

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABI
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO, INVESTIGACIÓN
RELACIONES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA MENCION EN GERENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD

TEMA:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
INSUFICIENTES RENALES CRÓNICOS TERMINALES QUE RECIBEN
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO
2002-2003

AUTORAS:

LIC. DERLIN DELGADO JANUMIS

LIC. MARIANA VARGAS G.

DIRECTOR DE TESIS

DR. ALFREDO MENOSCAL

MANTA - MANABI - ECUADOR

2004

CERTIFICACIÓN

El Dr. Alfredo Menoscal, Tutor de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Centro de Estudios de Postgrado, Investigación, Relaciones y Cooperación Internacional, Maestría en Salud Pública, Mención en Gerencia de Servicios de Salud CERTIFICA: Que las Licenciadas Derlin Delgado Janumis y Mariana Vargas realizaron la Investigación sobre “EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES INSUFICIENTES RENALES CRÓNICOS TERMINALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO 2002 – 2003” cumpliendo con lo reglamentado para tal efecto. El contenido teórico, ideas, reflexiones y análisis vertido son estrictamente responsabilidad de las autoras.

DR. Alfredo Menoscal
DIRECTOR DE TESIS

El presente trabajo fue realizado bajo la Dirección del Dr. Alfredo Menoscal Mg. Sc., sometida a consideración del Tribunal Examinador del Centro de Estudios de Postgrado, Investigación, Relaciones y Cooperación Internacional de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, como requisito previo a la obtención del Título de Magíster en Salud Pública, Mención en Gerencia de Servicios de salud, aprobado por el Tribunal designado para recibir la sustentación.

Presidente del Tribunal

Director de tesis

Miembro del Tribunal

Miembro del Tribunal

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, templo de progreso y sabiduría por brindarnos la oportunidad de superarnos y ser entes generadores de nuevos ideales para el país y principalmente en el campo de la salud nuestra profesión.

A todos los Docentes del Centro de Estudios de Postgrado, Investigación Relaciones y Cooperación Internacional, Maestría en Salud Pública, Mención en Gerencia de Servicios de salud.

Al Magíster Alfredo Menoscal, Director de Tesis, nuestra imperecedera e inmensa gratitud quien desinteresadamente supo guiarnos con su capacidad y apoyo técnico-científico a la exitosa realización de este trabajo investigativo.

A los Directivos de Manadiálisis, a nuestros compañeros Médicos, Lcdas. en Enfermería, Psicólogo, Nutricionista, Visitadora Social, nuestro más noble agradecimiento por su valiosa ayuda y colaboración y a todas las personas que hicieron posible la culminación de esta investigación.

Las Autoras

DEDICATORIA

A mi MADRE y a mis hijos VERENISSE y BRYAN por ser tolerantes conmigo y brindarme su apoyo incondicional, comprensión, y sacrificio.

A TI por impulsarme siempre en mi superación profesional.

A mis pacientes de Manadiálisis objetivo principal de esta Investigación.

DERLIN

DEDICATORIA

A DIOS,

Porque en él he confiado y me ha mostrado el camino por donde seguir, el es mi guía y mi sostén.

A mis PADRES,

José y Anita por apoyarme siempre , porque me dieron la esperanza de un futuro mejor.

MARIANA

INDICE

Páginas

RESUMEN	1
SUMMARY	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I	
1.1. Selección y Delimitación del tema	7
1.2. Problematización	9
1.3. Planteamiento del Problema	11
1.4. Justificación	12
1.5. Objetivos	14
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
2.1. Manadiálisis: Antecedentes	15
2.2. La Insuficiencia Renal	17
2.2.1. Etiología de la Insuficiencia Renal	17
2.2.2. Signos y síntomas de la Insuficiencia Renal Crónica	18
2.2.3. Diagnóstico de la IRC	18
2.2.4. Tratamiento de la IRC	18
2.3. Diálisis	21
2.3.1. Hemodiálisis	23
2.3.2. Diálisis Peritoneal	26
2.3.3. Transplante Renal	28
2.4. Calidad de vida.- Concepto	30
2.4.1. Concepto de calidad de vida relacionada con la salud	31
2.5. Dimensiones de la Calidad de Vida	32
2.5.1. Dimensión física	34
2.5.2. Dimensión Psicológica	34
2.5.3. Dimensión Social	38

	Páginas
2.6. Calidad de Vida objetiva y subjetiva	42
2.7. Evaluación de la Calidad de Vida	43
2.7.1 Escala de KARNOSFKY	44
CAPITULO III	
METODOLOGÍA	
3.1. Formulación de Hipótesis	46
3.2. Variables	47
3.2.1. Operacionalizacion de Variables	48
3.3. Diseño Metodológico	57
CAPITULO IV	
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	61
4.1. Análisis y Discusión	85
CAPITULO V	
Comprobación de hipótesis	87
CAPITULO VI	
Conclusiones	93
Recomendaciones	95
CAPITULO VII	
Bibliografía	96
CAPITULO VII	
PROPUESTA	98
Anexos	122

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

	Páginas
TABLA – GRAFICO No. 1 DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 –JUNIO 2003	62
TABLA – GRAFICO No. 2 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	63
TABLA – GRAFICO No. 3 ESTADO CIVIL VS SEXO DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	64
TABLA – GRAFICO No. 4 TIPO DE AFILIACIÓN VS RESIDENCIA DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	65
TABLA – GRAFICO No. 5 ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	66
TABLA – GRAFICO No. 6 ETIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	67
TABLA – GRAFICO No. 7 COMPLICACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DE LOS PACIENTES RENALES EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	68
TABLA – GRAFICO No. 8 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE HEMODIÁLISIS Y COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003	69

TABLA – GRAFICO No. 9	
FRECUENCIA DE TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DE LOS PACIENTES RENALES ATENDIDOS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 –JUNIO 2003	70
TABLA – GRAFICO No. 10	
TIPOS DE ACCESO VASCULAR DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	71
TABLA – GRAFICO No. 11	
TIEMPO DE HEMODIÁLISIS VS HOSPITALIZACION DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 JUNIO 2003	72
TABLA – GRAFICO No. 12	
CAMBIOS FISICOS EXPERIMENTADOS POR LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIALSIIS EN MANADIALSIIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	73
TABLA – GRAFICO No. 13	
ACEPTABILIDAD A LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIALSIIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	74
TABLA – GRAFICO No. 14	
ESTADOS DE ÁNIMO MANIFESTADOS POR LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	75
TABLA – GRAFICO No. 15	
CAMBIOS DE CARÁCTER EXPERIMENTADOS POR LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	76
TABLA – GRAFICO No. 16	
NIVEL DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES QUE MANTIENEN LOS ENFERMOS RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 JUNIO 2003	77
TABLA – GRAFICO No. 17	
FUENTES DE INGRESOS DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	78

TABLA – GRAFICO No. 18	
INGRESOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	79
TABLA – GRAFICO No. 19	
EGRESOS ECONOMICOS POR EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DE LOS PACIENTES RENALES DE MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	80
TABLA – GRAFICO No. 20	
NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	81
TABLA – GRAFICO 21	
ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	82
TABLA – GRAFICO No 22	
IMPACTO LABORAL EN LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003	83
TABLA – GRAFICO No 23	
NIVELES DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA DE KARNOFSKY DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003	84

R E S U M E N

El presente estudio de Investigación se lo realizó en la Ciudad de Portoviejo en la Unidad de Pacientes Renales Manadiálisis, con el propósito de conocer la Calidad de Vida de los pacientes renales que se atienden y los factores que influyen en la misma. El estudio fué realizado con todos los pacientes que recibían tratamiento de hemodiálisis, los que constituyeron 96 pacientes de los cuales 86 son afiliados al IESS y 10 son privados.

La investigación se trato de un estudio Descriptivo, Retrospectivo y Correlacional. Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron las entrevistas, encuestas, observación indirecta y fuentes secundarias (Historias Clínicas).

Se utilizo como instrumento el formulario, el mismo que sirvió para realizar la recolección de información a los pacientes Insuficientes Renales Crónicos Terminales atendidos en Manadiálisis Portoviejo.

Las variables consideradas, estuvieron relacionadas con la Calidad de Vida de los pacientes Insuficientes Renales crónicos terminales, a quienes se les investigo las características personales, sus condiciones físicas, socioeconómicas y psicológicas.

Sobre la base de los resultados obtenidos podemos expresar que la Calidad de Vida de los Pacientes Renales atendidos en Manadiálisis Portoviejo es de regular a deficiente atribuible en muchos casos a la falta de información sobre su enfermedad.

Se sugiere a la Institución la implementación de un Programa de Educación Permanente dirigido a pacientes y familiares con el propósito de dar a conocer mas detalles sobre la enfermedad, que hacer en casos de complicaciones y como evitar el deterioro progresivo de su Calidad de Vida.

SUMMARY

The present studies it of Investigation I carry out Renal Manadiálisis in the city of Portoviejo in the unit of patients, with the purpose of knowing the quality of Life of the renal patients there assisted and the factors that influence in their quality of Life. The study was carried out with all the patients that receive treatment of hemodialisis. Constituted 96 patients, of which 86 is affiliated the IESS and 10 is deprived.

The Investigation is a descriptive study, retrospective and Correlacional, the techniques of gathering of used data were the interview, the survey, indirect observation and secondary sources (Clinical Histories).

I an used how I orchestrate the formulary, the some that it was used for carry out the gathering of information to the patients with Inadequacy Renal Terminal Chronicle assisted in Portoviejo Manadiálisis.

The considered variables were related with the quality of life of the patients with IRCT, to wham investigates them the personal characteristic, their physical conditions socioeconomic and Psychological.

We on the base of the obtained results could express that the quality of life of the renal patients assisted in Manadiálisis Portoviejo is of regulating to faulty attributable in many cases to the lack of information on their illness.

It is suggested the Institution on the implementation of a Program of Permanent Education Directed to patients and family with the purpose of making known but details on the illness, That make in case of complications and like avoiding the progressive deterioration of their quality of life.

INTRODUCCIÓN

El aporte de los conocimientos epidemiológicos en el área de las enfermedades renales ha permitido estimar la magnitud de un fenómeno que como la enfermedad renal crónica tiene repercusión social ascendente propiciando que se planteen y busquen nuevas estrategias y enfoques de atención médica capaces de enfrentar con mayores posibilidades de éxito dicho problema. Las enfermedades crónicas degenerativas como la Insuficiencia Renal se consideran en la actualidad un problema de salud pública ya que no solamente es el enfermo el que sufre las consecuencias de la enfermedad, si no que involucra a familiares y amigos.

El enfermo renal que inicia su tratamiento sustitutivo de hemodiálisis se ve afectado físico, psicológico y socialmente, lo que deteriora su calidad de vida. En el presente trabajo de Investigación se realizó un estudio de la Calidad de Vida de los Pacientes Insuficientes Renales Crónicos Terminales que reciben tratamiento de Hemodiálisis en la Unidad de Manadiálisis Portoviejo 2002 – 2003, aquí vamos encontrar toda la información acerca de cómo es el estilo de vida que tienen cada uno de nuestros pacientes, cuáles han sido los cambios experimentados en el trayecto de su enfermedad, cómo ha sido afectada su calidad de vida por la IRCT, además consta el instrumento utilizado para la evaluación de la Calidad de vida de los pacientes Insuficientes Renales Crónicos Terminales que reciben tratamiento de Hemodiálisis en Manadiálisis Portoviejo.

El documento expone en su primera parte la selección del tema y problematización así como la justificación y objetivos del trabajo de investigación, presentamos

antecedentes que sustentan nuestro marco teórico y referencial, la hipótesis y el diseño metodológico utilizado.

En la segunda parte exponemos en tablas y gráficos los resultados del trabajo para luego comprobar estadísticamente la hipótesis planteada, nos permitimos plantear conclusiones y recomendaciones.

Para finalizar basadas en la matriz del marco lógico presentamos una propuesta que a nuestro criterio permitirá mejorar la Calidad de Vida de los Insuficientes Renales Crónicos Terminales que reciben tratamiento de Hemodiálisis en Manadiálisis Portoviejo.

CAPITULO I

1.1. SELECCIÓN Y DELIMITACION DEL TEMA

La selección del tema de investigación fue el resultado de una serie de reflexiones por parte de las investigadoras, ya que quizás en ninguna otra área de servicios, puede exigirse con mayor énfasis la garantía de calidad como en salud, ésta representa el más preciado tesoro del ser humano.

El garantizar la salud compromete todo el esfuerzo individual y colectivo para preservarla y recuperarla cuando se ha perdido.

En el mundo de hoy se observa un gran interés por lo que se ha llamado calidad de vida que implica la seguridad, educación, protección del Individuo, en nuestro caso la del paciente que padece Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).

A pesar de la falta de datos estadístico reales y exactos no existe duda que el número de personas que adolece algún tipo de enfermedad renal es alto, y se encuentran recibiendo terapia sustitutiva como la Hemodiálisis que aumenta su sobrevida, la responsabilidad de lo que suceda con el paciente durante su tratamiento es del equipo de profesionales que lo está atendiendo.

Conocedoras del sufrimiento que aqueja al paciente IRCT sometido a procedimiento de Hemodiálisis, creemos conveniente realizar este estudio porque le permitiría recibir una adecuada atención de salud que se revertiría en una mejor calidad de vida.

En base a lo expuesto el tema seleccionado queda delimitado en relación a los siguientes criterios:

CONTENIDO: Evaluación de la Calidad de Vida

CLASIFICACION: Pacientes Insuficientes Renales Crónicos Terminales en Hemodiálisis.

ESPACIO: Manadiálisis Portoviejo

TIEMPO: Enero 2002 – Julio 2003

En conclusión en tema de Investigación es:

“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES INSUFICIENTES RENALES CRONICOS TERMINALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO 2002-2003”.

1.2. PROBLEMATIZACION

Las definiciones clásicas plantean que la enfermedad renal crónica es el resultado evolutivo de múltiples enfermedades que provocan la destrucción progresiva y difusiva del parénquima renal hasta arribar al estado de uremia terminal.

Hasta hace pocos años el enfermo moría inevitablemente al alcanzar el síndrome con las manifestaciones extremas, el desarrollo en los últimos años de los procedimientos de diálisis periódicas y el trasplante renal como terapias de reemplazo de la función renal, ha ofrecido una mayor sobrevida y representa una etapa crucial en la solución definitiva de los padecimientos que terminan en Insuficiencia Renal.

El aporte de los conocimientos epidemiológicos en el área de las enfermedades renales ha permitido estimar la magnitud de un fenómeno que como la enfermedad renal crónica tiene repercusión social ascendente propiciando que se planteen y busquen nuevas estrategias y enfoques de atención médica capaces de enfrentar con mayores posibilidades de éxitos dicho problema.

Si bien las enfermedades avanzadas del riñón constituyen un importante problema Médico y de salud en todo el mundo, debido a sus características que afecta en mayor proporción a la población entre las edades productivas de la vida, con

repercusiones importantes en el área social, económica, con implicación ética y ser causa de un alto número de muertes al año en todo el país, son escasos o casi inexistentes las actividades o programas dirigidos a su prevención.

Es importante mencionar que los reportes estadísticos desde hace 5 años muestran un incremento significativo de pacientes con insuficiencia renal, lo que se relaciona con la creación de unidades privadas para el tratamiento sustitutivo de la función renal de las cuales Manadiálisis es la pionera en la provincia.

La enfermedad renal es una situación mórbida que afecta a la población en general con una tasa de incidencia de alrededor de 10 personas por 100.000 y una prevalencia que alcanza valores entre 35 a 80 por 100.000 habitantes.

A pesar del alto número de pacientes candidatos a padecer de Insuficiencia Renal como son los diabéticos e hipertensos, y la alta incidencia de pacientes que ya están afectados y lo costoso del tratamiento ninguna institución de salud ha establecido estrategias de acción encaminadas a la prevención de la misma, ni se ha buscado otra terapéutica menos costosa y que ofrezca mejor Calidad de Vida al paciente.

El paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal se ve afectado físico, psicológico y socialmente por su enfermedad, lo que supone dos sentimientos muy característicos: el temor de la gravedad de la enfermedad y la idea de incapacidad, la que desarma la vida del paciente y la integridad de la familia que es la fuente primaria del sostén emocional del mismo.

El paciente con IRCT necesita de un buen soporte físico, psicológico y social para mantener una Calidad de Vida aceptable, teniéndose en cuenta que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante de interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es la Calidad de Vida de los pacientes Insuficientes Renales Crónicos que reciben tratamiento de Hemodiálisis en la Unidad de Manadiálisis Portoviejo?

DELIMITACION DEL PROBLEMA

La presente investigación pretende obtener información general y específica de los pacientes con IRCT atendidos en Manadiálisis Portoviejo, para determinar su calidad de vida. Para lo cual se han delimitado los siguientes aspectos:

1. Caracterización de la población objeto de estudio
2. Calidad de vida de los pacientes con IRCT:
 - Aspectos Físicos
 - Aspectos Socio- Económicos
 - Aspectos Psicológicos
3. Tiempo: Enero2002 – Julio 2003

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El presente estudio de investigación se realizó por la alta prevalencia e incidencia de las enfermedades renales en nuestro medio, a pesar de la falta de datos estadísticos reales y exactos, no existe duda que el número de personas que adolece algún tipo de enfermedad renal se encuentran recibiendo terapia sustitutiva que aumenta la sobrevivencia de las personas que padecen enfermedades crónicas como: Diabetes, Hipertensión Arterial que son actualmente las primeras causas de ingresos a procedimientos de Diálisis en nuestro País.

Conocedoras del sufrimiento que aqueja al paciente Insuficiente Renal Crónico Terminal sometidos a procedimientos de Hemodiálisis, creemos conveniente realizar un estudio de este tipo porque permitirá a estos pacientes escoger un camino para mejorar su calidad de vida.

Además es necesario considerar el criterio académico, institucional, personal y operativo.

CRITERIO ACADEMICO

A nivel académico se pretende ampliar y aplicar conocimientos sobre la calidad de vida de los enfermos renales sometidos a Hemodiálisis.

CRITERIO SOCIAL

El tema propuesto se justifica porque esta investigación pretende analizar la calidad de vida de los pacientes con IRCT que reciben Hemodiálisis y luego hacer propuestas para mejorar las deficiencias.

CRITERIO INSTITUCIONAL

En términos institucionales se justifica el tema porque se encuentra dentro de la visión de la empresa, como centro de atención integral a pacientes con IRCT.

CRITERIO PERSONAL

El tema se justifica por la experiencia que tienen las investigadoras en la prestación de servicios de Hemodiálisis a pacientes con IRCT quienes hemos observado que la calidad de vida de estos pacientes se va deteriorando con el paso de los años, basadas en este conocimiento podemos plasmar en el informe la relación causa - efecto y consecuencia en las condiciones de vida en las personas afectadas.

CRITERIOS OPERATIVOS

Operativamente contamos con suficientes datos bibliográficos, estudios nacionales e Internacionales, estadísticas para el desarrollo del tema propuesta, a la vez que contamos con la experiencia en el manejo de pacientes en hemodiálisis, recursos materiales, financieros y tiempo para llegar a la culminación del estudio.

1.5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la Calidad de Vida del Enfermo Renal Crónico Terminal que recibe tratamiento de Hemodiálisis en Manadiálisis Portoviejo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar características personales de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de Hemodiálisis: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación.
2. Identificar las condiciones físicas, socio-económicas, psicológicas de los Enfermos renales atendidos en Manadiálisis Portoviejo.
3. Implementar mecanismos de cambios de conductas para mejorar la Calidad de Vida del usuario.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. MANADIALISIS: ANTECEDENTES

Manadiálisis es un Centro de Atención Integral al Enfermo Renal que nace como respuesta a la necesidad de un gran número de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, que debían viajar a Ciudades como Quito y Guayaquil tres veces a la semana a recibir su tratamiento sustitutivo de la función renal que le permitiera seguir viviendo.

Inició su funcionamiento el 3 de Diciembre de 1998, se encuentra ubicada en la Ave. Manabí del Cantón Portoviejo. Cabe recalcar que ésta empresa ha seguido creciendo, es así que en Junio de 1999 en la ciudad de Manta y en Enero del 2003 en la Ciudad de Chone, todas estas unidades fueron creadas por la alta demanda de pacientes existentes en estas ciudades.

Los objetivos de ésta empresa son: brindar atención de calidad, mejorar su rentabilidad,

y desarrollar el recurso humano. **La VISION** que tiene ésta Empresa es la de ser líder en la Provisión de Servicios Integrales de Salud para pacientes renales, reconocidos por la Calidad de Atención y Práctica docente en Nefrología a

nivel Nacional e Internacional con resultados económicos y Sociales que conduzca a la satisfacción de los clientes, empleados, accionistas y comunidad. **La MISIÓN** es entregar

servicios de salud para pacientes renales con profesionalismo, experiencia, calidad y tecnología para mitigar el dolor de nuestros pacientes generando confianza y credibilidad en nuestros servicios, que resulten en la satisfacción del cliente, accionista, empleado y comunidad.

