPERACTIVIDAD VEGETATIVA

- Dificultad para respirar o sensación de ahogo.
- Palpitaciones o taquicardia.
- Sudoración o manos frías y húmedas.
- Boca seca.
- Mareos o sensación de inestabilidad.
- Náuseas, diarrea u otras molestias abdominales.
- Sofocos o escalofríos.
- Micción frecuente.
- Dificultad para deglutir o sensación de "nudo en la garganta".

SINTOMAS DE HIPERVIGILANCIA

- Sensación de que va a suceder algo.
- Respuesta de alarma exagerada.
- Dificultad para concentrarse o "mente en blanco".
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Irritabilidad.

Clasificación

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes:

- ✓ DSM-IV- TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA).
- ✓ CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS).

La DSM-IV-TR enumera doce trastornos de ansiedad y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos (Tabla 7) ⁽¹⁷⁾.

Tabla 7.
Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR y la CIE-10:
equivalencias

DSM-IV-TR	CIE-10
	Otros trastornos de ansiedad
<i>Trastorno de angustia con agorafobia</i>	Trastorno de angustia
<i>Trastorno de angustia sin agorafobia</i>	
<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otro trastorno mixto de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad
<i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Reacciones de estrés y trastornos de adaptación
<i>Trastorno por estrés postraumático</i>	Trastorno por estrés postraumático
<i>Trastorno por estrés agudo</i>	Reacción de estrés agudo
	Trastorno de adaptación
	Trastornos disociativos
<i>Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica</i>	
<i>Trastorno de ansiedad inducido por sustancias</i>	
	Trastornos somatomorfos
<i>Trastorno de ansiedad no especificado</i>	Otros trastornos neuróticos

Tipos de ansiedad

Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG)

Normalmente cualquier persona puede sentirse puntualmente preocupada por algún problema en concreto que surge en su vida laboral o en el plano personal. Es normal preocuparse si surgen problemas en el ámbito económico o familiar, si tenemos un problema con nuestra salud que nos mantiene en vilo, pero el ***Trastorno de Ansiedad Generalizada*** suele infundir una preocupación casi constante en el individuo que, en la mayoría de casos suele ser infundada o excesiva.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Es un trastorno ansioso caracterizado, principalmente, por ***pensamientos no deseados y recurrentes***. Obsesiones y patrones de conducta que son repetidos constantemente y que finalmente, llevan a la persona a desarrollar un comportamiento compulsivo.

Crisis de angustia

También conocidos como ***ataques de pánico***. Las crisis de angustia suelen aparecer inesperadamente. Sin previo aviso, el individuo comienza a sentir un fuerte sentimiento de miedo y angustia creciente que suele venir acompañado de una sensación de mareo y malestar general.

Fobias

Cabe distinguir los miedos habituales, los cuales todos tenemos, de las fobias. Toda persona tiene sus propios pequeños miedos irracionales, desde a ciertos animales a algunas situaciones como subirse a un avión o conducir. Sin embargo, estos miedos

pasan a convertirse en fobia desde el mismo momento que, estos son tan intensos que interfieren en el día a día del sujeto.

Trastorno de Ansiedad de Separación

Este trastorno de la ansiedad remite específicamente a los niños. Se trata del miedo y, por ende, el trastorno ansioso que estos pueden desarrollar al verse separados de su madre, padre o aquel familiar o adulto más cercano emocionalmente al niño.

Trastorno mixto de ansiedad-depresión

Se trata de un cuadro en el que los síntomas de depresión y ansiedad están presentes pero con una intensidad subsindrómica. Es decir, no alcanzan la intensidad suficiente como para cumplir criterios de trastorno depresivo o de trastorno por ansiedad.

Trastorno por estrés postraumático

Surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría malestar generalizado en cualquier sujeto que haya sufrido una experiencia similar ⁽¹⁶⁾.

Pasos para el diagnóstico de los trastorno de ansiedad

1. **ESCUCHAR.**- escuchar la descripción que hace el paciente de sus síntomas.
2. **PREGUNTAR.**- preguntar sobre la evolución, estresores y patrón de síntomas.
3. **EVALUAR.**- realizar el examen mental.
4. **EXPLORAR.**- hacer un examen físico.
5. **INFORMAR.**-Si existen síntomas de ansiedad, informar de la posibilidad de un trastorno de ansiedad. Evite decir "no tiene nada".
6. **CONCLUIR.**- Revisar todos los hallazgos y establecer el diagnóstico específico.

Pasos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad

CUADRO 3

Paso 1. Relación médico-paciente

- Establecer una comunicación afectuosa y de respeto.

Paso 2. Alianza terapéutica

- Establecer una alianza terapéutica basada en la confianza y comprensión.

Paso 3. Psicoeducación

- Dar explicaciones sencillas del trastorno, de los factores que intervienen en la situación y del tratamiento.

Paso 4. Técnicas de relajación

- Enseñar la técnica de relajación respiratoria.

Paso 5. Psicoterapia

- Proporcionar psicoterapia de apoyo.

Paso 6. Tratamiento farmacológico

- Uso racional de medicamentos de acuerdo al trastorno.

Paso 7. Remisión al psiquiatra

- Considerar la remisión al psiquiatra en los casos problemas.

Tratamiento del trastorno de ansiedad

Consideraciones Generales

Como el curso es crónico y recurrente, el objetivo del tratamiento es reducir los síntomas, iniciando primero apoyo psicológico y si es necesario el uso de ansiolíticos deben de ser dado por períodos cortos.

Tratamiento No Farmacológico

1. Psicoeducación.
2. Consejo de apoyo.
3. Entrenamiento en la resolución de problemas.
4. Metodo de relajación.
5. Practicar ejercicios.

Tratamiento Farmacológico

1. Benzodiazepinas.
2. Propanolol, atenolol.
3. Buspirona.
4. Hidroxizina.
5. Amitriptilina, clomipramina, maprotilina.
6. Moclobemida.
7. Sertralina, fluvoxamina, citalopran, paroxetina.
8. Venlafaxina.
9. Tianeptina.