Es importante dar a conocer que hasta ahora Manadiálisis ha sido líder en la atención al paciente renal, sin embargo la competencia existe ya que hay una nueva unidad de diálisis que hace que nos preocupemos por mejorar la Calidad de Atención al paciente.

Actualmente brinda atención a 115 pacientes de los cuales: 75 son afiliados al Seguro Social, 30 al Seguro Campesino y 10 privados, entre lo que se encuentran, niños, jóvenes, adultos y ancianos. Según el Diagnóstico Epidemiológico de la Unidad las principales causas que llevaron a los pacientes a este padecimiento son: 70% la Diabetes y la Hipertensión Arterial, seguido de las glomerulopatías, cálculos renales, poliquistosis renales, uso indiscriminado de medicamentos.

Los pacientes del Seguro social y Campesino se realizan su tratamiento 3 veces por semana, no así el paciente privado quien por su limitante factor económico se ve obligado a realizárselo 1 vez por semana, lo que desmejora su salud paulatinamente y por ende afectando su calidad de vida.

El 60% pacientes atendidos son del área rural y el 40 % del área urbana, cabe indicar que la mayoría de los pacientes pertenecen a un nivel socio-económico de medio a bajo.

2.2. LA INSUFICIENCIA RENAL

La Insuficiencia Renal se refiere al daño temporal o permanente de los riñones que resulta en la pérdida de la función normal del riñón, hay dos tipos diferentes de Insuficiencia Renal aguda y crónica. La IRA comienza súbitamente y es potencialmente reversible. La IRC progresa lentamente durante un período de por lo menos tres meses y puede llevar a la Insuficiencia Renal permanente. Las causas, los síntomas, los tratamientos y las consecuencias de la IRC y de la aguda son diferentes. (1)

2.2.1. ETIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RENAL

La etiología va a depender del tipo de daño renal: agudo o crónico.

Causas de la Insuficiencia Renal Aguda.- Dentro de estas tenemos: Infarto del miocardio, Rabdomiolisis, Shock hipovolémico, litiasis, Síndrome urémico hemolítico, Utilización de medicamento nefrotóxicos, glomerulonefritis. (1)

Causas de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal.- Tenemos: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, lupus eritematoso sistémico, litiasis renal, Síndrome de Alport, Síndrome Nefrótico, Enfermedad poliquística del riñón, Cistinosis, Pielonefritis. (2), como las causas más importantes.

1. Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Trasplante, Salvador Gustavo 1998
2. Nefrología Diálisis y Trasplante. 1999

2.2.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Anorexia, hemesia, artralgias, cefalea, insomnio, prurito, resequedad de la piel, decaimiento, fatiga, calambres musculares, anuria, infecciones recurrentes del tracto urinario, incontinencia urinaria, mal aliento, palidez de la piel, deficiencia auditiva, tumores, edema, irritabilidad, atrofia muscular, estado de confusión, sabor metálico de la boca. (2)

2.2.4. DIAGNOSTICO DE LA IRC

Además del examen físico y la Historia Medica, completa los procedimientos para el diagnóstico de la IRCT pueden incluir lo siguiente: examen de sangre y de orina, rayos X de tórax, escáner de los huesos, ultrasonografía renal, electrocardiograma, biopsia renal. (2)

2.2.5. TRATAMIENTO DE LA IRC

El tratamiento de la IRC puede ser ambulatorio y hospitalario, y puede ser conservador a base de terapia diurética, control de electrolitos (K, Na, Ca), medicamentos, plan alimenticio adecuado, diálisis y trasplante renal.

1. Manual de Nefrología. Diálisis y Trasplante, 19982.
2. Nefrología Diálisis y Trasplante. 1999

Manejo Conservador de la IRC

El manejo conservador de la IRC en la etapa prediálisis y la preparación del paciente para un programa combinado de diálisis debe realizarse en una consulta destinada para tales efectos, protocolizada y con criterios uniformes.

El paciente será transferido a éste modo cuando su aclaramiento de creatinina sea mayor de 30 ml/min y permanecerá hasta que entre en tratamiento sustitutivo.

Control Dietético

Dieta hipo proteica.- Con este tipo de dietas se pretende lograr tres objetivos:

- Preservar la función renal
- Prevenir la aparición de síntomas urémicos
- Mantener al mismo tiempo un adecuado estado nutricional.

Calorías

La energía es la primera demanda corporal para mantener la homeostasis del organismo.

Se ha comprobado que el gasto energético basal en pacientes urémicos es semejante a sujetos normales, es decir 35 Kcal/Kg/día para pacientes menores de 60 años y entre 30-35 Kcal/Kg/día en edades superiores. (3)

Agua y sal

Un individuo normal requiere 1.5 – 2.5 l /día (aproximadamente 1 ml por cada Kcal.)

Variando según la actividad física y la superficie corporal. Los aportes de sodio y agua deben ser individualizados. Una ingesta diaria de 40 – 130 meq de Na (1 –3 gr.) y de 1.5 a 3 litros de agua suelen mantener de forma aceptable el balance hidrosalino. (3)

Potasio

En la etapa prediálisis no existen mayores dificultades, pero hay que mantener cuidado con los diabéticos.

Calcio y fósforo

La absorción del calcio esta disminuida en los IR, por el déficit de calcitriol, por lo que los requerimientos son mayores que en los sujetos sanos, aproximadamente de 1.2 a 1.6 g/ día. La hipocalcemia debe corregirse mediante suplemento orales (ligantes del fósforo más que con ajustes dietéticos). (4)

Oligoelementos

Los suplementos de hierro suelen ser necesarios, ya que la restricción proteica induce al déficit de éste elemento. Se requiere como mínimo 10 mg/día para sujetos sanos.(4)

Vitaminas

En la IRC existe un déficit de vitaminas hidrosolubles (B, C), se recomienda suplementos de piridoxina 5 mg/día y B12 3 ug/día. (4)

3. Nutrición y Dietética Clínica, Salas Jordi. 2003

4. ROMBEAU, ROLANDELLI. Nutrición Clínica, p. 234-235. 2002

En algunos casos, los pacientes pueden desarrollar alteraciones electrolíticas y niveles tóxicos severos de ciertos productos de desechos, que normalmente son eliminados por los riñones, retención de líquidos para este tipo de casos se utiliza terapias sustitutivas como: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal.

2.3. DIÁLISIS

El tratamiento sustitutivo con técnicas de depuración extrarenal ha permitido prolongar la vida de los pacientes que previamente fallecían de uremia. Se considera indicado el inicio de diálisis cuando el filtrado glomerular es inferior a 5-10 ml/min y/o cuando aparecen alteraciones importantes del equilibrio ácido-base, electrolíticas y metabólicas, asociadas a manifestaciones clínicas severas como: pericarditis, polineuropatías, hiperpotasemia, hipertensión arterial de difícil control, edema pulmonar, acidosis severa o coma.

La Hemodiálisis (HD) es la técnica más difundida aproximadamente el 70% de pacientes están recibiendo este tipo de terapia, 30% restante se reparte entre un 21% en diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD) un 9% la diálisis peritoneal intermitente. La HD se puede realizar a nivel hospitalario, en un Centro Periférico no hospitalario o en el propio domicilio del enfermo.

INDICACIONES PARA DIÁLISIS

La indicación de diálisis urgente se da por la presencia de hiperpotasemia, acidosis metabólica o sobrecarga hídrica, en general dentro del llamado Síndrome urémico, el

cual es coincidente con cifras de creatinemia de 7 a 12 mg/dl sin embargo la indicación “sin equanom” es la sobrecarga hídrica en el paciente con falla renal aguda o crónica.

Este concepto no ha de ser inamovible por lo que la sintomatología clínica del paciente será la que, en última instancia hará tomar la decisión del inicio de la diálisis periódica en el enfermo crónico.

El Síndrome urémico suele presentarse con náuseas, vómito, falta de apetito, debilidad, sensación de frío, alteración de la personalidad con tendencia a la confusión, se presenta una pigmentación entre pálida y amarillento-terroso debido al acumulo pigmentos urocromicos, el característico aliento urémico, parestesia en las extremidades inferiores, equimosis cutáneas de fácil aparición, etc.

Otras indicaciones de HD urgente que se presentan con mucho mayor frecuencia son las hipercalcemia, hiperuricemia, hipotermia, acidosis metabólicas, intoxicaciones por drogas o fármacos o productos tóxicos.

CONTRAINDICACIONES

Algunas contraindicaciones del tratamiento dialítico a valorar son las enfermedades de Alzheimer, demencia, multiinfarto, el síndrome hepatorenal, la cirrosis hepática avanzada con encefalopatía, neoplasia en estado avanzado.

2.3.1. HEMODIÁLISIS

PRINCIPIOS FISIOLOGICOS DE LA HEMODIÁLISIS

La diálisis es el proceso por medio del cual los solutos de una solución de alteran

cuando dicha solución es puesta en contacto con otra de distinta composición a través de una membrana semipermeable, las moléculas de agua y las de bajo Peso Molecular pasarán a través de la membrana semipermeable, no así las de alto peso molecular. Los solutos que pueden pasar a través de los poros de la membrana semipermeable son transportados por medio de dos mecanismos: difusión y ultrafiltración.

LA DIFUSIÓN.- Es un transporte pasivo de solutos a través de la membrana del dializador (5), condicionada por su peso molecular.

LA ULTRAFILTRACION (UF).- La UF o transporte por convección consiste en el paso simultáneo a través de la membrana de diálisis del solvente, en nuestro caso es agua, acompañado de solutos, bajo el efecto de un gradiente de concentración hidrostática (5)

Las aplicaciones clínicas de la difusión se basaran en la posibilidad de limpiar la sangre ureica de un paciente puestas en contacto con un líquido de diálisis por medio de una membrana semipermeable: pasaran las toxinas ureicas de la sangre del paciente al líquido de diálisis exento de esas toxinas por simple gradiente de concentración y dependiendo de su peso molecular.

Normalmente la dirección del flujo de la solución del líquido de diálisis es opuesta, en sentido contrario, a la dirección que sigue el flujo sanguíneo. El propósito de esta corriente es el de aumentar la diferencia de concentración de los productos de desechos entre la sangre del paciente y el líquido de diálisis a lo largo de todo el dializador.

ACCESO VASCULAR

La realización de la Hemodiálisis precisa de un acceso vascular previo que permita obtener un flujo sanguíneo. El acceso vascular permanente más eficaz es la fístula Arterio - Venosa interna de Brescia - Cimino, que consiste en que a través de una pequeña intervención quirúrgica, se anastomosa la arteria radial y la vena cefálica. Esta anastomosis genera un paso de sangre con presión arterial a una vena periférica que produce una hipertrofia y dilatación del territorio venoso superficial, que facilita las punciones repetidas con cánulas de gran calibre. Si fracasa esta técnica, existen otras alternativas como son la anastomosis cubital-basílica. En caso de no poderse obtener una fístula de las características anteriormente descritas, se puede recurrir a la implantación de un homo injerto o a material protésico, que se coloca entre una arteria y una vena proximal. Estos últimos actualmente se los considera como la menor alternativa, destacando los realizados con politetrafluoroetileno expandido (Gorotex). En el caso de que fracasen todas estas posibilidades, se procede a la colocación de un catéter permanente en una vena yugular interna.

Las complicaciones de las fístulas constituyen una de las principales causas de mortalidad de los pacientes en HD, en Estados Unidos representa el 16% de ingresos hospitalarios en pacientes de diálisis (5). Entre estas hay que destacar la infección, la trombosis, la formación de aneurisma, y el “síndrome de robo” originado por un déficit de flujo arterial a las zonas distales del miembro donde se ha efectuado la fístula. El *Staphylococcus aureus* es el agente etiológico responsable de la mayor parte de las infecciones, siendo la sepsis la complicación más severa. La fístula de Brescia Cimino es la que presenta un menor número de complicaciones y una mayor duración.

Si no se dispone de un acceso vascular previo y existe la necesidad inminente de Hemodiálisis, se puede usar un acceso vascular transitorio, mediante la colocación de un catéter en una vena central: subclavia, yugular o femoral.

PROCEDIMIENTO PARA LA HEMODIALISIS

Es importante el lavado y cebado del dializador previo al inicio de la HD, pues se reduce la incidencia o severidad de las reacciones anafilácticas al eliminar restos de posibles alérgenos derivados de desinfectantes. Una buena pauta es el lavado del compartimiento sanguíneo del dializador con un litro de suero salino durante 20 minutos antes del inicio de la HD.

Si es el caso de un catéter vascular externo, primeramente se aspirará el coágulo y los restos de heparina que hayan quedado dentro la luz de la cánula, limpiaremos con suero salino las dos luces del catéter y conectaremos las líneas arteriovenosas.

5. Salvador Gustavo, Enfermedades Renales pp. 140-150, 1998

En caso de una fístula arteriovenosa, procederemos teniendo en cuenta que:

- a. Ante un sistema venoso poco desarrollado una ligera compresión en torniquete puede ser útil, pero se debe ser muy cuidadosa con esta maniobra.
- b. Las Agujas de calibre 16G, o 15G para unipuntura, son las más aceptables para flujos sanguíneos superiores a los 300ml/min., la calibre 14G son para flujos mayores.
- c. Se debe desinfectar la zona de punción con povidona yodada durante unos tres minutos previos a la punción.
- d. La aguja arterial se inserta unos 3 cm por encima de la fístula con ángulo de 45 grados en dirección hacia la anastomosis.
- e. La aguja venosa se inserta a unos 5 cm de la arterial en un ángulo de 45 grados distal a la anastomosis.

El flujo sanguíneo al inicio de la HD será de 50ml/min. para incrementarlo a 100ml/min.

450ml/min. Finalizado el tratamiento la sangre será retornada del circuito extracorpóreo al paciente, usando solución salina unos 100 a 200 ml.

2.3.2. DIÁLISIS PERITONEAL

La Diálisis Peritoneal Intermittente (DPI) fue el primer ensayo terapéutico para la Insuficiencia Renal Aguda (IRA). Los resultados que se obtuvieron inicialmente fueron lo

suficientemente satisfactorios para que se ensayara su utilización en el tratamiento de la IRC desde 1962 por parte de Boen. En 1968, Tenckhoff mostró los resultados de la utilización de un catéter peritoneal permanente, que convenció a la comunidad médica sobre su factibilidad y conveniencia.

TÉCNICAS DE DIÁLISIS PERITONEAL

Diálisis Peritoneal Intermitente y Nocturna (DPI/DPN)

Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)

Diálisis Peritoneal Continua Por Cicladora (DPCC)

PROCEDIMIENTO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL

Es un tratamiento independiente en el hogar, que requiere orientación intensiva del paciente en lo relativo al procedimiento, teoría y manejo del problema.

Se realiza durante las 24 horas de los siete días de la semana, con volumen de 1 a 3 litros y tres a cinco ciclos diarios. Cada ciclo incluye el influjo (infusión), permanencia y reflujó (extracción).

Para que un paciente se realice la DP es necesario que tenga implantado un catéter en el peritoneo, este es implantado por diferentes mecanismos: implantación quirúrgica, implantación a ciegas por medio de trocar o guía metálica. Solamente los catéteres de Tenckhoff pueden implantarse con las diferentes técnicas, los otros tipos de catéteres requieren intervención quirúrgica.

COMPLICACIONES DE LA DP

Peritonitis, las infecciones del túnel subcutáneo y del orificio de salida del catéter.

Hernias, Escapes, Hidrotórax, dorsalgias

2.3.3. EL TRASPLANTE RENAL es otra opción para el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica. Consiste en implantar en su cuerpo un riñón humano sano de otra persona el cual puede ser de un familiar directo (donante vivo relacionado) o de una persona recién fallecida (donante cadavérico) además en ocasiones la ley de trasplantes la donación de personas allegadas directas caso esposa/o como ejemplo (donante vivo no relacionado).

Por casi 30 años el trasplante de riñón ha sido el tratamiento de elección para muchos

Pacientes con Enfermedad Renal Terminal. Un trasplante exitoso puede mejorar significativamente la calidad de vida y da más tiempo a los pacientes para realizar sus actividades.

Hay dos índices generales del éxito de un trasplante, uno es la supervivencia del paciente trasplantado, el otro es la supervivencia del riñón implantado. Nadie está totalmente seguro del tiempo que puede sobrevivir un riñón trasplantado. El período de supervivencia mayor de un trasplante renal está por encima de los 20 años.

El promedio de mortalidad después de un trasplante cadavérico es ligeramente menor que el de diálisis. Por encima de los 65 años parece que la diálisis es el método terapéutico más apropiado, salvo, que el riñón recibido provenga de un donante vivo emparentado adecuadamente compatible.

La sobrevida del injerto (nuevo riñón) a un año cuando proviene del donador cadavérico es mayor al 80%. (6) Un receptor de un donador vivo relacionado tiene un margen de éxito de más del 85% a un año.

Los riñones que han tenido éxito durante el primer año, generalmente funcionaran bien por varios años. El promedio de mortalidad de los receptores con diabetes es significativamente mayor que el de los no diabéticos. (6)

Los receptores óptimos para los trasplantes renales son aquellos paciente entre 6 y 65 años de edad, sin enfermedades cerebro vasculares, coronarias, cáncer, diabetes u otra afección sistemática debilitante.

Aquellos pacientes con un trasplante exitoso tienen el potencial de regresar a un etilo de vida más normal y activo.

Sin embargo, es responsabilidad del paciente el manejo de por vida que le dé a su nuevo riñón. Esto incluye visitas al consultorio, tomar sus medicamentos como este indicado y hacer decisiones diarias de lo que será mejor para el individuo.

6. Daurgirdas-Blake-Ing, Manual de Diálisis, pp. 151. 2003

El trasplante renal es sin duda la mejor opción de terapia sustitutiva, siempre y cuando el paciente sea apto para recibir el injerto y se encuentren los órganos disponibles.

2.4. CALIDAD DE VIDA.- CONCEPTO.-

Existe cierta confusión al tratar sobre el concepto de Calidad de Vida entre los profesionales, esto es probablemente debido a que no se ha llegado a un acuerdo en cuanto los componentes de este concepto abstracto.

Calidad de vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como al ejercicio de sus derechos y al respeto de sus valores.

De acuerdo con los ideales de cada grupo social es que se identifican los determinantes en materia de bienestar. Dado que hay sociedades más desarrolladas que otras, los estándares de bienestar son diferentes y así las definiciones de calidad de vida.

En el caso de las sociedades que ya han resuelto sus necesidades básicas, en términos de bienes y servicios, sus objetivos de bienestar se orientan más hacia la aplicación hacia la realización personal y profesional del grupo social.

En sociedades como la nuestra, aún los requisitos básicos de bienestar no han sido suplidos y por tal razón estos hacen parte del concepto de bienestar que buscan, o, en otras palabras, del nivel de calidad de vida que añoran.

Si se le pregunta a una persona qué es calidad de vida, muchos lo relacionan con el acceso a un trabajo digno y bien remunerado que les permita acceder a bienes y servicios básicos como vivienda, educación, salud y nutrición, servicios, públicos, movilidad vial, recreación, seguridad entre otros.

El concepto de Calidad de Vida se utilizó inicialmente para evaluar las condiciones de vida de la población en general, siendo esta idea diferente de lo que se ha dado en definir como Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS).

El interés en la medición de la calidad de vida se ha incrementado enormemente y en las últimas dos décadas ha emergido como un importante atributo de la investigación clínica.

2.4.1. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS). Es el conjunto de características que definen el bienestar y el funcionalismo de una persona en un momento dado. La medición de estas características deben abarcar los ámbitos físicos, psicológicos y sociales del individuo. (7)

La CVRS es un concepto de reciente aparición, la importancia de su evaluación en enfermos crónicos, como los pacientes con IRCT en terapia renal sustitutiva es algo comúnmente aceptada por los clínicos y en particular por los nefrólogos en nuestro país.

7. S: G de Allemand y M.I.B. Aspectos Psicológicos en diálisis y Trasplante Renal, p650. 1997

La medición de la CVRS es una novedosa tecnología comunicativa que toma en cuenta el punto de vista del paciente permitiéndole participar en el proceso terapéutico.

2.5. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

Desde 1948 cuando la OMS definió Salud como el Bienestar físico, mental y Social y no solamente a la ausencia de enfermedades, los temas de calidad de vida han tomado mucha importancia, tal es así que los componentes utilizados en la evaluación de la Calidad de vida son: Bienestar físico, emocional y social.

La CVRS mantiene un concepto multifactorial en el cual se evalúan tres dimensiones o dominios básicos: el físico, el psicológico y el social.

En el DOMINIO FISICO se evalúan síntomas, funcionamiento físico y discapacidad,

El DOMINIO PSICOLÓGICO evalúa atributos de: satisfacción, bienestar, ansiedad, depresión y autoestima.

El DOMINIO SOCIAL evalúa las relaciones interpersonales del paciente, su actividad diaria y su rehabilitación social

COMPONENTES		
FISICO	EMOCIONAL	SOCIAL
Clínicos	Bienestar emocional	Sexualidad
Supervivencia paciente	Afecto Psicológico	Rehabilitación laboral
	Satisfacción vital	
Coomorbilidad		Interacción social
Hospitalización		
Capacidad funcional	Depresión	Manejo del hogar
Capacidad de trabajo	Ansiedad	Ocio
Estado de Salud	Autoestima	Relación Familiar
Bienestar Físico		

La calidad de vida de una persona que padece IRCT está afectada de diversas maneras. Para ellos, su enfermedad ha supuesto un acercamiento con sus seres queridos, la resolución de problemas a los que previamente no se habían enfrentado, una mayor valoración de la vida o una actitud más positiva ante ella. Para otros, sin embargo, ha producido determinados cambios físicos, emocionales y sociales que alteran su funcionamiento diario. A continuación se describirán cada uno

2.5.1. DIMENSION FISICA

Existen una serie de cambios físicos relacionados con la IRCT y con los efectos secundarios del tratamiento dialítico, dentro de estos tenemos: cambio en la coloración y textura de la piel, disminución de peso, disminución del libido, edemas. La mayoría de la gente que tiene que iniciar su tratamiento está preocupada por si tendrá efectos secundarios, cómo serán y la mejor manera de combatirlos.

Los trastornos físicos causados por la IRCT y la severidad de estos efectos variará mucho dependiendo de cada persona. El que se tenga un particular efecto secundario y lo severo que sea, dependerá de la disciplina del paciente ante el tratamiento. Es importante comentar con el médico y la enfermera los efectos secundarios que con más probabilidad se puedan tener, el tiempo de duración, así como la severidad y si se debe requerir atención médica

2.5.2. DIMENSION PSICOLOGICA

El diagnóstico de una IRCT puede producir cambios psicológicos importantes en el paciente y su familia, que van a ser diferentes según la edad del paciente. En un adulto puede suponer una interrupción temporal de sus actividades profesionales, doméstica, sociales y familiares, generando sentimientos de impotencia y depresión. En un niño o joven supondrá una interrupción en la actividad escolar, interrumpiéndose así su rutina académica además los trastornos de aprendizaje pueden surgir de la dificultad de concentración y de la ausencia escolar, y el paciente puede experimentar una angustia de su separación que interfiera en su reinserción escolar o sentimientos de vergüenza intensos al verse diferente a sus compañeros.

El hecho de “caer enfermo” supone dos sentimientos muy característicos: el temor de la gravedad de la enfermedad y la idea de incapacidad, la misma desarma la vida del paciente y la integridad de la familia, siendo ésta la fuente primaria del sostén emocional del mismo. (7)

REACCIONES PSICOLÓGICAS MÁS COMUNES

Una de las reacciones emocionales más frecuentes ante la confirmación del diagnóstico es la negación. Mientras que algunas personas sospechan que pueden padecer una enfermedad antes de que le informe el médico de ello, otras se sienten tan bloqueadas emocionalmente cuando se confirma su diagnóstico que no se lo puede creer. Buscan segundas opiniones con el propósito de encontrar a un

profesional que desconfirme la enfermedad, piden a su medico que se repitan las pruebas que se le han realizado esperando tener resultados diferentes o piensan que los resultados recibidos de las pruebas medicas realizadas no son suyos si no de otro enfermo. Estos momentos suelen ser difíciles y caóticos para el enfermo y para su familia.

Frecuentemente la falta de conocimiento sobre el tratamiento, lo que ha oído de sus amigos, en los medios de comunicación o en la familia genera grandes miedos. El temor al hospital, a los pinchazos, a las pruebas medicas, a los efectos secundarios del tratamiento, al rechazo por parte de los amigos y la familia, al no poder cuidar de los seres queridos y al abandono por parte del cónyuge o la pareja son solo alguno de los miedos más frecuentes, sin dejar de lado la muerte. No se puede negar que algunos enfermos fallecen por IRCT, sin embargo los índices de supervivencia por estar enfermedad son cada vez mayores.

La tristeza es otra reacción común y apropiada ante el diagnóstico de la IRCT, lloros frecuentes y una cierta sensación de confusión mental pueden acompañarlo en ocasiones en lugar de tristeza, ansiedad o nerviosismo, puede tenerse la sensación de no sentir nada como un estado de anestesia emocional que pasara a medida que transcurre el tiempo. (8)

Es frecuente también durante esta etapa experimentar síntomas de depresión, ansiedad, hostilidad.

DEPRESIÓN

La depresión es una reacción común. La misma pérdida de la salud es uno de los Principales motivos por los que un enfermo se puede deprimir. En ocasiones se percibe una falta de comprensión por parte los seres allegados. Además el malestar físicos, generados por la IRCT y su tiramiento el cansancio y otros efectos secundarios del tratamiento impiden que se puedan llegar a cabo determinadas actividades, la interrupción de la actividad laboral y la necesidad de someterse a revisiones medicas frecuentes, entre otras pueden ser causas de síntomas depresivos.

(8)

Entre los síntomas que experimenta una persona deprimida se puede mencion

Tristeza, lloros frecuentes, sentimientos de inutilidad, sentimientos de impotencia, apatías y falta de motivación o deseos de hacer cosas, incapacidad para disfrutar, dificultad para concentrarse o prestar atención, irritabilidad, insomnio, cambios en el apetito y/o en el Peso.

ANSIEDAD

Algunas personas experimentan niveles elevados de ansiedad o “nerviosismo”, palpitations sensación de opresión en el pecho, angustia, inquietud, insomnio, sudoración de las manos y preocupaciones excesivas son algunos síntomas frecuentes en estos casos. Estos síntomas se presentan antes y durante la administración del tratamiento por ejemplo: no saber en que consiste una prueba

médica determinada o un tratamiento que se ha de recibir por primera vez puede generar elevados niveles de ansiedad. En otras ocasiones la ansiedad puede ser la manifestación de una fobia por ejemplo: un paciente con claustrofobia podrá experimentar dificultades a la hora de someterse a la Hemodiálisis en el caso de pacientes con IRCT.

HOSTILIDAD

No es de extrañar que una persona que reciba tratamiento de Hemodiálisis se sienta hostil y enfadada en realidad tiene muchos motivos para estarlo: no poder llevar una vida como la llevaba antes del diagnóstico, sentirse físicamente mal o tener que someterse a revisiones medicas con frecuencias son algunas.

Generalmente el enfado tiende a dirigirse contra el personal contra la familia o contra Dios, sin embargo la causa real del enfado suele ser el hecho de estar enfermo, con mucha frecuencia el enfado surge de sentimientos de impotencia ante la situación y tiene a ocultar una profunda tristeza que suele ser difícil de expresar.

2.5.3. DIMENSION SOCIAL

Durante el tratamiento de la IRCT pueden surgir diversas dificultades sociales. Quizás la mayor y más frecuentes sea el aislamiento que sufre el paciente de su entorno y que genera una profunda sensación de soledad.

Mientras que en algunos casos los enfermos se ven rodeados de seres queridos que les proporciona apoyo emocional y ayuda practica durante el transcurso de la

enfermedad, en otros casos los enfermos refieren sentirse abandonados y poco comprendidos por aquellos que le rodean.

En ocasiones las personas del entorno temen acercarse al enfermo no saben que decirle o que preguntarle temen generar malestar con sus preguntas, otras plantean preguntas que se consideran ofensivas e incluso en otros momentos actúan con curiosidad morbosa. Es importante recordar que la ignorancia sobre la enfermedad hace que actúen así. En otras situaciones es el mismo paciente que se aísla y se pueden generar sentimientos de culpabilidad, sentimientos de impotencia, en las relaciones familiares y de trabajo.

SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD

Son pocos frecuentes, a veces se siente culpables por considerarse una carga para los demás, otras veces por su incapacidad para llevar a cabo las tareas domésticas o profesionales de la vida diaria y en ocasiones, por no poder controlar sus sentimientos y sentirse tristes y deprimidos en lugar de alegres y optimistas. (10)

SENTIMIENTOS DE IMPOTENCIA

Por regla general estos sentimientos surgen de un aperccepción de falta de control sobre su condición médica y su situación personal. No poder funcionar adecuadamente en el día a día o sentir que a pesar de seguir las recomendaciones médicas uno sigue sin encontrarse bien. Los sentimientos entre una persona y otra son diferentes, es importante que aquí no existen sentimientos buenos o malos y que

10. Billingurst, Fundación Ayuda al Enfermo Renal. Buenos Aires 2000.

a veces los sentimientos mas negativos por ejemplo la tristeza o los lloros frecuentes no don fáciles de controlar, especialmente si no se recibe ayuda para ello.

AFECTACIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES

La familia probablemente, su cónyuge y sus hijos tendrán que asumir las tareas domesticas, si el afectado es un menor tendrán los familiares que administrar los cuidados necesarios. La familia del paciente puede sufrir también la consecuencia de proporcionar cuidadosa aislándose socialmente de sus amigos, los sentimientos de culpa y el temor de dejar el, paciente solo o en compañía de otra persona son frecuentes e impiden a la familia relacionarse socialmente.

La mayor parte de la familia no saben como responder ante la enfermedad, quieren ayudar y no saben como hacerlo cuando lo intenta, parecen molestar al paciente en lugar de apoyarlo a menudo se siente impotentes por no poder controlar la enfermedad o los efectos secundarios que produce el tratamiento, frecuentemente describen sentimientos de culpable por ellos estar sanos, la tristeza y la angustia están presente en los miembros de la familia igual que en el, paciente y la incertidumbre y las preocupaciones acerca de la eficacia terapéutica suelen asaltarles a menudo.

Relación de pareja.- Puede verse afectada la falta de comunicación o alteraciones en las relaciones sexuales, la tristeza y los sentimientos de impotencia en el cónyuge sano son algunas de las situaciones que las parejas describen con mayor frecuencia. Una preocupación frecuente ante la enfermedad es que se produzca una ruptura e la

relación familiar o de pareja. En el caso de no tener una pareja estable, la posibilidad de ser amado en el futuro puede generar una gran angustia.

A medida que avanza la enfermedad el paciente experimenta dificultades en sus relaciones sexuales. El stress, la depresión y la ansiedad pueden interferir en el común funcionamiento sexual, satisfactorio, reduciendo en algunos casos la libido (el deseo) o interfiriendo en su rendimiento sexual.

En ocasiones es difícil para el enfermo iniciar una relación sexual con su pareja: teme sentirse rechazado, teme experimentar dolor, teme haber perdido el atractivo sexual o, simplemente, no desea tener relaciones sexuales. En otros casos es la pareja quien teme iniciarlas a veces por miedo a parecer insensible. A veces, la falta de comunicación entre la pareja impiden su buen funcionamiento sexual.

Cuando se carece de una pareja estable, temores a no encontrarlas, o a no ser queridos en el futuro pueden ser una fuente de angustia y para los que han iniciado una relación sentimental en el momento del diagnóstico, decir o no la verdad a la nueva pareja puede constituir un dilema difícil de resolver.

Relaciones con los hijos.- Suelen ser complejas, los cambios en las prioridades diarias, las demandas que impone la enfermedad sobre quien la padece y sobre su entorno, modifican el ritmo de la vida familiar, a menudo se espera que los hijos mayores realicen las tareas y asuman las responsabilidades que sus padres no pueden llevar a cabo temporalmente, cuando los hijos no pueden con la responsabilidad añadida pueden que se resientan y se sientan culpables por no poder proporcionar la ayuda que se espera de ellos.

En muchas ocasiones los hijos tienen dificultades de concentración y problemas escolares y sociales y debido a la situación. Es por ello importante que se contacte con el tutor escolar para informarle de la situación familiar antes posible.

IMPACTO LABORAL

El impacto de la enfermedad y su tratamiento, sobre la vida laboral y profesional del enfermo con IRCT es igual que en otros casos, muy variable. Mientras que algunos pacientes pueden mantener su actividad profesional, otros la interrumpen, lo que afecta de manera muy significativa. Aunque la ley prohíbe la discriminación de las personas afectadas por alguna enfermedad como la IRCT, el cáncer algunos afectados refieren dificultades para volver al trabajo, o para solicitar el permiso pertinentes para recibir el tratamiento o acudir a las revisiones médicas otros por el contrario describen un gran apoyo y comprensión por parte de sus compañeros y superiores.

IMPACTO ECONOMICO

La IRCT no solo conlleva un deterioro físico, psíquico y social del paciente, si no que también afecta directamente a su familia, ya que los gastos económicos que conlleva la enfermedad es grande y se centra en los gastos de tratamientos, farmacia, alimentación en los pacientes que no son cubiertos por la seguridad social y en los que si son cubiertos por la seguridad social los gastos de farmacia, movilización y de alimentación, lo que agrava el nivel adquisitivo de estas familias que en su mayoría son de nivel económico medio-bajo.

2.6. CALIDAD DE VIDA OBJETIVA Y SUBJETIVA

Evaluada desde estos dominios la CVRS de un paciente es la mezcla de la percepción del paciente de sus experiencias, creencias y expectativas, medidas por instrumentos que se aproximan a las percepciones subjetivas del paciente y a las mediciones objetivas del estado de salud del mismo.

2.7. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Es necesario destacar dos aspectos que conviene tener en cuenta al valorar la calidad de vida relacionada con la salud: uno sería el carácter temporal y transitorio de la valoración, ya que lo que se evalúa es la situación del paciente en un momento determinado y otro sería el estado previo del enfermo antes de recibir el tratamiento, dado que todo esto tendrá una marcada influencia en la valoración subjetiva que haga el enfermo de su calidad de vida actual.

En las mediciones de la CVRS hay dos tipos de instrumentos:

- a. Genéricos
- b. Específicos

Los instrumentos Genéricos son aplicables a un amplio rango de problemas de salud, usualmente son pocos sensibles a los cambios de la Calidad de Vida, pero su uso tiene particular interés en encuentra dirigidas a documentos, el grado de discapacidad y percepción de salud de la población en general o de un grupo con problemas de salud. Existen diferentes escalas para realizar la evaluación de la Calidad de Vida y tenemos las siguientes: Perfil de Impacto de la Enfermedad

(Sickness Impact Profile), Cuestionario sobre los efectos de la Enfermedad (Illness effects Questionnaire), Escala de Karnofsky, Cuestionario de Salud SF36 (Short-Form 36 Health Survey), Escala con Satisfacción con la vida (Satisfaction with life scale), la Escala de vida en la Enfermedad renal (Kidney Disease Quality of life Scale), todas estas escalas incluyen medios objetivos y subjetivos que enfatizan la cuantificación de la sensación de bienestar, el estado funcional y la satisfacción del pacientes.

Los Instrumentos Específicos se enfocan en aspectos del estado de la salud que son particulares de la enfermedad, tienen mayor sensibilidad, ya que ellas estudian los aspectos de salud más relevantes del grupo en estudio.

Cuando se desarrolla un instrumento para medir la CVRS antes de realizar una generalizada aplicación se realizan unos pasos a los que se puede denominar “Validación del instrumento” que no es otra cosa a la aproximación de las características psicométricas del mismo en la necesidad de que las inferencias que se vayan a realizar a partir de la Calidad de Vida en el Instrumento en cuestión sean válidas.

Una revisión formal de la literatura sobre la CVRS en IRCT mostró que solo un 32% de los artículos referían de manera rigurosa a la caracterización psicométrica de los instrumentos usados, así un investigador que dice aplicar un instrumento debe preguntarse si este tiene las siguientes características: confiabilidad, sensibilidad al cambio, validez e interpretabilidad.

2.7.1. ESCALA DE KARNOFSKY, Se la considera uno de los instrumentos mas importantes y de mayor validez para medir la Calidad de Vida de los Enfermos renales, en la actualidad

ESCALA DE KARNOFSKY PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ENFERMOS RENALES

CV	%
----	---

1	100%	Normal, no se queja, no evidencia enfermedad
	90%	Capaz de llevar actividad normal, síntomas o signos menores.
2	80%	Actividad, normal con esfuerzo, algunos síntomas o signos de enfermedad
3	70%	Se cuida solo, incapaz de tener actividad normal, hace trabajo activo
	60%	Requiere ayuda ocasional, pero es capaz de resolver algunas de sus actividades
	50%	Requiere cuidado considerable y asistencia médica frecuente.
4	40%	Incapaz, requiere cuidado y asistencia especial.
	30%	severamente incapacitado, la hospitalización está indicada aunque la muerte no es evidente.
	20%	La hospitalización es necesaria, muy enfermo, necesita TX de sostén activo
	10%	Moribundo, eventos fatales progresan rápidamente.

MUY BUENA	100 - 90%
BUENA	80 %
REGULAR	70 - 50 %
DEFICIENTE	40 - 10%

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. HIPOTESIS GENERAL

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal que reciben tratamiento en la Unidad de Manadiálisis Portoviejo, no tienen una Calidad de Vida buena.

3.1.1. HIPÓTESIS COMPLEMENTARIAS

- Los cambios físicos del paciente con IRCT se reflejan en: fatiga, cansancio, mal estado general, invalidez.
- Los efectos psicológicos mas evidentes en la población objeto de estudio son: depresión, ansiedad, hostilidad agresividad, indiferencia en las relaciones interpersonales.
- El impacto laboral en los pacientes con IRCT que reciben tratamiento en HD se reflejan en ausentismo laboral, bajo rendimiento en el cumplimiento de sus funciones, conflictos interpersonales.
- El impacto social está relacionado con el déficit de dinero para la compra de medicamentos, dificultad en las relaciones interpersonales, aislamiento social.

3.2. VARIABLES

La presente investigación tiene como variables las siguientes:

VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de Vida de los Pacientes Insuficientes Renales Crónicos Terminales.

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Condiciones Físicas

Condiciones Socio-Económicas

Condiciones Psicológica

3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA
CALIDAD DE VIDA DE LOS ENFERMOS RENALES	Son indicadores físicos, psicológicos y sociales que determinan las condiciones de salud- enfermedad, que permiten ser monitoreadas para mejorar el estado de salud del individuo.	Datos personales:	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Nivel de Instrucción 	<ul style="list-style-type: none"> - 0 - 20 años - 21- 40 años - 41- 60 años - 61 y más - Masculino - Femenino - Analfabeto - Primaria - Secundaria - Superior

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA
			<ul style="list-style-type: none"> - Estado Civil - Tipo de Afiliación - Residencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Soltero - Casado - Viudo - Divorciado - Unión Libre - IESS - Convenio-Particular - Urbano - Rural

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA
		ESCALA DE KARNOFSKY	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad normal con esfuerzo, reflejan signos y síntomas de enfermedad - Se cuida solo capaz de tener actividad normal, hace trabajo activo. resolver - Requiere ayuda ocasional pero es capaz de resolver alguna actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - Si - No - Si - No

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA
			<ul style="list-style-type: none"> - Requiere cuidado considerable y asistencia medica frecuente. - Incapaz requiere de cuidados especiales. - Severamente incapacitado, la hospitalización es indicada. - Hospitalización necesaria muy enfermo. - Moribundo 	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - Si - No - Si - No - Si - No - Si - No

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA
		-Tiempo en Hemodiálisis	-Menos de 1 año -De 2 a 5 años -De 6 a 10 años -Mas de 11 años	- SI -NO - SI -NO - SI -NO - SI -NO
		- Frecuencia del tratamiento	-3 veces por sem. -2 veces por sem. -1 vez por sem.	- SI -NO - SI -NO - SI -NO
		- Tipos de Accesos Vasculares	-Fístula art.venosa -Catéter Yugular -Catéter subclavio -Catéter Femoral -Injerto art.venoso	- SI -NO - SI -NO - SI -NO - SI -NO - SI -NO
		- Complicaciones presentadas por el tratamiento de hemodiálisis.	-HTA -Osteodistrofia renal -Daño de la fístula -infecciones -Ninguna	- SI -NO - SI -NO - SI -NO - SI -NO - SI -NO

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA	
-Dimensión Social y Económico	Son las dificultades de tipo social que pueden surgir por la enfermedad	-Cambios de carácter	-Irritabilidad -Agresividad -Indiferencia en las relaciones interpersonales -Otros	- SI	-NO
		-Relaciones Interpersonales	-Muy Buenas -Buenas -Regulares -Malas	- SI	-NO
		-Actividad Laboral	- Trabaja	- SI	-NO
		-Fuentes de ingresos	-Empleo -Rentas -Jubilados -Otros	- SI	-NO
		-Rentas	- SI	-NO	
-Jubilados	- SI	-NO			
-Otros	- SI	-NO			

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA
		-Ingresos familiares mensuales	- \$ 50 - 100 - \$ 101 - 150 - \$ 151 - 200 - \$ 201 - 250 - \$ 251 y mas	- SI -NO - SI -NO - SI -NO - SI -NO - SI -NO
		-Egresos económicos por el tratamiento de hemodiálisis	- \$ 50 - 100 - \$ 101 - 150 - \$ 151 - 200 - \$ 201 - 250 - \$ 251 y mas	- SI -NO - SI -NO - SI -NO - SI -NO - SI -NO
		-Nivel socioeconómico	-Alto -Medio -Bajo	- SI -NO - SI -NO - SI -NO
		-Impacto laboral por el tratamiento.	-Ausentismo laboral -Bajo rendimiento -Indiferencia al cumplimiento de sus funciones -Conflictos Interpersonales	- SI -NO - SI -NO - SI -NO - SI -NO

3.4. DISEÑO METODOLOGICO

La modalidad básica corresponde a una investigación de intervención gerencial y a partir de estos resultados elaborar una propuesta de un modelo operativo y viable. Se necesita de apoyo de la investigación documental, revisión bibliográfica y de la de campo, por que se compara y se profundiza sobre la Calidad de Vida y factores que influyen en su deterioro.