DEPRESION

Definición:

Depresión no es solamente sentirse triste, melancólico, o desanimado, es mucho más que el desaliento que puede ser parte de la vida diaria. Ésta es una enfermedad que afecta a toda la persona sus pensamientos, sentimientos, comportamiento y su salud física. En su forma más benigna, la depresión puede impedir a individuos usualmente saludables que gocen de la vida a plenitud.

Cuando los síntomas de la depresión son más graves, pueden causar sufrimiento innecesario a la persona que está deprimida y causar dolor innecesario a las personas que los aman. En su forma más grave, la depresión puede ser una condición que amenaza la vida ⁽¹⁸⁾.

La depresión es hoy día uno de los trastornos más diagnosticados en el mundo actual. Según las últimas estadísticas mundiales, ella puede afectar al 25% de las personas en algún momento de su historia vital y representa el 10% de las consultas de medicina ambulatoria y el 50% de las consultas al psicólogo ⁽¹⁹⁾.

Manifestaciones clínicas

Signos y síntomas que aparecen en la depresión. Siempre y cuando se presenten ininterrumpidamente durante más de 14 días:

Algunos síntomas de la depresión:

- Sentimientos de tristeza, ansiedad, desesperanza o vacío.
- Pérdida de interés en las actividades que anteriormente disfrutaba.
- Problemas con el sueño, tales como dormir mucho, dificultad para conciliar el sueño, no dormir lo necesario, o despertar muy temprano en la mañana.

- Cambio de apetito con pérdida o aumento de peso.
- Sensación de irritabilidad frustración o desasosiego.
- Disminución de energía o cansancio después de actividades normales.
- Dificultad concentrándose, falta de memoria, dificultad para tomar
- Excesivos sentimientos de culpabilidad, sensación de inutilidad o desamparo.
- Disminución del interés de relacionarse con otros.
- Llanto frecuente de lo usual.
- Pensamientos repetidos sobre la muerte o
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio. decisiones, o procesos mentales lentos. acerca de morir ⁽¹⁸⁾.

Cuando muchos de estos síntomas ocurren juntos, causando dificultades en el funcionamiento diario, y perduran por varias semanas, se sospecha que pueda haber una enfermedad depresiva ⁽¹⁸⁾.

Tipos de Depresión

Depresión severa: se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer, y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

Distimia: es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas de las personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Trastorno bipolar: es otro tipo de depresión que también se le llama enfermedad manícodepresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales.

Depresión posparto: las mujeres deben de estar alerta a cambios mentales que puedan ocurrir, durante el embarazo y después del parto. Algunos síntomas de este tipo de depresión pueden comenzar de tres a cuatro días después del parto, y esto incluye cambios de temperamento, el llorar repentinamente y los problemas de concentración.

Depresión en la mujer La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia. Muchas mujeres tiene más estrés por la responsabilidad de del cuidado de los niños, el mantenimiento del hogar y un empleo.

Depresión en el hombre El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante.

Depresión en la vejez. Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión de los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo. Las depresiones

subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de la salud mental ⁽¹⁹⁾.

Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión, consiste en recopilar y organizar información junto con un alto índice de sospecha y de intuición fundada. Como primer paso, se debe conocer los síntomas de la enfermedad, la tríada de expresión de la depresión: somática, emocional y psíquica. Luego, aprender cuándo, cómo y dónde debe buscar los síntomas de depresión; y cuando debe tener en cuenta la depresión.

Por supuesto, algunos pacientes parecen tener una forma “pura” de depresión relacionada con síntomas físicos.

- La depresión se halla oculta por síntomas físicos y emocionales que en general están asociados con ansiedad.
- La depresión se expresa primordialmente por síntomas somáticos
- El paciente presenta una patología orgánica que causa depresión, la causa físicamente o tiene una respuesta emocional.
- Algunos pacientes, dado que padecen patologías orgánicas relacionadas con la edad el anciano o el adolescente presentan mayor riesgo de sufrir depresión ⁽²⁰⁾.

Tratamiento

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, pueden producir los mismos síntomas de la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

La selección de tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos. La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión ⁽²⁰⁾.

2.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.5.1 HIPÓTESIS

LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS INCIDEN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL ETAPA DE PREDIÁLISIS, EN EL HOSPITAL I.E.S.S. RIOBAMBA, PERIODO ENERO A JUNIO 2012

2.5.2. VARIABLES

2.5.2.1 Variable Independiente

Trastornos Psicológicos

2.5.2.2 Variable dependiente

Insuficiencia Renal Crónica

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
VARIABLES INDEPENDIENTE <i>Insuficiencia renal</i>	Es el daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas	Daño renal Reducción numero nefronas Incapacidad renal para funciones depurativas	Síntomas Signos Resultados de laboratorio	Observación, Historia Clínica Única, registros
VARIABLE DEPENDIENTE <i>Trastornos Psicológicos</i>	Son las alteraciones leves del estado mental, que afectan el desenvolvimiento normal del individuo.	Alteraciones del estado mental	Tipos de trastornos psicológicos	Entrevistas Cuestionario Guía de observación

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1 MÉTODO

3.1.1 Tipo de Investigación

La investigación fue de tipo descriptivo puesto que se efectuó una serie de observaciones sistemáticas para la recopilación de información que permitió identificar las características de los trastornos psicológicos de pacientes de insuficiencia renal, con respecto al grupo etario; información que es de fácil accesibilidad y que demanda un estudio de campo, mas no de laboratorio.

3.1.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue de carácter documental y de campo, ya que presenta la información sobre las características de los eventos o situaciones, además se especifica propiedades o cualquier fenómeno que se ha sometido a análisis.

La investigación evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En este estudio se seleccionó una serie de aspectos específicos como variables e indicadores de estudio; los que se midieron y contrastaron en la información bibliográfica y otras investigaciones sobre el tema.

3.1.3 Tipo de estudio

El estudio fue de tipo retrospectivo, porque se pretende indagar la realidad sobre el problema investigado, para diseñar una guía como alternativa de solución.

3.2 POBLACION Y MUESTRA

3.2.1 Población

La población con la que se realizó el estudio fue de 18 Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Etapa de Prediálisis en el “Hospital del IESS de la ciudad de Riobamba”.

3.2.2 Muestra

No se obtuvo muestra, ya que se trata de una población de cantidad pequeña, donde constan 18 pacientes.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

La Técnica de recolección de datos utilizada fue la Observación, Entrevista y el instrumento fue el cuestionario, con preguntas cerradas y elección múltiple, que permitió una mejor determinación de información para su correspondiente análisis.

3.3.2 Validez y confiabilidad

La encuesta previamente a su aplicación fue validada mediante la consulta de expertos, quienes emitieron su criterio sobre la estructura y formulación de las preguntas de los instrumentos.

3.4. TECNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.4.1 Técnicas para el Procesamiento de Datos y verificación de Hipótesis o categorías.

1. Se procede hacer la recolección de datos para nuestro estudio obteniendo los del Comité de Diálisis del hospital I.E.S.S. Riobamba, se realizó un análisis descriptivo univariado para comprobar lo planteado en los objetivos y preguntas de investigación.
2. Para la tabulación de los datos se utilizó la hoja electrónica Excel, y se procederá a la depuración de los mismos para la representación de los resultados que serán expuestos en tablas y gráficos.

3.4.2 Aspectos éticos

La entrevista fue anónima, para lograr mayor imparcialidad en la emisión de respuestas, y respetar los principios de confidencialidad de la información y derechos del paciente

CAPÍTULO IV

4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis son sucesos vitales altamente estresantes que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, que debe ajustarse a la nueva situación para lograr algún nivel de equilibrio.

- ❖ Con respecto al sexo del total de pacientes del estudio, teniendo una mayor frecuencia en el sexo masculino con un 55.6 %; estos datos son comparables con otros estudios (*TABLA Y GRAFICO N° 1*) como el de “Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis”* de Universidad Nacional de San Luis, Argentina ⁽¹⁰⁾ donde hubo una equidad en ambos sexos con un 50%.
- ❖ En cuanto a la edad, hay predominio de > 50 años que corresponde a un 66.6%. Estos resultados son comparables con los del Informe Anual de la sociedad Uruguaya de Nefrología donde hubo un predominio de pacientes entre las edades de 58.2 y 61.9 años ⁽³⁾. Concuerda también con el estudio sobre Factores socio-demográficos y diagnósticos de enfermería en trasplantados renales donde la IRC se presenta en pacientes con una edad media de 40,86 años ($\pm 11,74$) ⁽¹⁰⁾.
- ❖ El 61.1 % de nuestra población objeto de estudio no tenía un conocimiento adecuado de la enfermedad, y solo un 39.8% conocían sobre su problema, factor que estaría relacionado con la motivación y concientización de la gravedad de su patología y la importancia de su tratamiento (*TABLA Y GRAFICO N° 3*) ⁽⁴⁾.

- ❖ Revisando la bibliografía en el Ecuador no existen estudios en donde se haya aplicado el Test de Clínica Mayo. De lo que podemos afirmar de nuestro estudio es que el Test de Clínica Mayo tiene un Puntaje Máximo 38 puntos, tomando en cuenta que los valores inferiores a 28 puntos determinan DEMENCIA. En nuestro estudio encontramos (*Tabla y Grafico N°5*) a 1 paciente con 29 puntos, teniendo en mayor porcentaje pacientes con 30 a 40 puntos y el 44.4% de usuarios no se pudo valorar porque se encontraban en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital IESS Riobamba.

- ❖ De acuerdo a la escala Hospitalaria de Depresión, al 27,8% de pacientes estudiados se los considera que tienen Depresión Moderada que difiere del estudio “Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis” de Universidad Nacional de San Luis, Argentina ⁽¹⁰⁾ en donde el 36,7%, presentó Depresión Grave.

- ❖ El 44,4% de pacientes investigados presentan Ansiedad, que comparado con el estudio “Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis”* de Universidad Nacional de San Luis, Argentina ⁽¹⁰⁾, prácticamente los datos estadísticos son similares por cuanto este estudio arrojó un 40%.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- ❖ El mayor porcentaje son pacientes del sexo masculino, al igual que el grupo etario de 50 años y más.

- ❖ Los principales trastornos psicológicos presentes en los pacientes del Hospital I.E.S.S de Riobamba con Insuficiencia Renal Crónica en etapa de prediálisis fueron la Ansiedad y la Depresión.

- ❖ Por las características propias de su patología de base esto es la Insuficiencia Renal Crónica varios pacientes presentaron complicaciones clínicas, situación que obligó al equipo de salud a ingresarlos a la Unidad de Cuidados Intensivos razón por la que no se pudo valorar su estado psicológico.

- ❖ Llegamos a determinar otros tipos de trastornos como alteraciones del sueño, somnolencia, estupor, desorientación y alteración de la memoria.

5.2 RECOMENDACIONES

- ❖ Al “*Comité de Diálisis*” del Hospital I.E.S.S de la ciudad de Riobamba de que se debe realizar cada 4 meses capacitaciones a los afiliados con temas sobre las causas, factores de riesgo, enfermedades mal controladas, que puedan llegar a desencadenar Insuficiencia Renal Crónica.

- ❖ Para iniciar el tratamiento en base a la diálisis deben los pacientes ser sometidos previamente a una evaluación psicológica, para en el mejor de los casos obviar la ansiedad o la depresión, o si ya tienen estas patologías evitar su agravamiento.