TIPO DE ESTUDIO

Según el problema y objetivos planteados este estudio es de tipo descriptivo Retrospectivo y Correlacional.

Descriptivo porque se necesita caracterizar a un determinado grupo poblacional y explicar causas de los hechos que sustenta.

Retrospectivo porque se utilizaron datos y registros de tiempo pasado.

Correlacional porque relaciona las variables.

METODO: El método utilizado es el Hipotético Deductivo.

DEFINICIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

La Unidad de Manadiálisis se encuentra situada en la Provincia de Manabí, Ciudad de Portoviejo, ubicada en la Avenida Manabí entre calle S/n, Felipe Saúl Morales y

Antonio Granda Centeno, de fácil acceso vehicular y cercano a otros centros médicos.

Tiene una estructura física acorde al servicio que ofrece, además se dispone de recursos humanos especialmente entrenados para brindar una atención de calidad para el tratamiento de la hemodiálisis.

DETERMINACIÓN DE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE ANÁLISIS

La unidad de observación y análisis son los pacientes Insuficientes Renales Crónicos Terminales que son atendidos en la Unidad Manadiálisis Portoviejo.

UNIVERSO

El Universo de estudio está conformado por 96 pacientes. Atendidos en la Unidad Manadiálisis Portoviejo, de los cuales, 56 son afiliados al Seguro General, 30 afiliados al Seguro Campesino y 10 privados.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

Las técnicas que se utilizaron en la recolección de datos fueron: cualitativas y cuantitativas, a través de fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias de información estuvieron constituidas por los pacientes, a ellos se le aplicó una encuesta a fin de obtener información básica. Las fuentes secundarias de información se obtuvieron a través de datos e informes proporcionados por la institución como Historias Clínicas, reportes estadísticos, técnicas documentales como: INTERNET, estudios ya realizados, textos, manuales.

Los instrumentos que se utilizaron fueron la encuesta, y la entrevista, diseñados por las investigadoras de acuerdo al objetivo de la investigación.

METODOS Y TÉCNICAS DE TABULACION DE DATOS

La información obtenida de las fuentes primarias se procesó con la ayuda del programa EPI – INFO bajo la total responsabilidad de las investigadoras.

Los datos cuantitativos son presentados en tablas y gráficos, porcentajes y promedios

.

La información secundaria fue utilizada para el análisis retrospectivo y discusión sobre la calidad de vida del paciente con IRCT. Los resultados se presentan en frecuencia y porcentajes.

El informe final será presentado de acuerdo a las normas y técnicas establecidas para este tipo de investigación y siguiendo el cronograma de actividades propuestas, finalmente los datos cuantitativos y cualitativos fueron discutidos con el fin de llegar a conclusiones y recomendaciones que permitan el mejor aprovechamiento de los resultados.

EL procesamiento de la información se lo realizo utilizando la estadística descriptiva con pensamiento crítico y reflexivo por parte de las investigadoras,

apoyada en el marco conceptual, protocolos de estudios y procedimientos en el manejo de intervenciones para IRCT.

La evaluación de la Calidad de Vida se la realizó en base a los resultados obtenidos en las encuestas y entrevistas.

MARCO ADMINISTRATIVO

Recursos Humanos: Director de Tesis, Investigadoras, Pacientes en Hemodiálisis, Equipo de Salud de Manadiálisis

Recursos económicos. Esta investigación se realizó exclusivamente con aportes personales de las investigadoras.

Recursos materiales. Computadora, formulario de encuesta, hojas de papel bond, lápiz, pluma.

CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

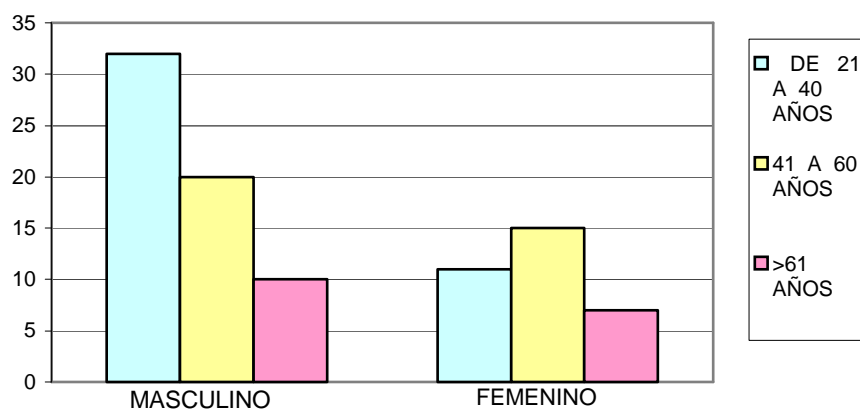
Los resultados obtenidos en la presente investigación y su discusión se derivan de encuestas realizadas a los 96 pacientes que actualmente se encuentran en tratamiento de hemodiálisis, a las autoridades de Manadiálisis. Además se obtuvo información de fuentes secundarias como: Historia clínica de los pacientes con Insuficiencia Renal, registros de control de tratamiento durante el año 2002 – 2003, así mismo se adquirió información del la Asociación de enfermos renales de Manadiálisis.

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIÁLISIS PORTOVIEJO DE ENERO 2002 - JUNIO 2003

EDAD	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Menos de 20 años	1	1.04	-	-	1	1.04
De 21 a 40 años	32	33.34	11	11.45	43	44.79
41 a 60 años	20	20.83	15	15.63	35	36.46
> 61 años	10	10.42	7	7.29	17	17.70
TOTAL	63	65.63	33	34.76	96	100.00

GRAFICO N° 1



Fuente: Encuesta a pacientes de Manadiálisis

Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

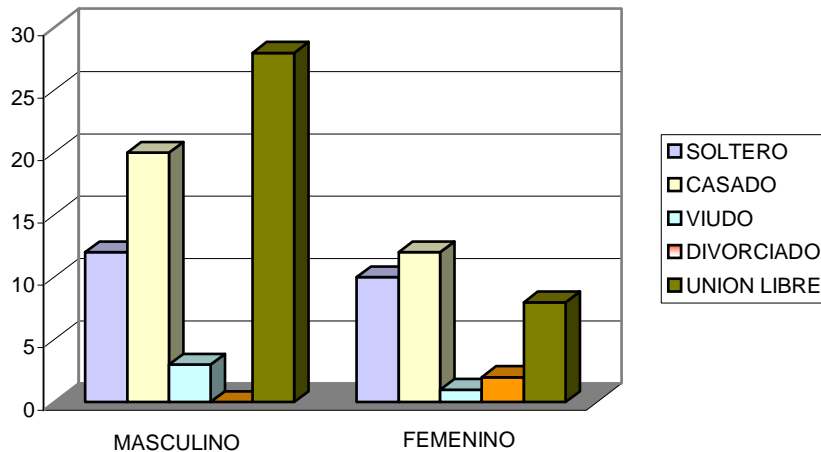
Los pacientes que reciben tratamiento de diálisis totalizan 96, de estos 43 que corresponden el 44.79% se encuentran entre 21 y 40 años entre ellos el 33.34% son masculinos y el 15.63 son femeninos; seguidos de 35 pacientes en edades comprendidas entre 41 y 60 años que representan el 36.46% de los cuales el 20.83% son masculinos y el 15.63% son femenino. Existe una población muy baja de los pacientes que pasan de los 61 años de edad debido a que las condiciones de salud edad no les permiten tratamientos prolongados de diálisis, falleciendo con más frecuencia

TABLA N° 2

ESTADO CIVIL VS SEXO DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003

ESTADO CIVIL	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		F	%
	F	%	F	%		
SOLTERO	12	12.5	10	10.42	22	22.92
CASADO	20	20.83	12	12.5	32	33.33
VIUDO	03	3.13	1	1.42	4	4.55
DIVORCIADO	-	-	2	2.08	2	2.08
UNION LIBRE	28	29.17	8	8.33	36	37.5
TOTAL	63	65.63	33	34.76	96	100.00

GRAFICO N° 2



Fuente: Encuestas a paciente de Manadiálisis
 Elaboración: Investigadoras

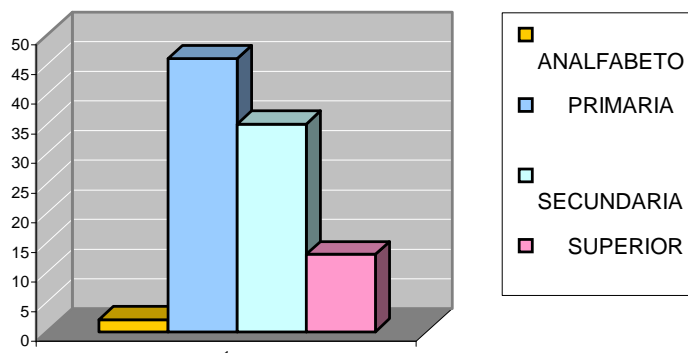
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 96 encuestados, 36 que corresponden al 37.5% están en unión libre de los cuales 28 que representan el 29.17% son hombres y 8 con el 8.33% son mujeres; 32 representados por el 33.33% son casados, de estos 20 que corresponden al 20.83% son hombres y 12 que representan el 12.5% son mujeres. La IRCT se da independientemente del Sexo y el Estado Civil

TABLA N° 3

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES RENALES QUE
RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIÁLISIS
PORTOVIEJO DE ENERO 2002 – JUNIO 2003**

NIVEL DE INSTRUCCION	F	%
ANALFABETO	2	2.08
PRIMARIA	46	47.92
SECUNDARIA	35	36.49
SUPERIOR	13	13.54
TOTAL	96	100.00



Fuente: Historia Clínica, encuestas a familiares y pacientes de Manadiálisis

Elaboración: Investigadoras.

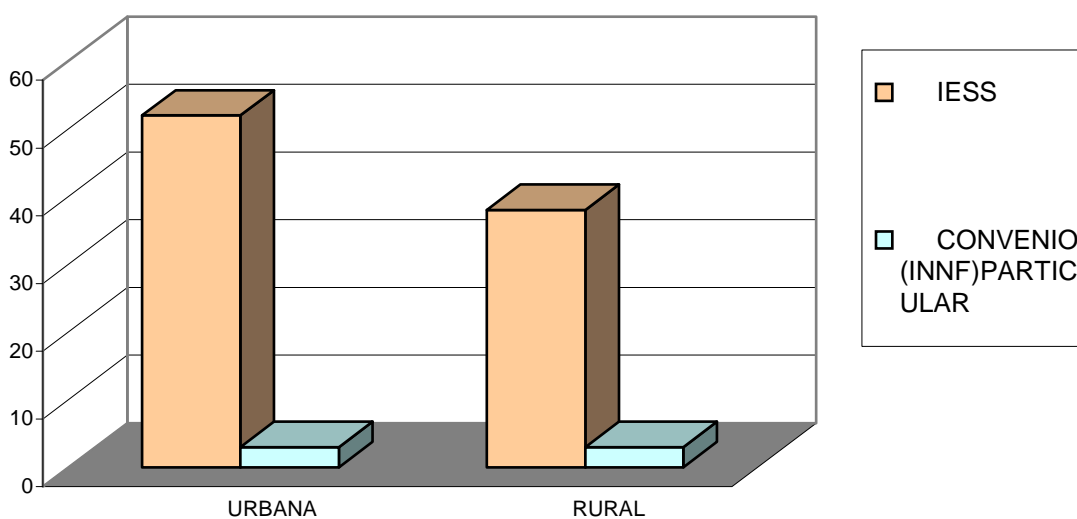
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 96 encuestas realizadas a los pacientes renales de Manadiálisis Portoviejo, 46 representadas por el 47.92% tienen un nivel de Instrucción Primaria; 35 que corresponden al 36.94% tiene un nivel de Instrucción Secundaria y 13 con el 13.54% Tienen estudios superiores, lo que nos indica que nada tiene que ver el nivel de instrucción con los estilos de vida que deterioran la Calidad de Vida.

TABLA N° 4
TIPO DE AFILIACIÓN VS RESIDENCIA DE LOS PACIENTES RENALES
QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN
MANADIALISIS PORTOVIEJO DE ENERO 2002 A JUNIO 2003

TIPO DE AFILIACION	RESIDENCIA				TOTAL	
	URBANA		RURAL			
	F	%	F	%	F	%
IESS	52	54.16	38	34.58	90	93.74
CONVENIO (INNFA)PARTICULAR	3	3.13	3	3.13	6	6.26
TOTAL	55	57.29	41	42.70	96	100.00

GRAFICO N° 4



Fuente: Historia Clínica y Encuestas a pacientes de Manadiálisis Portoviejo
 Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACION

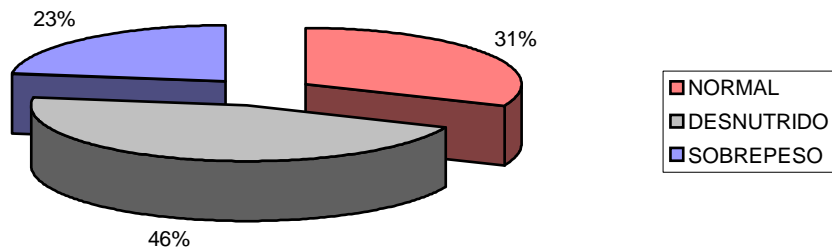
De los 96 pacientes renales encuestados, 90 que representan el 93.74% se encuentran afiliados al IESS de estos 52 con un 54.16% son del área urbana y 38 con el 39.58 son del área rural. 6 que corresponden al 6.26% son particulares y con convenio con el INNFA. Lo que determina que el tratamiento de los pacientes financiados por el IESS mantienen la mayor continuidad de asistencia, en cambio los de financiamiento particular son irregulares tienen mas complicaciones de salud por no cumplir sus sesiones de diálisis en forma periódica.

TABLA N° 5

**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES RENALES QUE
RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS
PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003**

ESTADO NUTRICIONAL	F	%
NORMAL	30	31.25
DESNUTRIDO	44	45.83
SOBREPESO	22	22.92
TOTAL	96	100

GRAFICO N° 5



Fuente: Historia Clínica de pacientes de Manadiálisis
Elaboración: Investigadoras

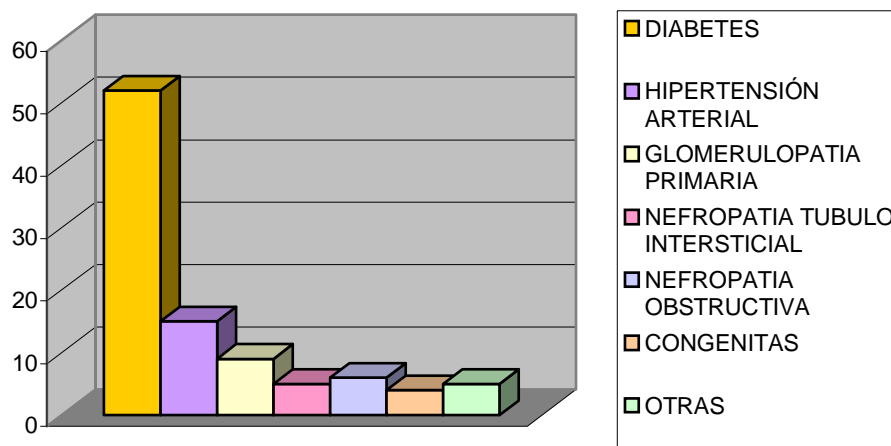
ANALISIS E INTERPRETACIÓN

De las 96 historias clínicas revisadas, 44 que representan el 45.83% están desnutridos, 30 que corresponden al 31.25 tienen un estado nutricional normal; y 22 que son el 22.92% están con sobrepeso. Esta valoración esta hecha según la OMS para estos pacientes. La evaluación nutricional forma parte de la evaluación clínica de los pacientes con IRCT, ya que nos permite valorar los requerimientos nutricionales, prediciendo la posibilidad de presentar otras enfermedades, los datos nos demuestran que probablemente la faltad de conocimientos sobre un correcto plan alimenticio ha hecho que estos pacientes caigan en desnutrición.

TABLA N° 6
ETIOLOGÍA DE LA IRCT DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIÁLISIS
PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003

ETIOLOGÍA	F	%
Diabetes Mellitus	52	54.17
Hipertensión Arterial	15	15.63
Glomerulopatía Primaria	9	9.38
Nefropatía Tubulo Intersticial	5	6.21
Nefropatía Obstructiva	6	5.21
Congénitas	4	4.17
Otras	5	5.21
TOTAL	96	100.00

GRAFICO N° 6



Fuente: Historia Clínica de los Pacientes de Manadiálisis

Elaboración: Investigadoras

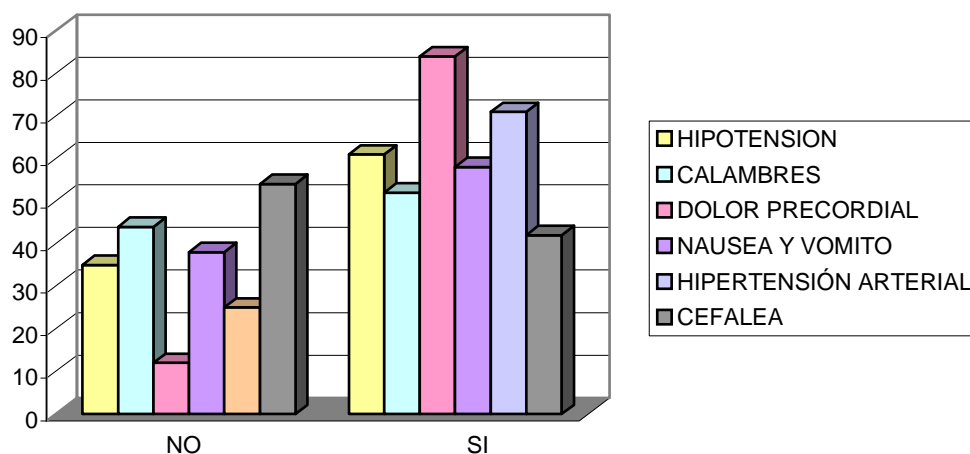
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 96 Historias Clínicas revisadas de los pacientes renales 52 que representan el 54.17% la causa de la IRCT fue la Diabetes; 15 que corresponden al 15.63% fue por HTA y 9 que representan el 9.38% fue por Glomerulopatía Primaria. Cabe recordar que la diabetes es una enfermedad hereditaria que si es manejada a tiempo puede retardar el inicio de tratamiento de diálisis, el factor de herencia no es modificable, pero el control y estilos de vida adecuados también pueden retardar la aparición de las complicaciones crónicas propias de la diabetes entre ellas la Nefropatía.

TABLA N° 7
COMPLICACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS
EN LOS PACIENTES RENALES DE MANADIÁLISIS PORTOVIEJO
ENERO 2002 - JUNIO 2003

COMPLICACIONES	NO		SI		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
HIPOTENSION	35	36.46	61	63.54	96	100
CALAMBRES	44	45.83	52	54.16	96	100
DOLOR PRECORDIAL	12	12.5	84	87.5	96	100
NAUSEA Y VOMITO	38	39.58	58	60.42	96	100
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	25	26.04	71	73.96	96	100
CEFALEA	54	56.25	42	43.75	96	100

GRAFICO N° 7



Fuente: Historia Clínica y encuesta a pacientes de Manadiálisis

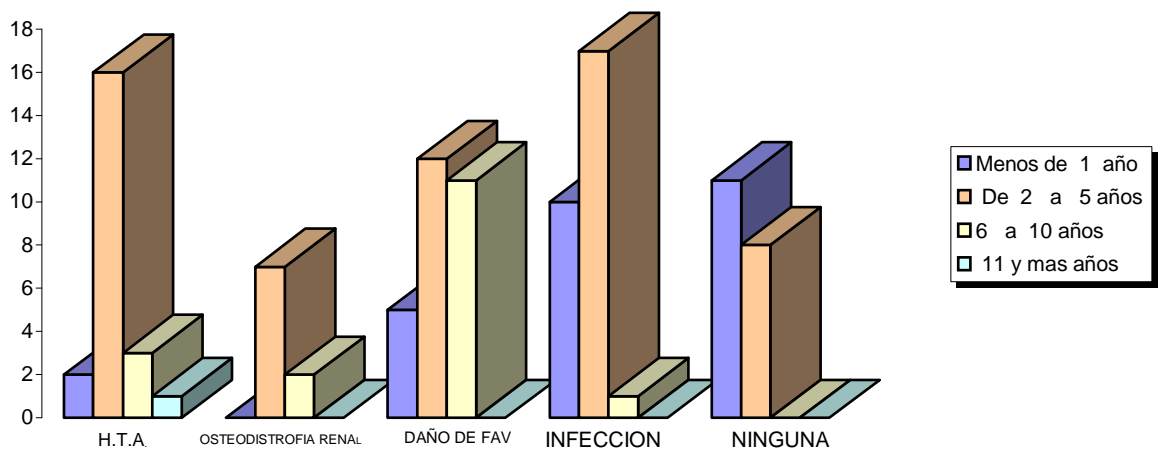
Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 96 encuestas realizadas a pacientes renales sobre las complicaciones mas frecuentes durante el tratamiento de hemodiálisis obtuvimos los siguientes resultados: cefalea 54 que corresponden al 56.25%, calambres 44 con un 45.83%, nausea y vómito 38 que representan el 39.58%; hipotensión 35 con un 36.46%. Estos resultados podrían estar relacionados con el deterioro al que llegan los pacientes por falta de conocimientos del manejo de su enfermedad.