- ❖ Que la decisión contemplada en las **Garantías del Estado** en el Art. 50 de la Constitución de la República del Ecuador y en la **Reforma a la Ley Orgánica de Salud** del 9 de noviembre del 2011 de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas, que está vigente en la actualidad y es controlada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social se mantengan como una política de estado, donde no sea sometida a cambios o reformas por el gobierno de turno.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) FARRERAS R; dos puntos; Medicina Interna; punto; Decimosexta edición; España; dos puntos; Elsevier; coma; 2009; dos puntos; Volumen I; dos puntos; Pág. 889.
- 2) Dra. GONZÁLEZ E G, Lic. Ayala M y Dra. Ramírez M; Soporte nutricional a pacientes con enfermedad renal crónica dependientes de hemodiálisis; punto; BMJ 2007; punto y coma; Volumen 335: (7631); Pág 202.
- 3) HERRERA G; Tesis “La situación de pobreza, factor determinante en los tratamientos especiales de los pacientes del hospital roosevel”; punto; Med 2004; 351:927-32.
- 4) MARÍN MA, Goicoechea M, Gorostidi A, Cases J. Díez G. Escolar F et al; Guía de la Sociedad Española de Nefrología sobre riñón y enfermedad cardiovascular; punto; Nefrología 2006; punto y coma; Volumen 26 :(1); Pag 31, guion,44.
- 5) MINSAL S; dos puntos; Guías clínicas Insuficiencia renal crónica en etapa terminal, nefrología; punto; 1st Ed; dos puntos; coma; 2005; dos puntos; Pág. 35, guión, 36.
- 6) TERAPIA PSICOLÓGICA 2011, Vol. 29, N° 1, 135-140; Copyright 2011 by Sociedad Chilena de Psicología Clínica ISSN 0716-6184 (impresa), ISSN 0718-4808 (en línea); Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Saluden Pacientes Hemodializados (Psychosocial Factors Linkedto Health Related Quality of Life in Hemodialysis Patients), Alfonso Urzúa¹, Ruth Pavlov², Roberto Cortés¹ y Vanessa Pino¹. ¹Universidad Católica del Norte, Chile ²Centro de Diálisis NORDIAL, Antofagasta, Chile

- 7) <http://www.calvida.com/tripticos/Tesis.pdf>, pág. 1 – 27
- 8) <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/encame/trinibergero.PDF>, pág. 3 – 17.
- 9) http://www.revistaseden.org/files/art624_1.pdf, pág. 1 – 11
- 10) <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V08N01A09.pdf>
- 11) <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/2134/Jerez%20Cevallos,%20Ana%20Cristina.pdf?sequence=1>
- 12) <http://www.pucesi.edu.ec/ecomslne/?p=263>
- 13) REVISTA “*Nefrologíaaldía*”, capítulo 16, Enfermedad Renal Crónica, Víctor Lorenzo Sellarés
- 14) <http://es.wikipedia.org/wiki/Di%C3%A1lisis&Hemodi%C3%A1lisis>
- 15) <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- 16) <http://ansiedad.comocombatir.com/tipos-de-ansiedad>
- 17) <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/documentos/apartado04/Definicion.pdf>
- 18) <http://projects.fpg.unc.edu/~ncodh/pdfs/depressionsp.pdf>
- 19) <http://www.uisek.cl/daestudiantiles/archivos/depresion.pdf>
- 20) http://www.depression.psicomag.com/diagnostico_de_la_depresion.php

ANEXOS

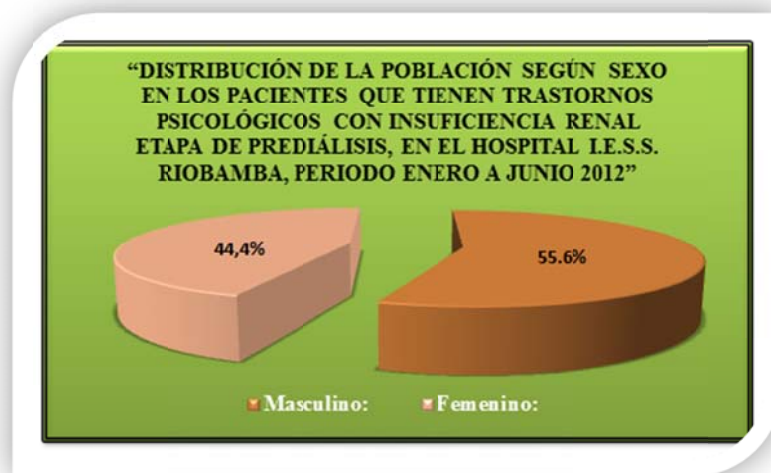
TABLA N° 1

“DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO EN LOS PACIENTES QUE TIENEN TRASTORNOS PSICOLÓGICOS CON INSUFICIENCIA RENAL ETAPA DE PREDIÁLISIS, EN EL HOSPITAL I.E.S.S. RIOBAMBA, PERIODO ENERO A JUNIO 2012”

SEXO	N° CASOS	PORCENTAJE
Masculino	10	55.6
Femenino	8	44.4
TOTAL	18	100

FUENTE: Comité de Diálisis del Hospital I.E.S.S. Riobamba

GRAFICO N°1



Fuente de Información: Tabla N° 1

INTERPRETACIÓN: De los 18 pacientes del estudio, según las características biológicas, 10 pacientes fueron hombres que corresponden al 55.6 % y 8 pacientes fueron mujeres que corresponden al 44,4%.

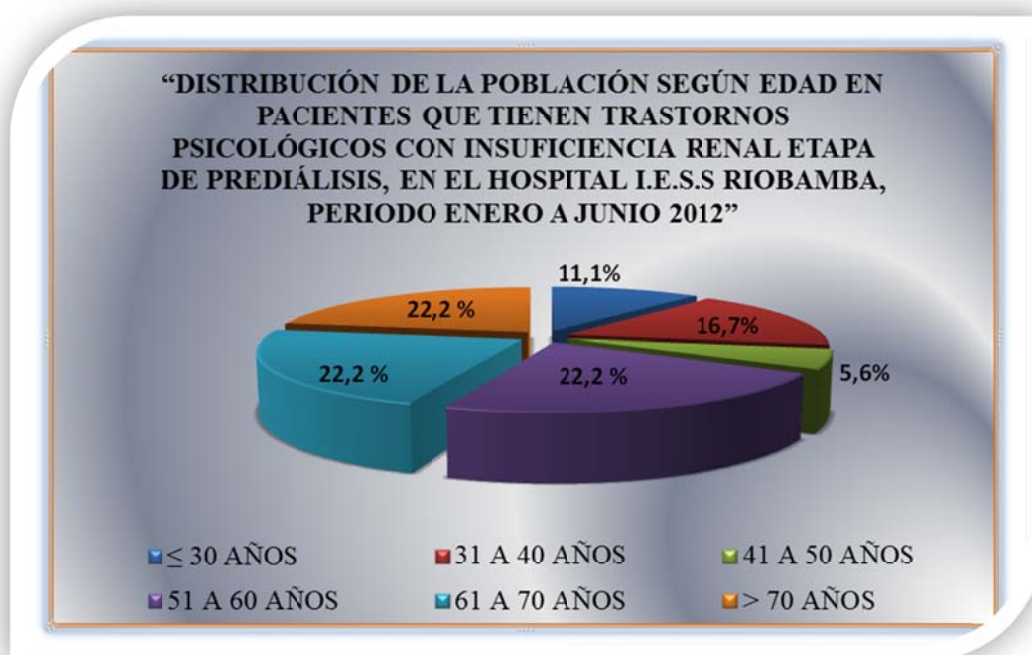
TABLA N° 2

“DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD EN PACIENTES QUE TIENEN TRASTORNOS PSICOLÓGICOS CON INSUFICIENCIA RENAL ETAPA DE PREDIÁLISIS, EN EL HOSPITAL I.E.S.S RIOBAMBA, PERIODO ENERO A JUNIO 2012”

EDAD	N° CASOS	PORCENTAJE
≤ 30 años	2	11.1
31 a 40 años	3	16.7
41 a 50 años	1	5.6
51 a 60 años	4	22.2
61 a 70 años	4	22.2
> 70 años	4	22.2
TOTAL	18	100

FUENTE: Comité de Diálisis del Hospital I.E.S.S. Riobamba

GRAFICO N° 2



Fuente de Información: Tabla N° 2

INTERPRETACIÓN: del universo poblacional de estudio 2 estuvieron entre las edades de ≤ 30 años que corresponde a 11.1%, seguidos de 3 pacientes que estuvieron entre 31- 40 años que corresponde a 16.7%; 4 pacientes que estuvieron entre las edades de 41 – 50 años que corresponde 22.2%; 4 pacientes que estuvieron entre las edades de 51 – 60 años que corresponde 22.2%; 4 pacientes que estuvieron entre las edades de 61 – 70 años que corresponde 22.2%; pacientes mayores de 70 años que corresponden a 22.2 %.

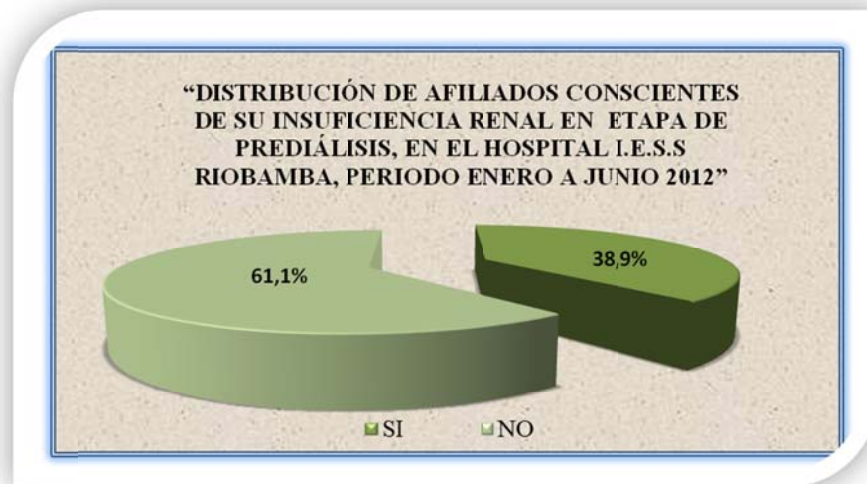
TABLA N° 3

“DISTRIBUCIÓN DE AFILIADOS CONSCIENTES DE SU INSUFICIENCIA RENAL EN ETAPA DE PREDIÁLISIS, EN EL HOSPITAL I.E.S.S. RIOBAMBA, PERIODO ENERO A JUNIO 2012”

Afiliados Conscientes	N° CASOS	PORCENTAJE
SI	7	38.9
NO	11	61.1
TOTAL	18	100

FUENTE: Comité de Diálisis del Hospital I.E.S.S. Riobamba

GRAFICO N° 3



Fuente de Información: Tabla N° 3

INTERPRETACIÓN: de la población total en estudio que están conscientes de su enfermedad, 7 si están conscientes que corresponden al 38.9 %, seguido de 11 pacientes que no están conscientes de su enfermedad a que corresponden al 61.1% y de estos 5 pacientes se encontraron en U.C.I., por lo que no pudieron ser valorados.

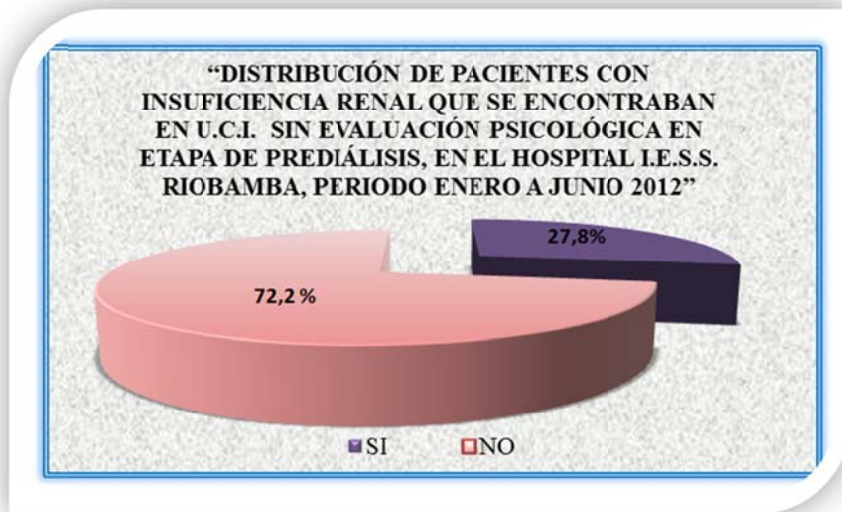
TABLA N° 4

“DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE SE ENCONTRABAN EN U.C.I. SIN EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN ETAPA DE PREDIÁLISIS, EN EL HOSPITAL I.E.S.S. RIOBAMBA, PERIODO ENERO A JUNIO 2012”