TABLA N° 8
DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE HEMODIÁLISIS Y
COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD EN LOS
PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN MANADIALISIS
PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003

TIEMPO DE TRATAMIENTO	F	%	COMPLICACIONES PRESENTADAS									
			H.T.A		Osteodistrofia renal		Daño de Fístula A_V		Infección		Ninguna	
			F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Menos de 1 año	28	29.16	2	2.08	-	-	5	5.21	10	10.12	11	11.46
De 2 a 5 años	60	62.5	16	16.66	7	7.29	12	12.5	17	17.70	8	8.33
6 a 10 años	7	7.29	3	3.13	2	2.08	11	1.04	1	1.04	-	-
11 y mas años	1	1.04	1	1.04	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	96	100	22	22.91	9	9.37	18	18.75	28	29.16	19	27.9



Fuente: Encuestas e Historia Clínica de los Pacientes de Manadiálisis

Elaboración: Investigadoras

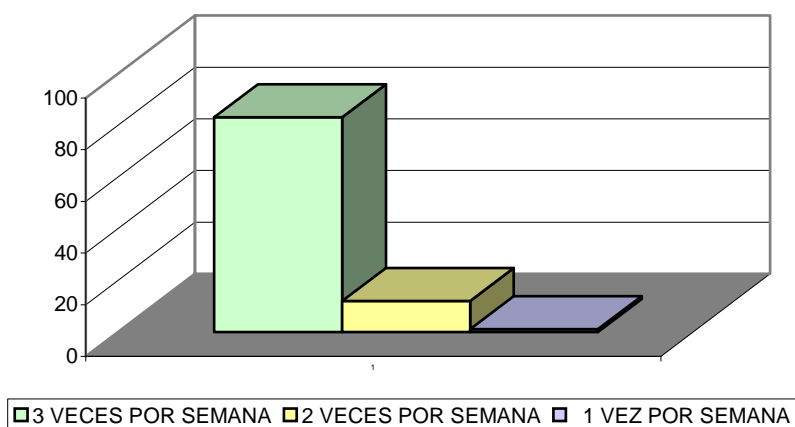
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de la población de estudio, 60 que representan el 62.5% tienen entre 2 y 5 años en Hemodiálisis, durante este tiempo 17 de ellos que representan el 17.70% han tenido algún tipo de infecciones, 16 con un 16.16% HTA, 7 con un 7.29% Osteodistrofia renal y 8 que corresponden al 8.33% no han presentado ninguna complicación por el tratamiento de hemodiálisis.

TABLA No 9
FRECUENCIA DE TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DE LOS
PACIENTES RENALES ATENDIDOS EN MANADIÁLISIS
PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS	F	%
3 VECES POR SEMANA	83	86.46
2 VECES POR SEMANA	12	12.5
1 VEZ POR SEMANA	1	1.04
TOTAL	96	100.00

GRAFICO N° 9



Fuente: Historias Clínicas y Encuestas a pacientes y familiares de Manadiálisis

Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

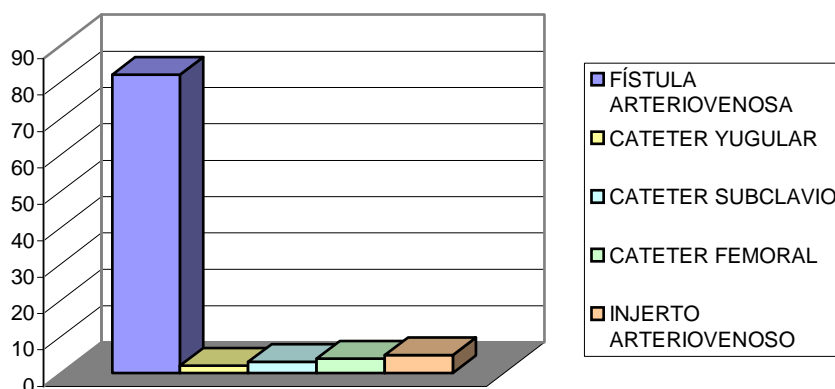
Del total de paciente renales, 83 que corresponden al 86.46% se lo realizan 3 veces por semana, porque son pacientes afiliados al Seguro Social, 12 que representan el 12.5% lo hacen 2 veces por semana porque son pacientes con escasos recursos económicos una HD es financiada por ellos mismos y la otra con apoyo de entidades como el INNFA y 1 con el 1.04% una vez por semana porque es un paciente de escaso recursos económicos con poco interés de mantener su vida.

TABLA N° 10

TIPOS DE ACCESO VASCULAR DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIÁLISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003

TIPO DE ACCESO VASCULAR	F	%
FÍSTULA ARTERIOVENOSA	82	85.42
CATETER YUGULAR	2	2.08
CATETER SUBCLAVIO	3	3.13
CATETER FEMORAL	4	4.17
INJERTO ARTERIOVENOSO	5	5.21
TOTAL	96	100.00

GRAFICO N° 10



Fuente: Encuesta a pacientes de Manadiálisis

Elaboración: Investigadoras

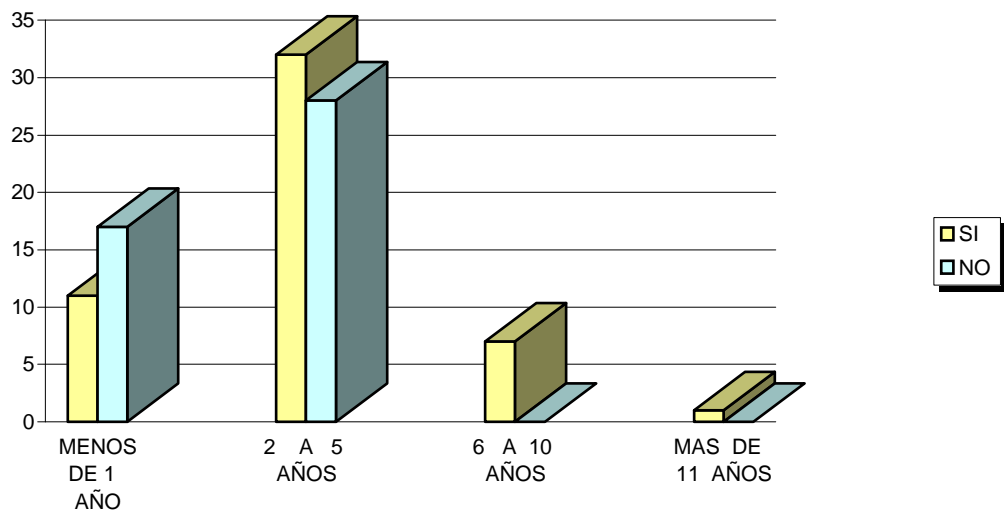
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 96 encuestas realizadas a los pacientes renales, 82 que corresponden al 85.42% tienen fístula arteriovenosa, 5 con el 5.21% tienen injerto arteriovenoso, 4 con un 4.17% con catéter femoral, 3 con un 3.13% con catéter subclavio y 2 con 2.08% con catéter yugular. Los catéteres femoral, subclavio o yugular son colocados en casos de emergencia por primera diálisis, la fístula arterio venosa es confeccionada inmediatamente el paciente entra al programa, el injerto arteriovenoso se lo hace cuando el paciente tiene una mala calidad de vasos y la fístula arterio venosa no ha dado buen resultado.

TABLA N° 11
TIEMPO DE HEMODIÁLISIS VS HOSPITALIZACION DE LOS
PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE
HEMODIALISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO
ENERO 2002 - JUNIO 2003

TIEMPO DE HEMODIÁLISIS	DE	F	%	HOSPITALIZACION			
				SI		NO	
				F	%	F	%
MENOS DE 1 AÑO		28	29.16	11	21.57	17	37.77
2 A 5 AÑOS		60	62.5	32	62.75	28	62.2
6 A 10 AÑOS		7	7.29	7	13.73	-	-
MAS DE 11 AÑOS		1	1.04	1	1.96	-	-
TOTAL		96	100	51	100	45	100

GRAFICO N° 11



Fuente: Historias Clínicas y encuestas a pacientes de Manadiálisis

Elaboración: Investigadoras

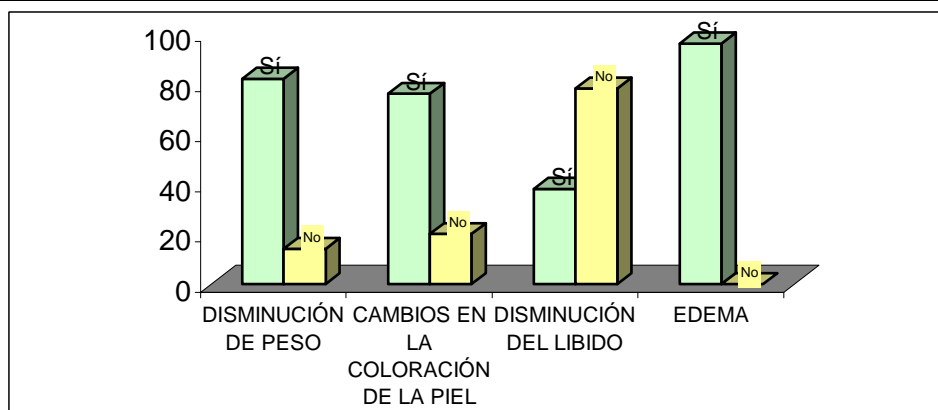
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 96 encuestas realizadas a los pacientes renales 60 que representan el 62.5% tienen entre 5 y 2 años en tratamiento de hemodiálisis de estos 28 que representan un 62.2% dicen no haber estado hospitalizados, 28 que representan el 29.16% tienen menos de 1 años de tratamiento de estos 17 con un 37.37% no han estado hospitalizados y 11 que representan el 21.57% si han estado hospitalizados.

El elevado número de pacientes hospitalizados puede estar relacionado a la falta de cuidados y medidas preventivas.

TABLA N° 12
CAMBIOS FISICOS EXPERIMENTADOS POR LOS PACIENTES
RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN
MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003

CAMBIOS FISICOS EXPERIMENTADOS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
DISMINUCIÓN DE PESO	82	85.42	14	14.58	96	100
CAMBIOS EN LA COLORACIÓN DE LA PIEL	76	79.17	20	20.83	96	100
DISMINUCIÓN DE LA LIBIDO	38	39.58	58	55.68	96	100
EDEMA	96	100	-	-	96	100



Fuente: Historia clínica y encuestas a pacientes de Manadiálisis
 Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

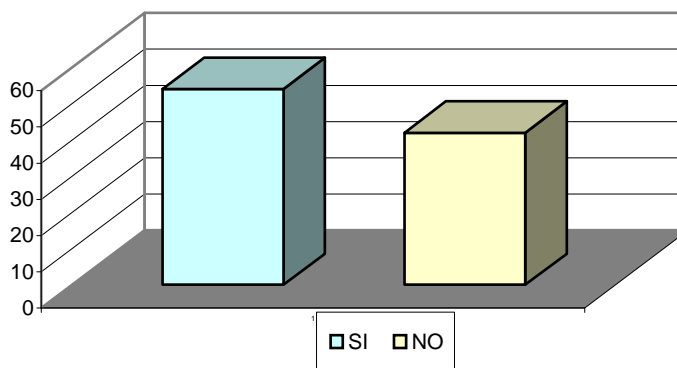
De los 96 pacientes encuestados, 82 que corresponden al 85.42% manifiestan haber disminuido de peso; 96 que representan el 100% dijeron haber presentado edema; 76 con el 79.17% dijeron que han experimentado cambios en la coloración de la piel y 38 representados con el 39.58% han disminuido la libido. La disfunción sexual aunque no aparece en los resultados con un alto porcentaje conocemos por otras investigaciones que es del 70% en los hombres y mujeres.

TABLA N° 13

ACEPTABILIDAD DE LA ENFERMEDAD RENAL DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003

ACEPTABILIDAD DE LA ENFERMEDAD	F	%
SI	54	56.25
NO	42	43.75
TOTAL	96	100

GRAFICO N° 13



Fuente: Historia Clínica, entrevista a familiares y encuestas a Pacientes.
Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

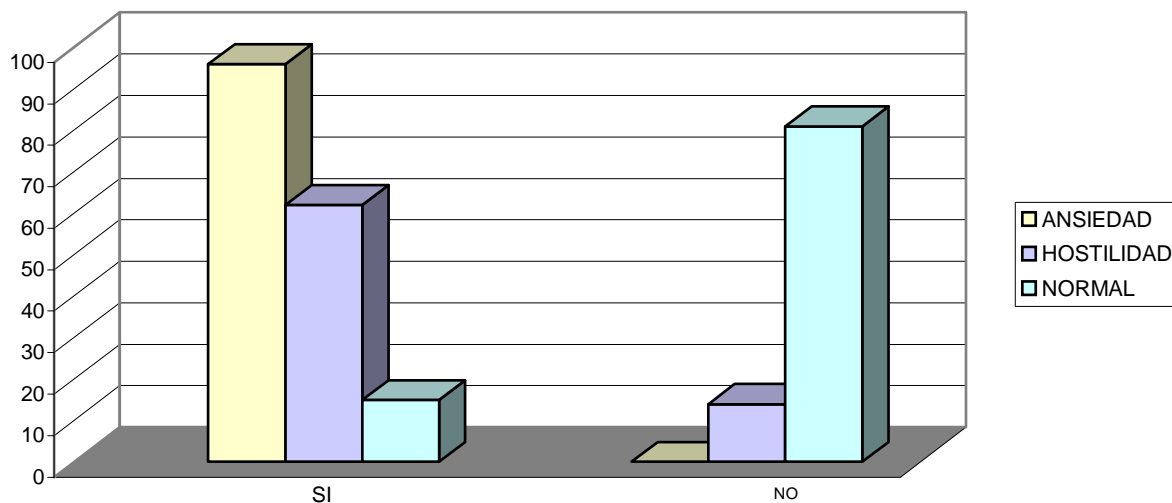
De las 96 encuestas realizadas a los pacientes renales 54 que corresponden al 56.25% manifiestan haber aceptado su enfermedad y 42 que representan el 43.75% dicen que aun no aceptan la enfermedad. Estos resultados nos dan la pauta para pensar que el deterioro paulatino de la calidad de vida de estos pacientes puede deberse a la inadaptación al tratamiento de hemodiálisis.

TABLA N° 14

ESTADOS DE ANIMO MANIFESTADOS POR LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 – JUNIO 2003

ESTADOS DE ANIMO	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
DEPRESIÓN	96	100	-	-	96	100
ANSIEDAD	96	100	-	-	96	100
HOSTILIDAD	62	64.58	34	14.58	96	100
NORMAL	15	15.63	81	84.38	96	100

GRAFICO N° 14



Fuente: Encuestas a pacientes de Manadiálisis Portoviejo

Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

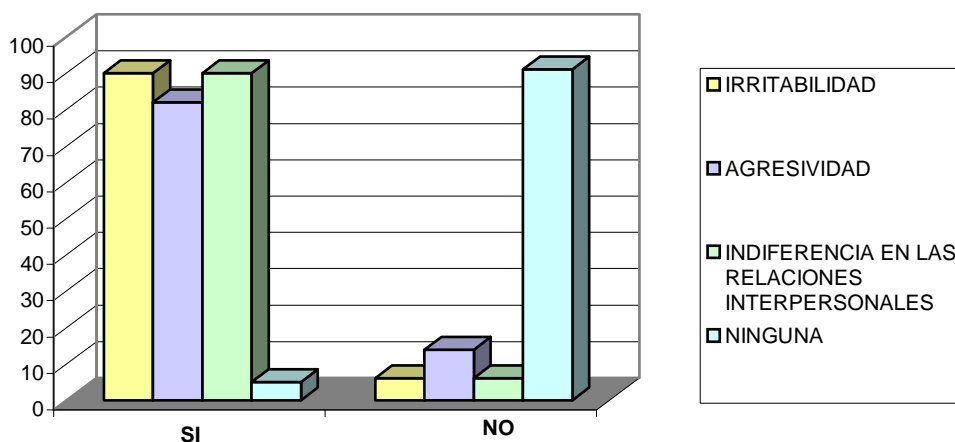
De las 96 encuestas realizadas a pacientes renales manifestaron haber estado con depresión y ansiedad 96 que son el 100%, 62 que representan el 64.58% refieren hostilidad y 15 con 15.63% refieren un buen estado de ánimo. La depresión y la ansiedad son las complicaciones mas frecuentes en los pacientes en diálisis, habitualmente es una respuesta en su desenvolvimiento laboral, social y familiar

TABLA N° 15

CAMBIOS DE CARÁCTER EXPERIMENTADOS POR LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003

CAMBIOS DE CARÁCTER	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
IRRITABILIDAD	90	93.76	6	6.25	96	100
AGRESIVIDAD	82	85.42	14	14.58	96	100
INDIFERENCIA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES	90	93.76	6	6.25	96	100
NINGUNA	5	5.21	91	94.79	96	100

GRAFICO N° 15



Fuente: Entrevistas y encuestas a pacientes y familiares de Manadiálisis
 Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

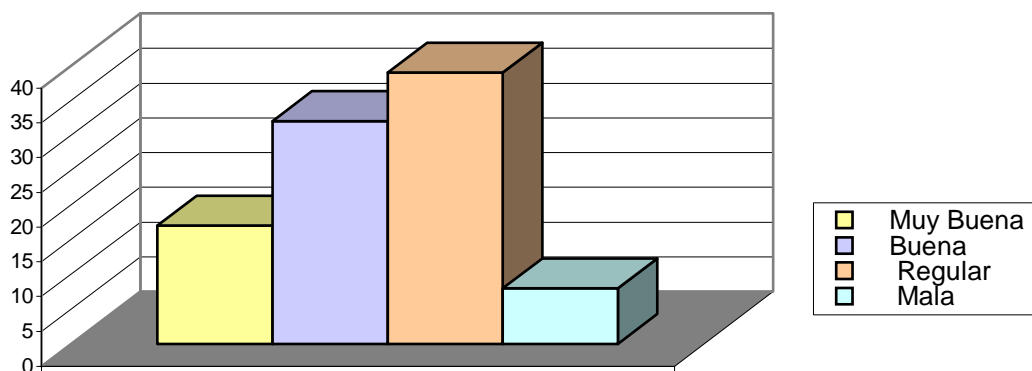
De los 96 encuestados, 90 que representan el 93.76% manifiestan la irritabilidad y la indiferencias en las relaciones interpersonales como cambios de carácter, 82 que representan el 85.42% refieren sentirse agresivos. Estos cambios de carácter no son otra cosa que preocupaciones que tiene el paciente ante cambio en sus estilos de vida como: régimen dietético, restricción en la ingesta de líquido, medicamentos, libertad, trabajo, esperanza de vida.

TABLA N° 16

NIVEL DE RELACIONES INTERPERSONALES QUE MANTIENEN LOS ENFERMOS RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003

RELACIONES INTERPERSONALES	F	%
Muy Buena	17	17.71
Buena	32	33.33
Regular	39	40.63
Mala	8	8.33
TOTAL	96	100.00

GRAFICO N° 16



Fuente: Encuestas a pacientes de Manadiàlisis Portoviejo

Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

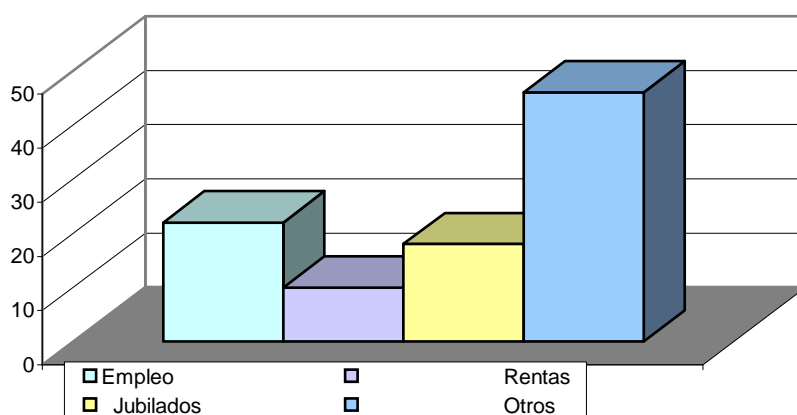
Del total de la población objeto de estudio 39 que representan el 40.63% dicen que sus relaciones interpersonales son regulares; 32 con un 33.33% dicen que son buenas; 17 con un 17.71% dicen que son muy buenas y 8 que representan el 8.33% dicen que son malas. El porcentaje alto de relaciones interpersonales regulares corrobora la no aceptación de la enfermedad que va repercutir en los cambios de carácter y por ende en las relaciones interpersonales.