Pacientes en U.C.I	N° CASOS	PORCENTAJE
SI	5	27.8
NO	13	72.2
TOTAL	18	100

FUENTE: Comité de Diálisis del Hospital I.E.S.S. Riobamba

GRAFICO N° 4



Fuente de Información: Tabla N° 4

INTERPRETACIÓN: De 18 pacientes en estudio que se encontraron en U.C.I, 5 si entraron a U.C.I. que corresponden al 27.8 %, seguido de 13 pacientes que no entraron a U.C.I. que corresponden al 72.2%.

TABLA N° 5

**“VALORACIÓN PSICOLÓGICA UTILIZANDO EL TEST DE MAYO EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL EN ETAPA DE PREDIÁLISIS,
QUE PRESENTAN TRASTORNOS PSICOLOGICOS EN EL HOSPITAL
I.E.S.S. RIOBAMBA, PERIODO ENERO A JUNIO 2012”**

PUNTAJE	N° CASOS	PORCENTAJE
≤ 29 Puntos	1	5.6
30 a 34 Puntos	8	44.4
35 a 38 Puntos	1	5.6
No se valoraron	8	44.4
TOTAL	18	100

FUENTE: Comité de Diálisis del Hospital I.E.S.S. Riobamba

GRAFICO N° 5



Fuente de Información: Tabla N° 5

INTERPRETACIÓN: del universo poblacional en estudio que fueron evaluados con el test de Mayo, 1 paciente estuvo entre el rango de puntuación de < 29 puntos que corresponde a 5.6%, seguidos de 8 pacientes que estuvieron entre el rango de puntuación 30 – 34 puntos que corresponde al 44.4%; 1 pacientes que estuvieron entre el rango de puntuación 35 – 38 puntos que corresponde al 5.6%; 8 pacientes que no se valoraron que corresponde al 44.4%.

TABLA N° 6

**“PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN ESCALA HOSPITALARIA DE
DEPRESIÓN EN ENFERMOS CON INSUFICIENCIA RENAL ETAPA DE
PREDIÁLISIS, EN EL HOSPITAL I.E.S.S. RIOBAMBA, PERIODO ENERO
A JUNIO 2012”**

DEPRESION	N° CASOS	PORCENTAJE
Normal	2	11.1
Leve	3	16.7
Moderada	5	27.8
Grave	0	0.0
No se valora	8	44.4
TOTAL	18	100

FUENTE: Comité de Diálisis del Hospital I.E.S.S. Riobamba

GRAFICO N° 6



Fuente de Información: Tabla N° 6

INTERPRETACIÓN: de la población total en estudio que fueron evaluados con la escala hospitalaria de depresión, 2 paciente con evaluación normal que corresponde a 11.1%, seguidos de 3 pacientes con evaluación leve que corresponde al 16.7%; ningún paciente tubo una evaluación grave que corresponde al 0% y por ultimo 8 pacientes no fueron evaluados que corresponde al 44.4%.

TABLA N° 7

“PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN ANSIEDAD EN ENFERMOS CON INSUFICIENCIA RENAL ETAPA DE PREDIÁLISIS, EN EL HOSPITAL I.E.S.S. RIOBAMBA, PERIODO ENERO A JUNIO 2012”

ANSIEDAD	N° CASOS	PORCENTAJE
Si	8	44.4
No	2	11.1
No se valora	8	44.4
TOTAL	18	100

FUENTE: Comité de Diálisis del Hospital I.E.S.S. Riobamba

GRAFICO N° 7



Fuente de Información: Tabla N° 7

INTERPRETACIÓN: De los 18 pacientes que presentan ansiedad, 8 si tienen ansiedad que corresponden al 44.4 %, seguido de 2 pacientes que no tienen ansiedad que corresponden al 11.1.2% y por ultimo 8 pacientes que no fueron evaluados que corresponden al 34.4%.

TABLA N° 8

“PORCENTAJE DE PACIENTES CON OTROS TIPOS DE TRASTORNOS QUE TIENEN INSUFICIENCIA RENAL ETAPA DE PREDIÁLISIS, EN EL HOSPITAL I.E.S.S. RIOBAMBA, PERIODO ENERO A JUNIO 2012”

TIPO DE TRASTORNO	N° CASOS	PORCENTAJE
Ninguno	4	22.2
Somnolientos (*)	4	22.2
Otros	3	16.7
Estuporoso	2	11.1
Desorientados	2	11.1
Alt. de la atención y memoria	2	11.1
Alteraciones del sueño	1	5.6
TOTAL	18	100

(*) 1 Paciente bajo sedación

FUENTE: Comité de Diálisis del Hospital I.E.S.S. Riobamba

GRAFICO N° 8



(*) 1 Paciente bajo sedación

Fuente de Información: Tabla N° 8

INTERPRETACION: del universo poblacional en estudio con que fueron evaluados y tienen otros tipos trastornos, 4 paciente no tienen ningún tipo de trastorno que corresponde al 22.2%, seguidos de 4 pacientes somnolientos que corresponde al 22.2%; 3 paciente tiene otros tipos de trastornos que corresponde al 16.7 %; 2 pacientes estuporosos que corresponde al 11.1%; 2 pacientes desorientados que corresponde al 11.1%; 2 pacientes con alteración de la atención y memoria que corresponde al 11.1%; y por ultimo 1 paciente con Alteraciones del sueño que corresponde al 5.6%.

DATOS			TIPO DE TRANSTORNO				Consciente de su enfermedad	Estaba en UCI
#	Sexo	EDAD (años)	Escala Hospitalaria de Depresión	ANSIEDAD	OTROS	Test de clínica mayo		
1	M	59	Moderado	Si	Angustia	35/38	No	No
2	M	74	Moderado	Si	Alteración de la atención y memoria	31/38	No	No
3	M	54	Moderado	Si	Ninguno	30/38	Si	No
4	F	63	No es evaluado	No es evaluado	Desorientada	No es evaluado	No	Si
5	M	70	Leve	Si	Ninguno	30/38	Si	No
6	F	33	Leve	Si	Angustia	30/38	Si	No
7	M	68	Moderado	Si	Alteración de la atención y memoria	30/38	Si	No
8	F	27	Moderado	Si	Angustia	30/38	Si	No
9	F	33	Leve	Si	Alteración del sueño	30/38	Si	No
10	F	40	Normal	No	Ninguno	29/38	No	No
11	M	30	Normal	No	Ninguno	34/38	Si	No
12	M	76	No es evaluado	No es evaluado	Somnoliento (bajo sedación)	No es evaluado	No	No
13	F	80	No es evaluado	No es evaluado	Somnoliento	No es evaluado	No	Si
14	F	79	No es evaluado	No es evaluado	Estuporoso	No es evaluado	No	Si
15	M	45	No es evaluado	No es evaluado	Somnoliento	No es evaluado	No	No
16	F	53	No es evaluado	No es evaluado	Desorientado	No es evaluado	No	No
17	M	58	No es evaluado	No es evaluado	Somnoliento	No es evaluado	No	Si
18	M	61	No es evaluado	No es evaluado	Estuporoso	No es evaluado	No	Si



INFORME PSICOLOGICO
TEST DE CLINICA MAYO

Puntaje máximo 38 puntos. Valores inferiores a 28 puntos determina demencia. Consta de los siguientes ítems:

ORIENTACION

Nombres completos
Dirección donde vive
Número de la casa
Ciudad
Provincia
En qué día de la semana estamos
En qué mes
En qué año

(8 puntos)

ATENCION

Hacer repetir dígitos hasta 7 números
5 4 9 2 7 3 1
(7 puntos)

APRENDER

Manzana, Sr. Gómez, limosna, túnel
(4 puntos)

CALCULO

$11 + 3$ ()
 $65 - 7$ ()
 15×3 ()
 $50/2$ ()
(4 puntos)





SEMEJANZAS

Una blusa y un pantalón se parecen porque son prendas de vestir

En que se parece

Una manzana y un plátano

Un perro y un caballo

Una mesa y un librero

(3 puntos)

INFORMACION

¿Quién es el presidente del Ecuador?

¿Quién fue el presidente anterior?

¿Cuántos días tiene el año

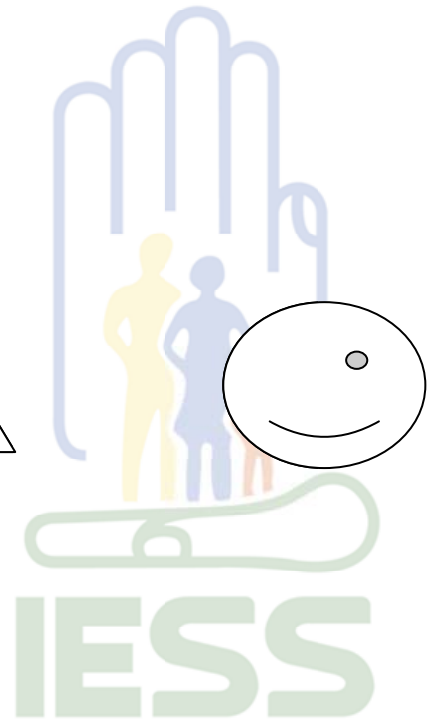
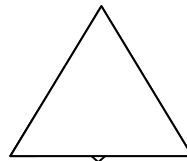
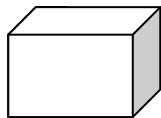
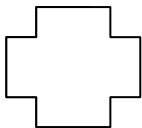
¿Qué es una isla?

(4 puntos)

CONSTRUCCION

Dibuje la cara de un reloj, ponga los números y luego ubique las 11 y 10 minutos

COPIE LOS SIGUIENTES DIBUJOS



MEMORIA

Pedir que repita las palabras antes aprendidas.

Manzana, Sr. Gómez, limosna, túnel

(4 puntos, 2 con ayuda)



5.8 ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontaneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

A1. Me siento tenso/a nervioso/a

- 3.- casi todo el día
- 2.- gran parte del día
- 1.- de vez en cuando
- 0.- nunca

A2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre

- 0.- ciertamente, igual que siempre
- 1.- no tanto como antes
- 2.- solamente un poco
- 3.- ya no disfruto con nada

A3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder

- 3.- si, y muy intenso
- 2.- si, pero no muy intenso
- 1.- si, pero no me preocupa
- 0.- no siento nada

A4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

- 0.- igual que siempre
- 1.- actualmente, algo menos
- 2.- actualmente, mucho menos
- 3.- actualmente, en absoluto





A5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

- 3.- casi todo el día
- 2.- gran parte del día
- 1.- de vez en cuando
- 0.- nunca

A6. Me siento alegre

- 3.- nunca
- 2.- muy pocas veces
- 1.- en algunas ocasiones
- 0.- gran parte del día

A7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a relajado/a

- 0.- siempre
- 1.- a menudo
- 2.- raras veces
- 3.- nunca

A8. Me siento lento/a torpe

- 3.- gran parte del día
- 2.- a menudo
- 1.- a veces
- 0.- nunca

A9. Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estomago

- 0.- nunca
- 1.- solo algunas ocasiones
- 2.- a menudo
- 3.- muy a menudo

A10. He perdido el interés por mi aspecto personal

- 3.- completamente
- 2.- no me cuido como debería serlo
- 1.- es posible que no me cuido como se debiera
- 0.- me cuido como siempre lo he hecho