TABLA N° 17

FUENTES DE INGRESOS DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIÁLISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003

FUENTES DE INGRESOS	F	%
Empleo	34	22.92
Rentas	10	10.42
Jubilados	18	18.75
Otros	46	47.92
TOTAL	96	100

GRAFICO N° 17



Fuente: Encuestas a pacientes de Manadiálisis Portoviejo.
Elaboración: Investigadoras

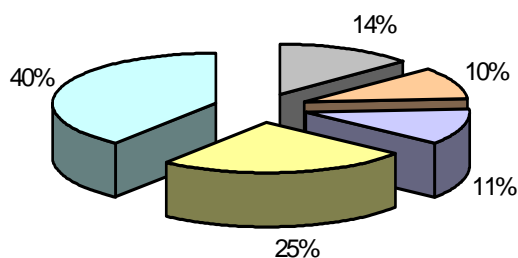
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 96 encuestas realizadas a la población objeto de estudio, 46 que corresponden al 47.92% de los pacientes renales manifiestan que sus ingresos económicos lo obtienen por ayuda familiar, son comerciantes informales, agricultores, mientras que 22 con el 22.92% son empleados en Instituciones Publicas, seguidos de 18 que corresponden al 18.75% son jubilados. Los jubilados y los que se sustentan con rentas refieren que tienen despensas pequeñas, que son comerciantes minoritarios que les ayuda a solventar ciertos gastos.

TABLA N° 18

INGRESOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003

INGRESOS FAMILIARES Mensuales (\$)	F	%
De 50 a 100	13	13.54
101 a 150	10	10.42
151 a 200	11	11.46
201 a 250	24	25
251 y mas	38	39.58
TOTAL	96	100.00



■ De 50 a 100	■ 101 a 150	■ 151 a 200
■ 201 a 250	■ 251 y mas	

Fuente: Encuestas a pacientes de Manadiálisis
 Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

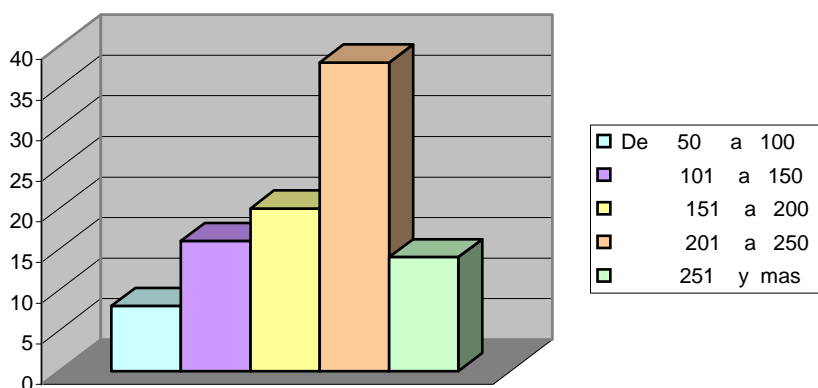
De las 96 encuestas realizadas a los pacientes renales 38 que corresponden al 39.58% tienen ingresos económicos familiares entre 251 y mas dólares, 24 que representan el 25% tiene ingresos económicos familiares entre 201 y 250 dólares. Los de ingreso intermedio y alto son de los empleados activos y pacientes con ingresos adicionales, los ingresos mas bajos pueden estar relacionados con pacientes desempleados o mal remunerados, jubilados con pensiones bajas .

TABLA N° 19

**EGRESOS ECONOMICOS POR EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS
DE LOS PACIENTES RENALES DE MANADIALISIS PORTOVIEJO
ENERO 2002 - JUNIO 2003**

EGRESOS ECONOMICOS Mensuales (\$)	F	%
De 50 a 100	8	8.33
101 a 150	16	16.67
151 a 200	20	20.83
201 a 250	38	39.58
251 y mas	14	14.58
TOTAL	96	100.00

GRAFICO N° 19



Fuente: Encuestas a pacientes de Manadiálisis
Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

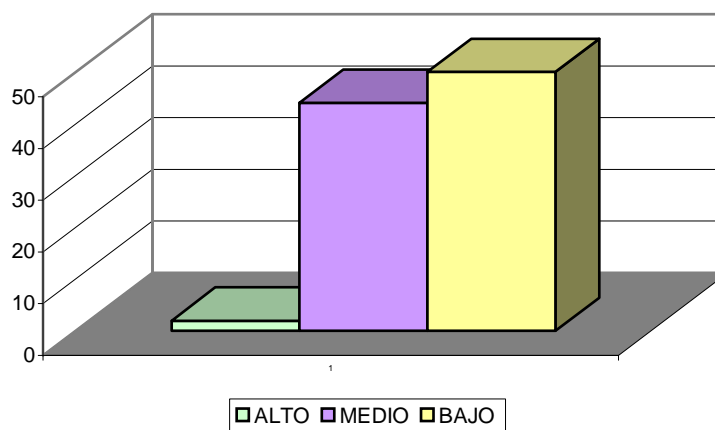
De las 96 encuestas realizadas a la población objeto de estudio, 38 que corresponden al 39.58% tienen un egreso económico mensual por tratamiento de hemodiálisis de \$ 201 a 250, mientras que 20 que representan el 20.83 % gastan entre \$ 151 y 200 mensuales. El alto porcentaje de egreso económico por el tratamiento de hemodiálisis se debe a, que los pacientes privados solventa sus gastos de tratamiento ellos mismos (pago de hemodiálisis y medicamentos) en los pacientes que tienen seguro tienen que solventar gastos de medicamentos ya que el IESS no tiene continuidad en la entrega de medicamentos.

TABLA N° 20

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIAISIS PORTOVIEJO ENERO 2002- JUNIO 2003

NIVEL SOCIO-ECONOMICO	F	%
ALTO	2	2.08
MEDIO	44	45.83
BAJO	50	52.08
TOTAL	96	100.00

GRAFICO N° 20



Fuente: Historia Clínica y Encuestas a pacientes y familiares

Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

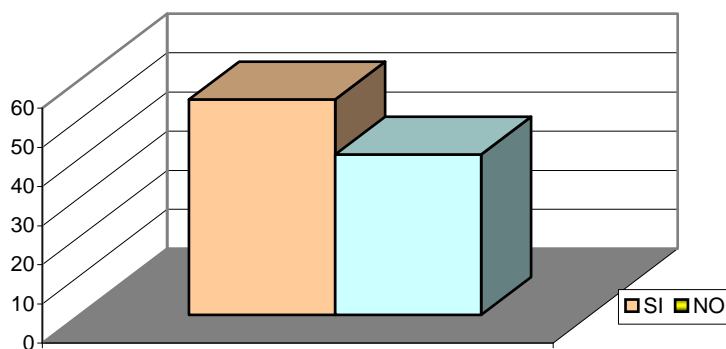
Según las encuestas realizadas a los 96 pacientes renales, 50 que corresponden al 52.08% son de nivel socio-económico bajo y 44 que representan el 45.83% son de nivel socio-económico medio.

TABLA N° 21

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PACIENTES RENALES ATENDIDOS EN MANADIALISIS PORTOVIEJO ENERO 2002 A JUNIO 2003

ACTIVIDAD LABORAL	F	%
SI	55	57.29
NO	41	42.71
TOTAL	96	100

GRAFICO N° 21



Fuente: Encuesta a pacientes de Manadiálisis

Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

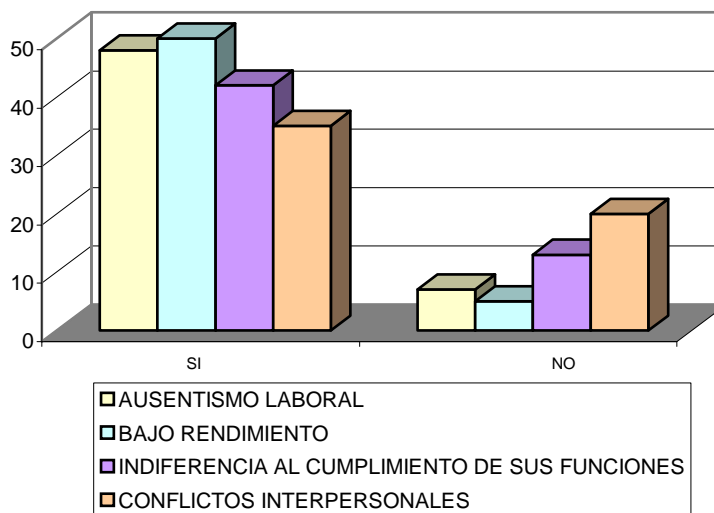
De las 96 encuestas realizadas a los pacientes renales 55 que corresponden al 57.29% tienen alguna actividad laboral y 41 que representan el 42.71% no tienen ninguna actividad laboral. La IRCT para el 42.71 % de pacientes en diálisis le impide desarrollar una labor normal como lo demuestran tablas anteriores tienen muchas complicaciones, para el 57.29% que tienen alguna actividad laboral manifiestan que su productividad no es la misma a la que tenían cuando eran sanos.

TABLA N° 22

**IMPACTO LABORAL EN LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN MANADIÁLISIS
PORTOVIEJO ENERO 2002 - JUNIO 2003**

IMPACTO LABORAL	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
AUSENTISMO LABORAL	48	87.27	7	7.29	55	100
BAJO RENDIMIENTO	50	90.90	5	9.09	55	100
INDIFERENCIA AL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES	2	76.27	13	23.63	55	100
CONFLICTOS INTERPERSONALES	5	63.63	20	36.36	55	100

GRAFICO N° 22



Fuente: Encuesta a pacientes de Manadiálisis

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

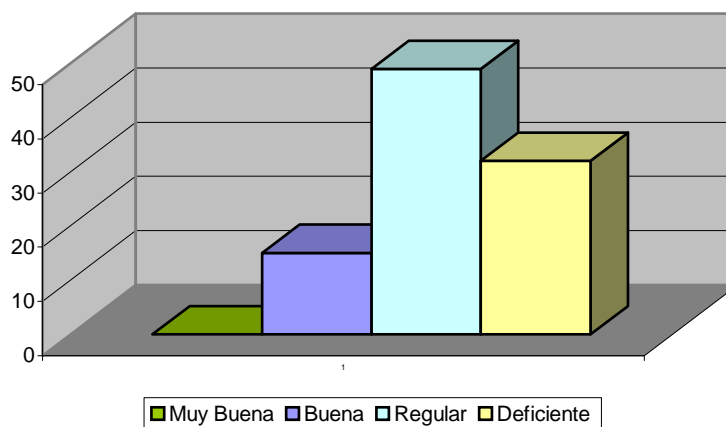
Del total de pacientes que realizan alguna actividad laboral, 50 que representan el 90.90% dicen tener bajo rendimiento en sus actividades en relación a la productividad que antes tenían, 48 que corresponden al 87.27% manifiestan ausentarse de sus trabajos mas que cuando no estaban enfermos; 42 con el 76.27% refieren indiferencia al cumplimiento de sus funciones; 35 con el 63.63% refieren tener conflictos interpersonales.

CUADRO N° 23

**NIVELES DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA DE KARNOFSKY
DE LOS PACIENTES RENALES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE
HEMODIÁLISIS EN MANADIALISIS
PORTOVIEJO ENERO 2002 A JUNIO 2003**

NIVELES DE CALIDAD DE VIDA	F	%
Muy Buena	0	-
Buena	15	15.63
Regular	49	51.04
Deficiente	32	33.33
TOTAL	96	100.00

GRAFICO N° 23



Fuente: Encuesta y Entrevista a pacientes y Familiares
Elaboración: Investigadoras

ANÁLISIS E INTERPRETACION

De las 96 encuestas realizadas a los pacientes renales y tomando en cuenta la Escala de Karnofsky sobre la calidad de vida obtuvimos que 49 representados por el 51.04% tienen una calidad de vida regular, 32 que representan el 33.33% tienen una calidad de vida deficiente y solo 15 con un 15.63% tienen una calidad de vida buena.

4.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Una vez finalizado este estudio de investigación podemos contrastar los antecedentes presentados en el marco teórico con los resultados obtenidos. La mayoría de pacientes son hombres entre 21 y 40 años.

En cuanto a la capacidad para trabajar como se pudo observar en los cuadros el 55,29% de enfermos trabajan y los que no lo hacen, el 41%, esto confirma la teoría de que la Insuficiencia Renal es una enfermedad limitante. Se confirma que las causas principales de la Insuficiencia Renal Crónica a nivel mundial, son la Diabetes y la Hipertensión Arterial.

Un dato que resalta en la investigación es la falta de educación del paciente con Insuficiencia Renal Crónica acerca de su enfermedad y complicaciones, debido a la falta de programas preventivos, el desconocimientos del perfil epidemiológico y a la ausencia de planes estratégicos de acción, por otro lado el presupuesto está destinado a la curación y rehabilitación y no a la prevención de su enfermedad.

Los pacientes no tienen opción a decidir cual es el tratamiento que desean recibir, la mayoría de ellos desconocen cual es la terapéutica que le da una mejor calidad de vida.

Se ha demostrado que la hemodiálisis no es la mejor opción en los tratamientos sustitutivos de la función renal, ya que siendo la más cara es la que menor calidad de

vida ofrece al paciente. El Trasplante Renal podría modificar el curso de enfermedades letales y proporcionar una mejor calidad de vida. Pero es necesario recalcar que una buena guía para el manejo de la enfermedad en un paciente renal en terapia de Hemodiálisis, es también un excelente medio para que ellos mejoren su calidad de vida.

Hemos demostrado que la Calidad de Vida de los pacientes con IRCT en Hemodiálisis es regular, y si no se toman medidas de prevención va a deteriorarse más.

A continuación presentamos la comprobación estadística de la hipótesis. Con esto se cumplen los objetivos de la investigación, la Hipótesis no se comprueba.

CAPITULO V

COMPROBACION DE HIPOTESIS

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS.

CALIDAD DE VIDA \ VARIABLES	SI (S)	NO (N)	TOTAL
Cambios físicos	73	23	96 i
Impacto laboral	55	41	96 i
Impacto social (aceptab. de la enfermedad)	54	42	96 i
Estados de ánimo (depresión, ansiedad, etc)	67	29	96 i
TOTAL	249 j	135 j	96 i

FUENTE: Encuesta a pacientes de Manadiálisis

ELABORADO POR: Lic. Derlin Delgado J. y Lic. Mariana Vargas G

1. Si (s)

2. No (n)

$H_0: P_j = P_i P_j \quad i = 1, 2, 3, 4$

$H_1: P_{ij} = P_i P_j \quad j = 1, 2$

Nivel de significancia = 0.05

Filas (F)

$F = 4$

$F - 1 = 4 - 1$

$F = 3$

Columnas (C)

$C = 2$

$C - 1 = 2 - 1$

$C = 1$

$3 \times 1 = 3$

3 grados de libertad X^2 con $\alpha = 0.05$ obtenemos

$X^2_{0.05} = 7.815$

Se rechaza la hipótesis nula si $X > 7815$

$$E1.1 = \frac{n1 * n1}{n} = \frac{(96)(249)}{384} = 62.25$$

$$E1.2 = \frac{n1 * n2}{n} = \frac{(96)(249)}{384} = 33.75$$

$$E2.1 = \frac{n2 * n1}{n} = \frac{(96)(249)}{384} = 62.25$$

$$E2.2 = \frac{n2 * n2}{n} = \frac{(96)(135)}{384} = 33.75$$

$$E3.1 = \frac{n3 * n1}{n} = \frac{(96)(249)}{384} = 62.25$$

$$E3.2 = \frac{n3 * n2}{n} = \frac{(96)(135)}{384} = 33.75$$

$$E4.1 = \frac{n4 * n1}{n} = \frac{(96)(249)}{384} = 62.25$$

$$E4.2 = \frac{n4 * n2}{n} = \frac{(96)(135)}{384} = 33.75$$

$$X^2 = \frac{(s1 - E1.1)^2}{E1.1} + \frac{(n1 - E1.2)^2}{E1.2} + \frac{(s2 - E2.1)^2}{E2.1} + \frac{(n2 - E2.2)^2}{E2.2} +$$

$$X^2 = \frac{(s3 - E3.1)^2}{E3.1} + \frac{(n3 - E3.2)^2}{E3.2} + \frac{(s3 - E3.3)^2}{E3.3} + \frac{(n4 - E4.1)^2}{E4.1} +$$

RESULTADO

Dado que $X^2 = 10.47$ siendo menor que el resultado propuesto de $X^2 = 7815$ se da aceptada la hipótesis.

CALCULO

Ho: Ps = Pn

H1: Son diferentes

$$GLt = 8 - 1 = 7$$

$$GLE = 2 - 1 = 1$$

$$GLmen = (4-1) + (4-1) = 6$$

Se acepta la hipótesis nula si $F > 5.99$

ORDEN	FUNCIONES	1 (s)	2 (n)	S ²	N ²
1	Cambios físicos	73	23	5329	529
2	Impacto laboral	55	41	3025	1681
3	Impacto social	54	42	2916	1764
4	Estados de ánimo	67	29	4489	841
TOTAL		249	135	15759	4815

FUENTE: Encuesta a pacientes de Manadialisis

ELABORADO POR: Lic. Derlin Delgado J. y Lic. Marina Vargas G.

SUMA TOTAL DE CUADRADOS

$$\sum X^2 = (S^2 + N^2) - \frac{(s+n)^2}{GLt} =$$

$$\sum X^2 = (15759 + 4815) - \frac{(249+135)^2}{8} =$$

$$\sum X^2 = (20574) - \frac{(384)^2}{8} =$$

$$\sum X^2 = 20574 - 18432 =$$

$$\sum X^2 = 2142$$

SUMA DE CUADRADOS ENTRE GRUPOS

$$\sum X^2e = \left[\frac{(s)^2}{4} + \frac{(n)^2}{4} \right] - \frac{(s+n)^2}{GLt}$$

$$\sum X^2e = \left[\frac{(249)^2}{4} + \frac{(135)^2}{4} \right] - 18432$$

$$\sum X^2e = (15500.25 + 4556.25) - 18432$$

$$\sum X^2e = 20056.5 - 18432$$

$$\sum X^2e = 1624.5$$

SUMA DE CUADRADOS DENTRO DE LOS GRUPOS

1(s)

$$\sum X^2d = (S^2) - \frac{(s)^2}{4}$$

$$\sum X^2d = 15759 - 15500.25 = 258.75$$

2 (n)

$$\sum X^2d = (N^2) - \frac{(n)^2}{4}$$

$$\sum X^2d = 4815 - 4556.25 = 258.75$$

SUMA TOTAL DE s + n

$$258.75 + 258.75 = 517.50$$

COMPROBANDO

Suma De Cuadrados entre grupos + Suma total de s + n

$$1624.5 + 517.5 = 2142$$

CUADRADOS MEDIOS

$$\text{Entre grupos} = \frac{1624.5}{1} = 16.24$$

$$\text{Dentro de los grupos} = \frac{517.5}{6} = 86.25$$

Contraste F de Snedecor

$$F = \frac{1624.5}{86.25} = 18.83$$

CONCLUSION

Como el resultado de F de Snedecor nos dio 18.83 siendo mayor que $F = 5.99$ se acepta la hipótesis porque existen factores relacionados como los cambios físicos, impacto laboral, impacto social y efectos psicológicos en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben tratamiento en la Unidad de Manodiálisis Portoviejo que afectan su calidad de vida lo que con lleva a que esta sea de regular a mala.

CAPITULO VI

6.1. CONCLUSIONES:

De la encuesta realizada a 96 pacientes renales atendidos en Manadiálisis y de la revisión de sus Historias Clínicas obtuvimos los siguientes resultados:

- El sexo predominante es el masculino con relación a las mujeres y oscila entre 21 y 40 años.
- Que el 90% de los pacientes atendidos son afiliados al Seguro Social, el restante 10% financia su tratamiento con recursos propias. Por lo que se puede decir que el 86.46% se realizan el tratamiento 3 veces por semana el restante lo hace entre 2 y 1 vez por semana.
- El nivel socioeconómico de los pacientes renales es de medio a bajo.
- La calidad de vida que tiene los pacientes renales es regular que es concomitante con su nivel socioeconómico.
- Las dos principales causas de la enfermedad son la diabetes y la Hipertensión Arterial.
- Los pacientes refieren que les hace falta conocer mas acerca y de cómo prevenir las complicaciones.
- Que durante el tratamiento de hemodiálisis ellos tienen complicaciones como hipotensión, calambres, nausea, vomito y cefalea que esta relacionado con desajustes en la alimentación y medicamentos.