A11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme

- 3.- realmente mucha
- 2.- bastante
- 1.- no mucho
- 0.- en absoluto





A12. Espero las cosas con ilusión

- 0.- como siempre
- 1.- algo menos que antes
- 2.- mucho menos que antes
- 3.- en absoluto

A13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

- 3.- muy a menudo
- 2.- con cierta frecuencia
- 1.- raramente
- 0.-nunca

A14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión

- 0.- a menudo
- 1.- algunas veces
- 2.- pocas veces
- 3.- casi nunca





MODELO DE INFORME PSICOLÓGICO

NOMBRE: N/N

EDAD: 40 años

MOTIVO DE CONSULTA: Evaluación Psicológica

FECHA: 23 de mayo de 2012

Paciente de 40 años de edad, procedencia y residencia Palmira, provincia del Chimborazo. De instrucción primaria completa. De ocupación, Chofer. Casado, tres hijos. De religión católica

Diagnóstico Médico: Insuficiencia Renal Crónica, Hipertensión, Anemia Crónica

Situación actual del paciente:

Al momento de la evaluación paciente orientado en tiempo, espacio y persona. Memoria, atención, concentración, cálculo, lenguaje, dentro de parámetros normales. Sin conciencia de enfermedad, presencia de preocupación por asuntos laborales.

Situación afectiva:

Paciente refiere estar preocupado por situación laboral, minimiza estado de salud, evidencia su necesidad de egreso de hospitalización, dice ser su única preocupación. No se evidencia sintomatología ansiosa depresiva.

Psicoreactivos Aplicados:

Test de Clínica Mayo: 35 / 38

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: Ausencia de sintomatología

Conclusiones:

- Normalidad cognitiva
- Ausencia de ansiedad y depresión

Impresión Diagnóstica:

- Problemas relacionados con el estrés, no clasificado en otra parte Z733 CIE10

Recomendaciones:

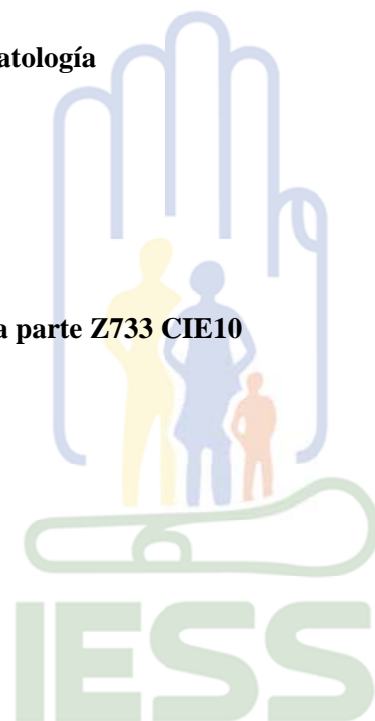
- Continuar con apoyo psicológico

Atentamente.

Dra. Sayda Tamayo

PSICOLOGA CLINICA I.E.S.S.

Código y Firma del Médico





HOSPITAL I.E.S.S. RIOBAMBA



Servicio de MEDICINA INTERNA del Hospital I.E.S.S. Riobamba



“COMITÉ DE DIÁLISIS” del Hospital I.E.S.S. Riobamba



EQUIPO INVESTIGATIVO DEL PROYECTO DE TESINA



Tutor Metodológico del proyecto de tesina
Dr. GUSTAVO ROJAS ARÉVALO



Tutora Científica del proyecto de tesina
Dra. SAYDA TAMAYO RODRIGUEZ



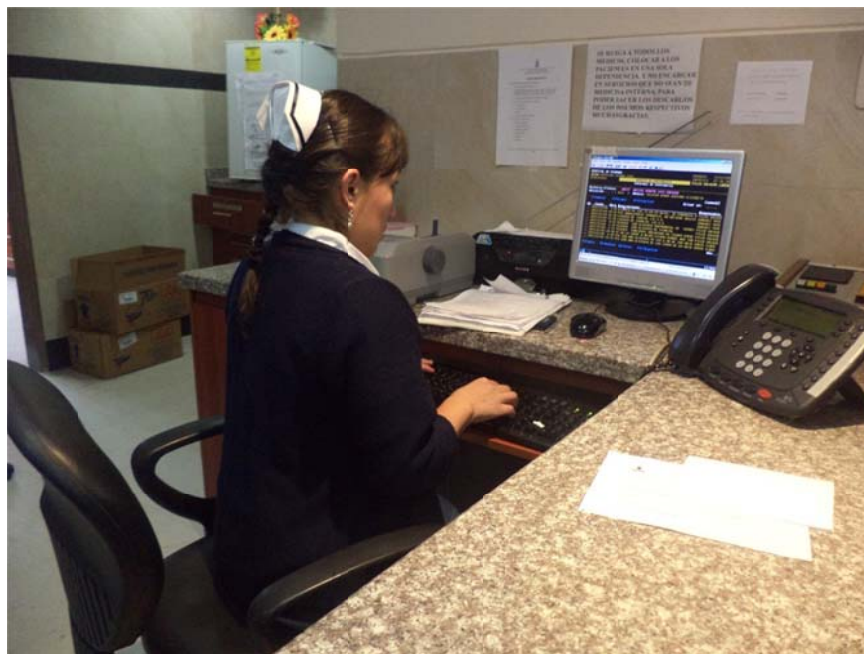
Médico Nefrólogo del “Comité de Diálisis” del Hospital I.E.S.S. Riobamba
Dr. RAÚL INCA ANDINO



Psicóloga Clínica del “Comité de Diálisis” del Hospital I.E.S.S. Riobamba
Dra. SAYDA TAMAYO RODRIGUEZ



Nutricionista del “Comité de Diálisis” del Hospital I.E.S.S. Riobamba
Dra. GENOVEVA SÁNCHEZ



Enfermera del “Comité de Diálisis” del Hospital I.E.S.S. Riobamba
Lcda. ALICIA PINTO



Valoración Clínica de los pacientes con IRC



Valoración Psicológica de los pacientes con IRC



Valoración Nutricional del paciente con IRC



Valoración de Enfermería en pacientes con IRC