- Los pacientes que tienen menos de 1 año de tratamiento han experimentado complicaciones como daño en la Fístula Arterio Venosa , infecciones, mas que los que tienen mas de 6 años, situación que podemos relacionar con la inadaptación del paciente al tratamiento.
- Los pacientes han experimentado cambios físicos como disminución de peso el 85%, cambios en la coloración de la piel el 76%, disminución del libido el 35.98% y edema el 100%.
- Que el 100% de los pacientes han experimentado depresión y ansiedad, y el 64.58% hostilidad como causa de la enfermedad. Lo que puede estar relacionado con que las relaciones interpersonales sean regulares.
- El 57% de los enfermos realizan alguna actividad laboral.
- El 39% tienen ingresos económicos entre 251 y mas dólares.
- El 39% refiere que sus egresos mensuales económicos por el tratamiento esta entre 251 y mas dólares (en los pacientes del IESS) que podría deberse a que el IESS no provee en forma los fármacos que requieren para su tratamiento, para los pacientes privados esta sobre los 300 dólares mensuales.
- El 52% tienen un nivel socioeconómico bajo.

Haciendo una evaluación de los resultados obtenidos llegamos a las conclusión de que Mana diálisis debería instalar un programa de Educación Permanente dirigido a pacientes y familiares con el propósito de dar a conocer mas detalles sobre la enfermedad, que hacer en casos de complicaciones y como evitar que su calidad de vida se deteriore.

6.2. RECOMENDACIONES:

Una vez realizada ésta investigación nos permitimos realizar las siguientes recomendaciones:

A Manadiálisis Portoviejo.

- Que se formen grupos bien organizados de pacientes diabéticos e hipertensos para que se les dé capacitación permanente sobre el control manejo de la enfermedad y prevención de complicaciones, para así evitar o retrasar el daño renal.
- Que se gestione un presupuesto para mantener un programa educativo permanente que beneficie a su grupo de clientes que son los enfermos renales.
- Que Manadiálisis Portoviejo promueva otros tipo de tratamientos como la diálisis peritoneal, el trasplante renal, que favorezcan a sus clientes.
- Que se coordine con el Hospital del Seguro de Portoviejo para que la entrega de los medicamentos como eritropoyetina, venofer, indicados para mantener un buen hematocrito sean proporcionados de 41 forma regular, lo que va a ser fundamental para el bienestar físico del paciente.
- Fortalecer la capacitación del trabajo en equipo orientando al mejoramiento permanente de la organización y el bien de nuestros pacientes.

CAPITULO VII

BIBLIOGRAFÍA DE LA INVESTIGACION

- Aula. Diccionario Enciclopedia Universal. 1997. p.1380
- Barreto Dimitri. Economía y Salud, Guía Didáctica.2002.
- Bueno Dennis, Enrique Inchausti, Tendría que existir el Consejo de estudio psicológico del paciente con Insuficiencia Renal?, Rev. Nefrología, Diálisis y Trasplante No 49, diciembre de 1999, pp. 23-24.
- Billingurst,, Fundación Ayuda Enfermo Renal. Buenos Aires.
- Daurgirdas-Blake- ING, Manual de Diálisis. ED. Masson, 2da edición, 2003.
- Levy Norma B. Aspectos Psiquiátricos de la Atención de Neuropatías. Cuidados del paciente renal, ED David Z Levine, 2da. Edición, USA, 1998, Cáp. 16, pp. 197-203.
- Malagòn-Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Garantía de Calidad en Salud. ED. Medica Internacional.2da. Colombia 2001
- Malagòn-Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Auditoria en Salud. ED. Medica Internacional. 2da. Colombia 1999.
- Quintero G.A., M.D., Patiño M.O., Gutiérrez L., M.D. Trasplante Renal, Experiencia de la Fundación Santa Fe de Bogotá Vol. 5 pp. 26-30 1998
- Rombeau – Rolandelli, Nutrición Clínica, ED. Interamericana, 3 era edición, México 2002.

- Salas Jordi, Bonada Anna, Nutrición y Dietética Clínica. Cáp.7 ED. Masson, 2da edición, España 2002.
- Salvador Gustavo, Nefrología Diálisis y Trasplantes, primera edición, Quito, Ecuador, 1999 Cáp. 20 y 22
- Salvador Gustavo: enfermedades renales , Editorial Florencia, Ecuador, 1998, pp76-109
- Sellares Lorenzo Víctor, Manual de Nefrología Clínica Diálisis y Trasplante, Editorial Harcourt Brace, Madrid, España, 1998 pp. 447-461 801-873
- S.G. de Allemand y M.I.B : de Martín, Aspectos Psicológicos en diálisis y trasplantes renal, Nefrología Clínica, ED. Luis Hernando Avendaño, primera ED., Madrid, España, 1997, pp. 649-655.
- Yáñez A. Stockman, Enciclopedia de Problemas Sociales, 1997. pp. 133-143-530.

CAPITULO VIII

**PROPUESTA
ALTERNATIVA**

IDENTIFICACION DEL PROYECTO

NOMBRE DEL PROYECTO: Implementación del Departamento de Asesoría permanente para mejorar la Calidad de Vida del paciente con IRCT en Hemodiálisis atendidos en Manadiálisis Portoviejo.

FECHA DE PRESENTACIÓN: Julio 2004

ENTIDAD EJECUTORA: Manadiálisis Portoviejo

CLASIFICACION DEL PROYECTO: Socio-Cultural

LOCALIZACION GEOGRAFICA: Cantón Portoviejo

RESPONSABLES DEL PERFIL DEL PROYECTO:

Lic. Derlin Delgado Janumis

Lic. Mariana Vargas Guaygua

JUSTIFICACIÓN

La Insuficiencia renal es una enfermedad crónica degenerativa, que no solo afecta orgánicamente al paciente si no que también psicológica y socialmente. Físicamente experimenta cambios anatómicos-funcionales; a nivel psicológico se dan cambios de conducta que afectan el entorno familiar, se verán interrumpidas sus actividades domesticas, profesionales causando sentimientos de impotencia; socialmente se sentirá aislado ya sea por sus familiares, amigos, etc. Lo que va a generar en el una profunda sensación de soledad. Estos factores llevaran a un progresivo deterioro de la calidad de vida de los pacientes IRCT sometidos a Hemodiálisis.

La calidad de vida de los enfermos renales atendidos en Manadiálisis es regular, pero existen ciertos parámetros que nos indican que la calidad de vida de ellos si no tienen la adecuada orientación sobre el manejo de su enfermedad esta ira deteriorándose paulatinamente. Ante esta situación es necesario tener el apoyo de un grupo multidisciplinario capacitado que brinde asesoria para evitar que este deterioro de la calidad de vida sea progresivo.

La implementación de un departamento de asesoria permanente en el área medica, de nutrición, psicológica, y de asistencia social, seria un pilar fundamental para identificar factores que permitan mejorar su estilo de vida contribuyendo de esta manera a la recuperación de su enfermedad y evitar complicaciones que deterioren su estado de su salud, permitiendo así mejorar su calidad de vida reincorporándolo a su medio como un ente activo de la sociedad.

Un aspecto importante para el éxito de este proyecto es que existe la predisposición de las autoridades de Manadiálisis, para la ejecución del mismo, así como la necesidad de buscar alternativas innovadoras que favorezcan a mantener una calidad de vida aceptable de sus clientes.

Respecto a la factibilidad Manadiálisis cuenta con el recurso físico y humano: Médico, Psicólogo, Trabajadora Social, Nutricionista, Lic. En Enfermería, Aux. de Enfermería, Aux. de Limpieza, Personal Administrativo Capacitado para brindar la Asesoría correspondiente para realizar con éxito este proyecto.

Las limitaciones están relacionadas con la aceptabilidad de los pacientes, familiares y comunidad a recibir este tipo de asesoría.

MARCO INSTITUCIONAL

Manadiàlisis es un Centro de Atención Integral al Enfermo Renal que nace como respuesta a la necesidad de un gran número de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, que debían viajar a Ciudades como Quito y Guayaquil tres veces a la semana a recibir su tratamiento sustitutivo de la función renal que le permitiera seguir viviendo.

Inició su funcionamiento el 3 de Diciembre de 1998, se encuentra ubicada en la Ave. Manabí del Cantón Portoviejo. Cabe recalcar que ésta empresa ha seguido creciendo, es así que en Junio de 1999 en la ciudad de Manta, en Enero del 2003 se inaugura una nueva Unidad en la Ciudad de Chone, todas estas unidades fueron creadas por la alta demanda de pacientes existentes en estas ciudades Actualmente brinda atención a 115 pacientes de los cuales: 75 son afiliados al Seguro Social, 30 al Seguro Campesino y 10 privados, entre lo que se encuentran, niños, jóvenes, adultos y ancianos.

Según el Diagnóstico Epidemiológico de la Unidad las principales causas que llevaron a los pacientes a este padecimiento son: 70% la Diabetes y la Hipertensión Arterial, seguido de las glomerulopatías, cálculos renales, poliquistosis renales, uso indiscriminado de medicamentos, etc.

Los pacientes del Seguro social y Campesino se realizan su tratamiento 3 veces por semana, no así el paciente privado que por su limitante factor económico su salud paulatinamente se deteriora y por ende afectando su calidad de vida.

El 60% pacientes atendidos son del área rural y el 40 % del área urbana, cabe indicar que la mayoría de los pactes. pertenecen a un nivel socio-económico de medio a bajo.

Los objetivos de ésta empresa son: brindar atención de calidad, mejorar su rentabilidad, y desarrollar el recurso humano. **La VISION** que tiene ésta Empresa es la de ser líder en la Provisión de Servicios Integrales de Salud para pacientes renales, reconocidos por la Calidad de Atención y Práctica Docente en Nefrología a nivel Nacional e Internacional con resultados económicos y Sociales que conduzca a la satisfacción de los clientes, empleados, accionistas y comunidad. **La MISIÓN** es entregar servicios de salud para pacientes renales con profesionalismo, experiencia, calidad y tecnología para mitigar el dolor de nuestros pacientes generando confianza y credibilidad en nuestros servicios, que resulten en la satisfacción del cliente, accionista, empleado y comunidad.

Es importante dar a conocer que hasta ahora Manadiàlisis ha sido líder en la atención al paciente renal, sin embargo la competencia existe, hay una nueva unidad de diálisis que hace que nos preocupemos por mejorar la Calidad de Atención al paciente.

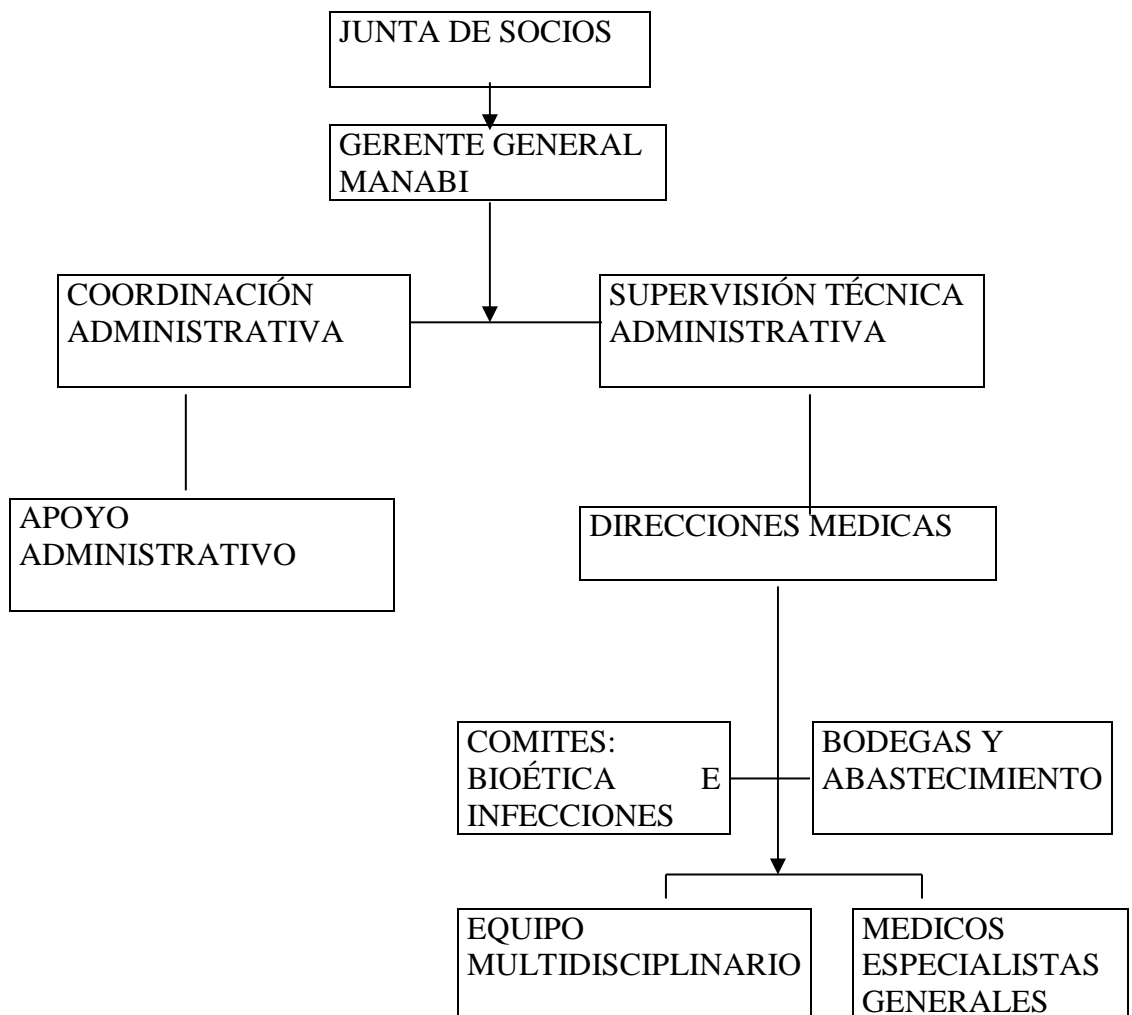
La Institución basa sus principios de servicio tanto en valores humanísticos como técnicos:

Humanísticos: ética, moral, honestidad, solidaridad, calidez.

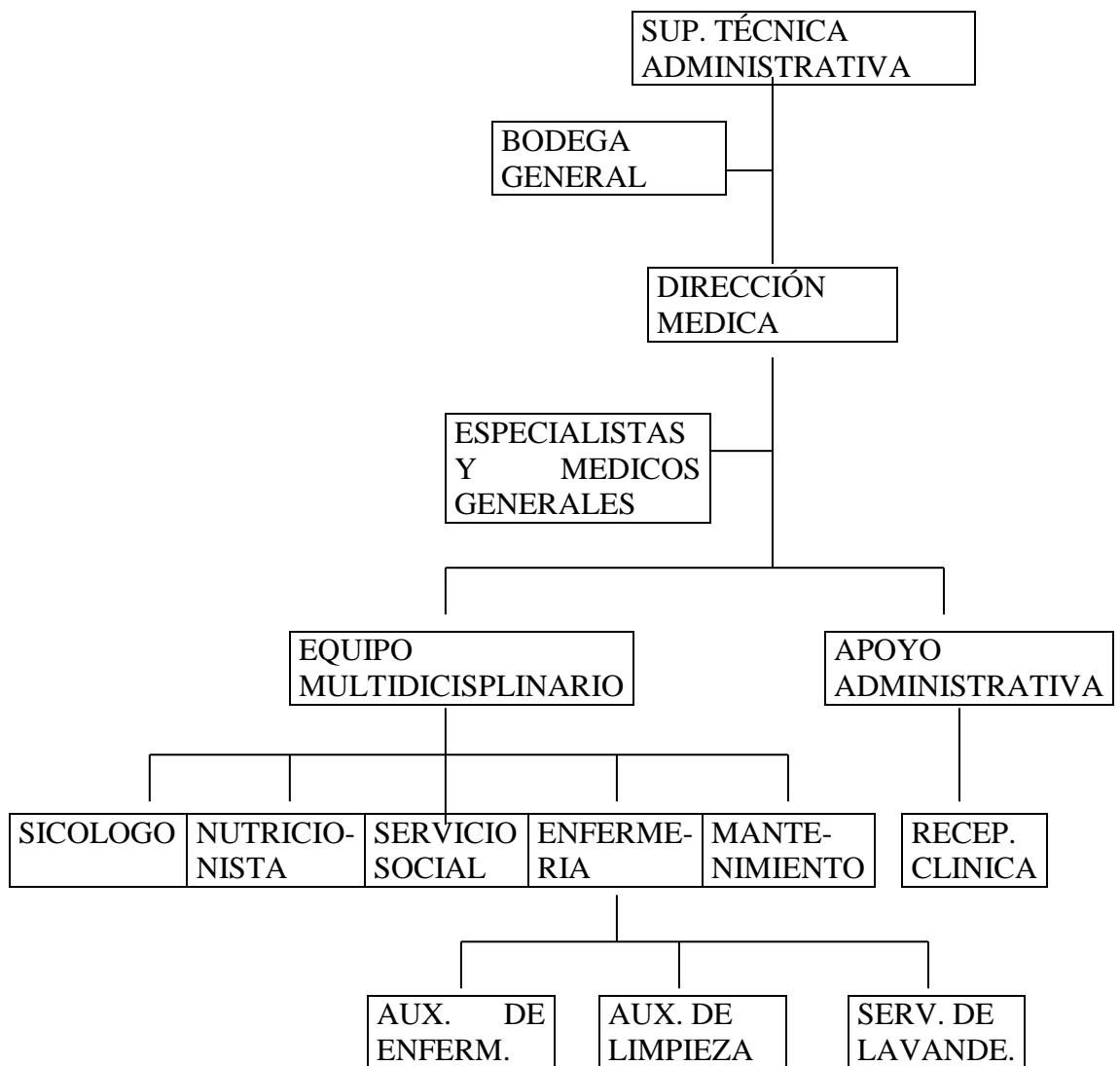
Técnicos: bioseguridad, calidad y eficiencia.

Manadiálisis considera al ser humano con todo su entorno, con su escala de valores, con necesidades primarias y secundarias, físicas, psicológicas y sociales y con los derechos para recibir los cuidados indispensables para conservar la salud, mantener una optima calidad de vida e integrarse a la sociedad.

ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE MANADIALISIS



ORGANIGRAMA DEL AREA MÉDICA



OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la Calidad de Vida de los pacientes con IRCT que reciben tratamiento de Hemodiálisis en Manadiálisis Portoviejo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ▶ Estimular al equipo multidisciplinario a ser un ente fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes renales

- ▶ Elaborar Plan de Intervención por cada área de servicio a brindar.

- ▶ Facilitar el acceso de los pacientes con IRCT a este Departamento de Asesoría.

- ▶ Difundir en la comunidad sobre la existencia de este departamento.

BENEFICIARIOS

BENEFICIARIO DIRECTO

- ▶ Los pacientes con IRCT en tratamiento de Hemodiálisis y los que se diagnosticarán a futuro, para que mejoren sustancialmente su calidad de vida.

► Manadiálisis como institución porque tiene la oportunidad de presentar este proyecto que va a favorecer notablemente a sus clientes. Y como Institución con fines de lucro es un medio de promocionarse a la comunidad.

BENEFICIARIOS INDIRECTOS:

► Los familiares de los pacientes con IRCT porque contarán con un departamento de información y prevención permanente.

► El personal del área médica y de apoyo por la satisfacción de brindar una atención de calidad.

DISEÑO METODOLÓGICO:

El diseño metodológico que se propone para el proyecto es la matriz del marco lógico (ver anexos).

MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPO Y/O INSTITUCIÓN	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS	INTERES EN EL PROYECTO	CONFLICTOS Y ALIANZAS
Manadiálisis Portoviejo.	Mejorar la calidad de vida de sus clientes.	Presupuesto aprobado y suficiente. Atención de calidad al cliente.	Deterioro progresivo de la calidad de vida de los enfermos renales Incremento excesivo de pacientes en hemodiálisis.	Mejorar la eficiencia en el proyecto. Prestigio para la institución. ALTO	Existe la predisposición de las autoridades de la Empresa para buscar estrategias que mejoren la calidad de vida del enfermo renal
Pacientes con Insuficiencia Renal.	Mejorar su calidad de vida mediante asesoría permanente.	Aporte de la empresa con los recursos humanos, físicos y materiales Recursos preparados científica y tecnológicamente para brindar asesoramiento.	Desajustes administrativos que conducen a malas programaciones. Alto número de pacientes y tendencia al incremento. Deterioro de la	Favorece la salud individual y la tranquilidad de la familia. Paciente reintegrado a la sociedad como un elemento útil. ALTO	Mala conducción administrativa de la Institución. Cambio de autoridades dentro de la empresa. Falta de agilidad administrativa.

GRUPO Y/O INSTITUCION	INTERESES	RECURSOS Y MANDATO	PROBLEMAS PERCIBIDOS	INTERES EN EL PROYECTO	CONFLICTOS Y ALIANZAS
Licenciadas en Enfermería	<p>Brindar una atención de calidad con calidez, eficiente y oportuna. Mantener al paciente de hemodiálisis en las mejores condiciones para mejorar su calidad de vida.</p>	<p>La protección del paciente como política de la Institución. Equipos de última tecnología.</p>	<p>Abandono del tratamiento por parte de los pacientes. Falta de interés en el cumplimiento del tratamiento.</p>	<p>Mejor atención. Permite demostrar que son capaces de realizar acciones exitosas. ALTO</p>	<p>Compromiso de las autoridades con el equipo multidisciplinario para mantenimiento del proyecto.</p>
Médicos	<p>Ofrecer calidad de tratamiento de hemodiálisis a los enfermos renales.</p> <p>Cumplir con actividades que permitan mejorar la</p>	<p>Recursos preparados científicamente y tecnológicamente para brindar asesoramiento</p>	<p>Déficit de recursos humanos. Descoordinación en los planes de actividades. Falta de colaboración de</p>	<p>Resolver de manera ágil los problemas presentados. Cumplir con ciertas formalidades institucionales.</p>	<p>Resistencia del equipo multidisciplinario para el mantenimiento del proyecto a largo plazo.</p>

GRUPO Y/O INSTITUCION	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS	INTERES EN EL PROYECTO	CONFLICTOS Y ALIANZAS
Psicólogo	calidad de vida de los pacientes. Comunicación constante y oportuna ante problemas de carácter emocional percibido en los pacientes.	pacientes familiares. y Adecuada terapia psicológica.	Pacientes desmotivados.	Valoración psicológica adecuada para asegurar un buen tratamiento psicológico.	Que los pacientes asistan regularmente a las charlas informativas.
Visitadora Social	Coordinar los recursos interinstitucionales que permitan resolver las necesidades del paciente. Búsqueda de recursos para ayuda a los pacientes renales de escasos recursos.	Trabajo social tiene como prioridad el trabajo en equipo .	Desadaptación de los pacientes al tratamiento. La incomprensión familiar.	Desarrollar propuestas de gestión en el área, a partir de estrategias definidas. ALTO	Equipo de trabajo con unificación de criterios.
Nutricionista	Desarrollar componentes alimentarios nutricionales que estén encaminados al mejoramiento del estado nutricional y calidad de	Adaptación de un sistema de nutrición acorde a los medios económicos del paciente y familiares.	Las malas costumbres de alimentación	Favorecer el desarrollo nutricional y el manejo de un criterio de alimentación adecuada en todos los pacientes	Mejorar, mantener y recuperar el estado nutricional de los pacientes del centro a través de propuesta alimentarias

	vida de los pacientes como apoyo al tratamiento de hemodiálisis que reciben.			renales y de manera permanente. ALTO	nutricionales.	
--	--	--	--	---	----------------	--

MATRIZ DE MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTO
<p style="text-align: center;">FIN</p> <p>Mejorar sustancialmente la calidad de vida de los Pacientes a través de la capacitación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 90% de los pacientes con IRCT que acuden al departamento de asesoría para mejorar calidad de vida. • 90% de los afiliados están satisfechos con la atención. • Disminución de los índices de mortalidad por I.R. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros diarios. • Historias clínicas. • Entrevistas a pacientes y familiares • Encuesta de satisfacción al afiliado. • Registros de defunciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Que los pacientes cumplan con las indicaciones dadas por cada uno de los asesores (médicos, enfermeras, psicólogo, nutricionistas, visitadora social)
<p style="text-align: center;">PROPOSITO</p> <p>Mantener un programa de educación con asesoría permanente que disminuya el deterioro progresivo de la calidad de vida de los enfermos renales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia de los pacientes renales al departamento de asesoría. • Calidad de vida aceptable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Partes diarios y concentrados mensuales de atención. • Aplicación de la escala de Karnofsky. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que la organización gerencial mantenga el funcionamiento del Departamento de Asesoría Técnica,

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTO
<p>ACTIVIDADES</p> <p>Gestionar apoyo logístico con autoridades.</p> <p>Coordinar permanentemente con los niveles gerenciales.</p> <p>Elaborar el diseño de material educativo para los pacientes con Insuficiencia Renal.</p> <p>Designar comisiones.</p> <p>Elaborar políticas, normas y reglamentos del programa</p> <p>Conformar grupos de pacientes</p>	<p>-Movilizaciones 100 dólares</p> <p>-Papelería y otros 200 dólares.</p> <p>Un informe mensual durante los meses que dure el proyecto.</p> <p>300 trípticos sobre la Insuficiencia Renal Crónica, diagnóstico, tratamiento y prevención.</p> <p>Que la coordinación del proyecto este preparado ante eventualidades.</p> <p>Reproducciones 50 dólares.</p> <p>Reproducción de documentos 50 dólares</p> <p>material logístico 50 dólares</p>	<p>Facturas</p> <p>Registros e informes.</p> <p>Recepción de material educativo.</p> <p>Archivos de coordinación del proyecto.</p> <p>facturas</p> <p>Facturas</p>	<p>Que la gerencia acepte la propuesta.</p> <p>Disponibilidad de presupuesto.</p> <p>Que exista predisposición de las autoridades.</p> <p>Disponibilidad económica para la impresión.</p> <p>Que exista accesibilidad a la información.</p> <p>Que la coordinación elabore el análisis de los avances del proyecto.</p> <p>Que las autoridades de Mana diálisis asignen los recursos necesario para difundir las políticas del programa.</p> <p>Que la capacitación permanente a los pacientes contribuya al manejo de su patología mejorando su calidad de vida.</p>

SOSTENIBILIDAD:

Conociendo el tipo de paciente que es el enfermo renal posiblemente al inicio del proyecto habrá cierta resistencia por parte de ellos y sus familiares, a poner en práctica cambios de conducta, sobre todo porque estilos de vida se han mantenido por mucho tiempo, pero una vez que el paciente concientice que estos cambios los llevarán a reincorporarse a la sociedad rápidamente, serán asumidos fácilmente y esto permitirá la ejecución, monitorización y evaluación del proyecto con éxito.

Existe presupuesto para realizar este proyecto, por lo tanto no será necesario financiarlo. Manadiálisis tiene el área física, el recurso humano: Médicos, Enfermeras, Psicólogo, Nutricionista, Visitadora Social, además esta empresa tiene solvencia económica.

El diálogo con el personal de salud y con los pacientes será permanente para que tengan presente el propósito, las estrategias y las actividades necesarias para lograr los objetivos del proyecto.

INDICADORES:

Constan en la matriz del marco lógico.

EVALUACIÓN:

Se realizará una evaluación inicial la misma que servirá como línea de base del proyecto y contará con los siguientes parámetros.

- Número de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal
- Número de pacientes en tratamiento de hemodiálisis
- Número de pacientes aptos para desempeñar algún tipo de trabajo.
- Número de pacientes que asisten mensualmente a las charlas educativas.
- Número de pacientes que asisten diariamente a la consulta con algún miembro del equipo multidisciplinario,
- Presupuesto trimestral del uso de material educativo.
- Asistencia semanal del equipo multidisciplinario a cada una de las sesiones.

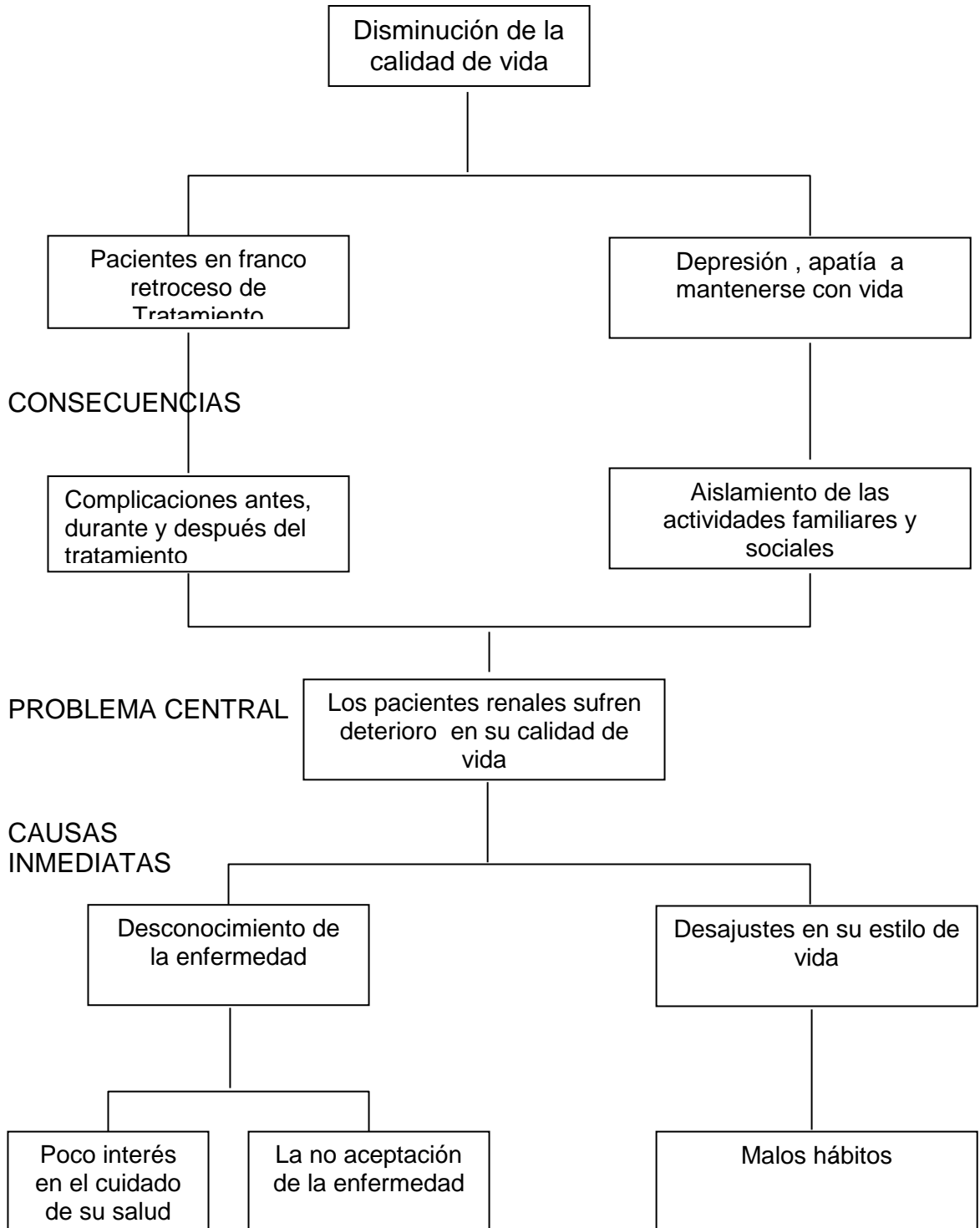
MONITOREO Y SEGUIMIENTO:

El monitoreo y seguimiento será permanente y cada mes se realizarán revisiones para poder realizar los reajustes necesarios para éxito del proyecto.

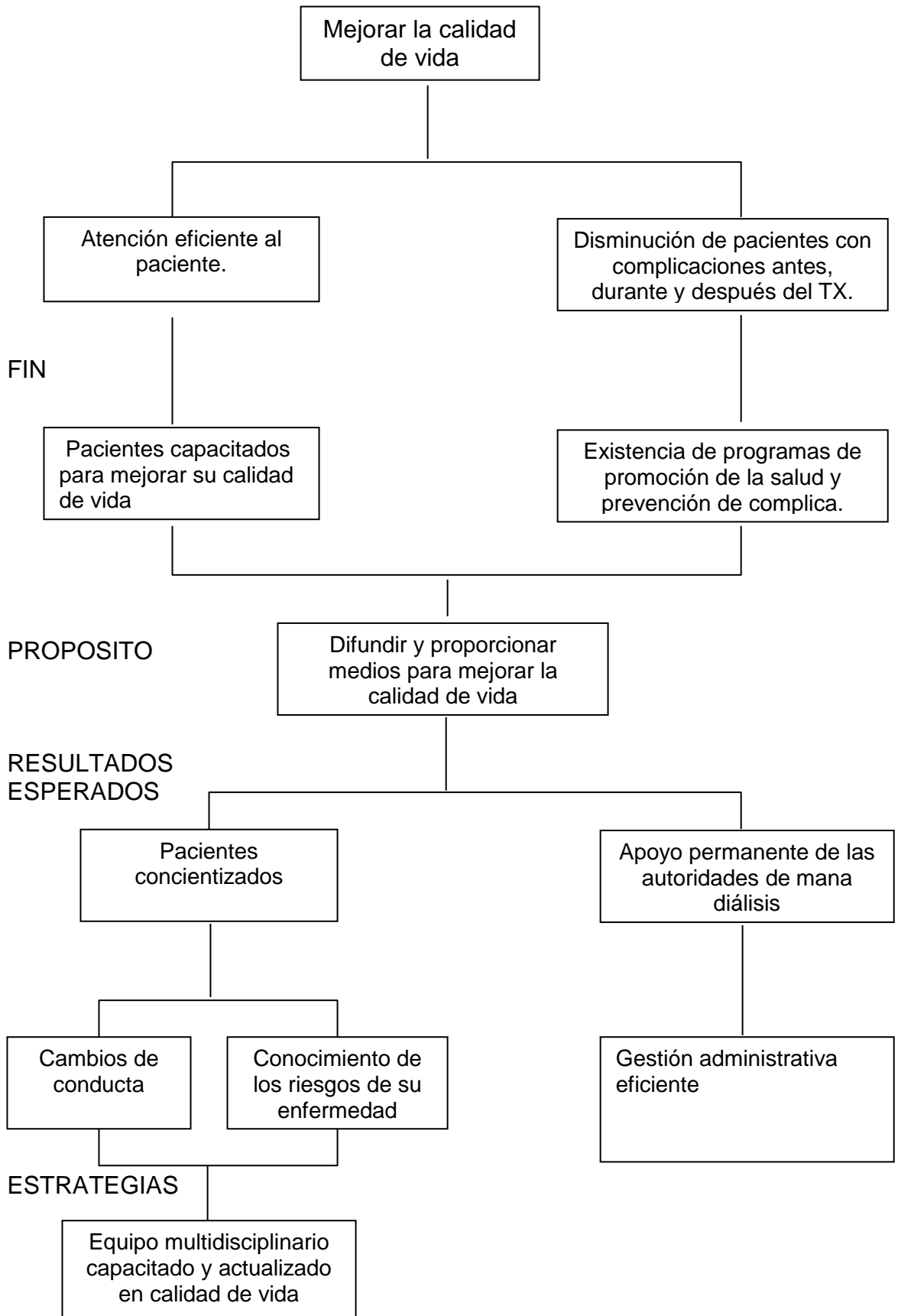
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Concluimos expresando que un buen Sistema de Promoción y Educación a los pacientes y familiares sobre la IRCT, medidas de control de complicaciones, dieta en base a un Modelo de Comunicación constituye una herramienta fundamental para mejorar la Calidad de Vida.
- Debemos destacar que la ejecución del proyecto es factible, ya que existe la predisposición del equipo multidisciplinario, se dispone del área física, apoyo incondicional de las autoridades de Manadiálisis reflejado en el presupuesto otorgado para este fin.
- La realización de este proyecto pretende mejorar la visión que se tiene sobre el enfermo renal sometido a hemodiálisis.
- Está programado iniciar en el segundo semestre del año 2004, para el éxito de éste proyecto de mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes renales se realizará una evaluación inicial, durante el proyecto y al final del mismo.

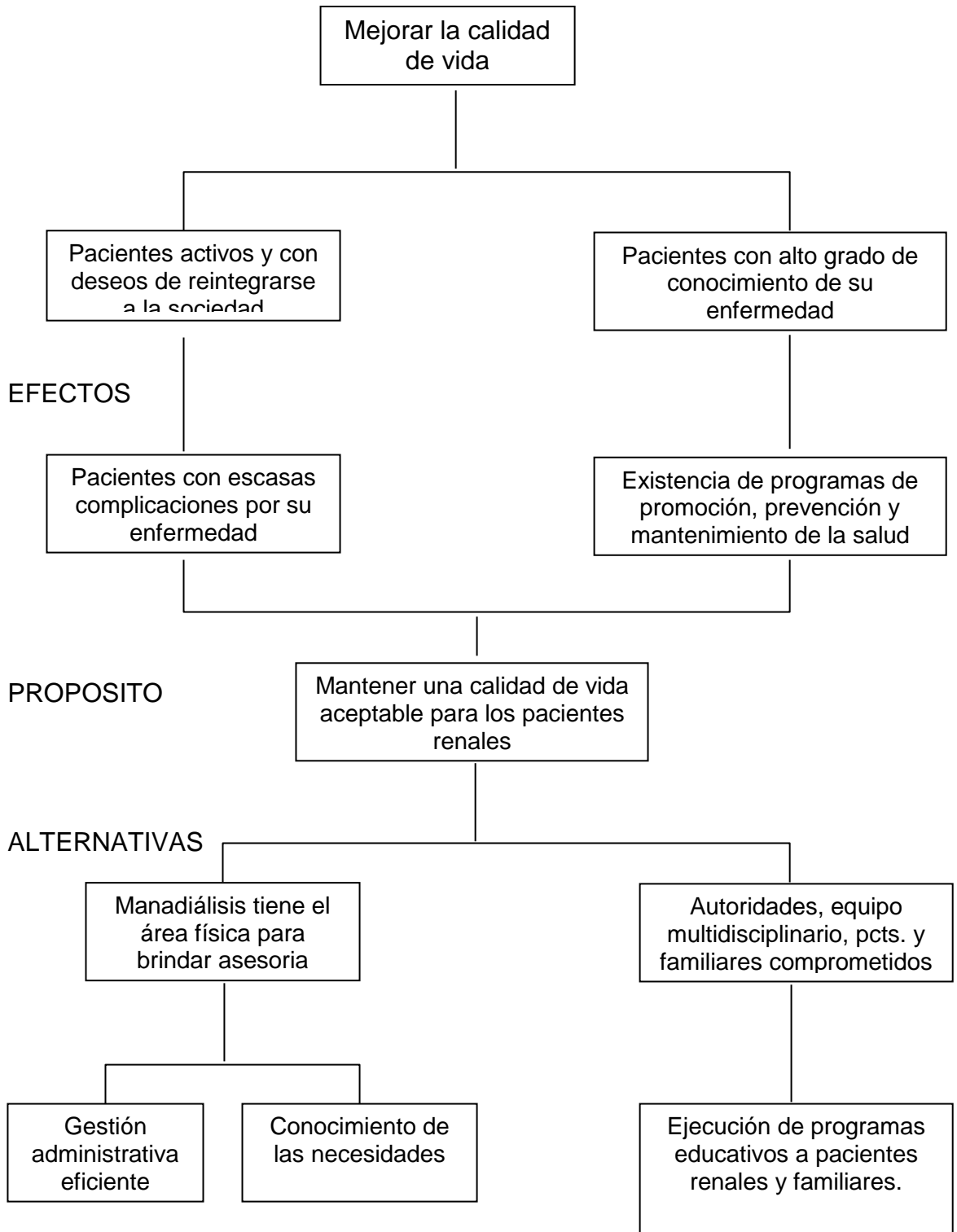
ÁRBOL DE PROBLEMAS



ÁRBOL DE OBJETIVOS



ÁRBOL DE ALTERNATIVAS



BIBLIOGRAFÍA DE LA PROPUESTA

- Beckhard, R. Desarrollo organizacional: estrategias y modelos. México Fondo Educativo Interamericano, 1973
- Herrera, Luis, et all (2002) Tutoría de la Investigación AFEFCE Quito Ecuador.
- Sabino, Carlos A. Como hacer una tesis y elaborar toda clase de escritos. Bogota. Editorial Panamericana 1996. 293 p.
- INFOPLAN-Oficina de Planificación de Proyectos de Modernización del Estado: BIRF 3822-EC, 1998

PRESUPUESTO DE PROPUESTA

ACTIVIDAD	RECURSO NECESARIO	COSTO	EXISTE	A FINANCIAR	FUENTE
Promoción del proyecto	Coordinadora del proyecto		SI		
Información a las autoridades de mana diálisis, equipo multidisciplinario sobre los mecanismos a utilizarse.	Coordinadora del proyecto	50	SI		Presupuesto de Mana diálisis.
Presentación de resultados de evaluación de la calidad de vida de los enfermos renales.	Coordinadora del proyecto	100	SI		Presupuesto de Mana diálisis.
Ejecución de un sistema de comunicación radial para difundir el programa.	Radiodifusora local	200	NO	200	Presupuesto de Mana diálisis.
Elaboración de material educativo para los pacientes con Insuficiencia Renal y para los familiares.	1 Diseñador gráfico	100	NO	250	Presupuesto de Mana diálisis.
	1 Medico,1 Enfermera, 1 Trabajadora Social,1 Nutricionista		SI		
	1 Psicólogo.		-		
	Impresión del Material	150	NO		
Información permanente con los niveles gerenciales.	Coordinadora del proyecto	50	SI		