



Maestría en

SALUD PÚBLICA

Tesis previa a la obtención del título de Magíster en Salud Pública

AUTOR: Dra. Ericka Narcisa Chusino Pincay
TUTOR: Mg. Juan Vásconez

PREFERENCIA DE CRITERIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA PARA SELECCIONAR LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO DIALÍTICO, EN PORTOVIEJO PROVINCIA DE MANABÍ, 2022.

Certificación de autoría del trabajo de titulación

Yo, Ericka Narcisa Chusino Pincay, declaro bajo juramento que el trabajo de titulación denominado preferencia de criterios en pacientes con enfermedad renal crónica para seleccionar la modalidad de tratamiento dialítico, Portoviejo provincia de Manabí, **2022**. Es de mi autoría y de mi exclusiva responsabilidad académica y legal; y que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional. En su elaboración, se han citado las fuentes y se han respetado las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Firma

Ericka Narcisa Chusino Pincay
C. I.: 1314198787
Correo electrónico: erickach31@gmail.com

Yo, Juan Vásconez, declaro que he tutorado el trabajo de titulación denominado preferencia de criterios en pacientes con enfermedad renal crónica para seleccionar la modalidad de tratamiento dialítico, en Portoviejo provincia de Manabí, **2022** del maestrante, quien es autora exclusiva de la presente investigación, que es original y auténtica.

Firma

Tutor del trabajo de titulación
Mg. Juan Vásconez

Autorización de derechos de propiedad intelectual

Yo, Ericka Narcisa Chusino Pincay, en calidad de autora del trabajo de titulación denominado preferencia de criterios en pacientes con enfermedad renal crónica para seleccionar la modalidad de tratamiento dialítico, en Portoviejo provincia de Manabí, **2022**, autorizo a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que abarca esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación. Los derechos que como autor me corresponden, según lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento en Ecuador.

D. M. de Quito, 26 de agosto de 2022

Dra. Ericka Narcisa Chusino Pincay
C. I.: 1314198787
Correo electrónico: erickach31@gmail.com

Acta de defensa de grado

En la ciudad de Quito, a los 26 días del mes de agosto de 2022, se suscribe la siguiente acta de Defensa de Grado del maestrante Ericka Narcisa Chusino Pincay, de la Maestría en Salud Pública, siendo las principales autoridades: Rector de la UIDE, Ph. D. Gustavo Vega y el Vicerrector académico, Ph. D. Ramiro Canelos.

Miembros del tribunal:

Mgt. Nombres completos, Presidente del Tribunal

Mgt. Nombres completos, Miembro del Tribunal

Mgt. Nombres completos, Miembro del Tribunal

Aceptado y firmado:

Mgt. Nombres completos

Mgt. Nombres completos

Mgt. Nombres completos

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi Dios quién me guía por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Dedico a mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

También a mis padres por sus sabios consejos, comprensión, apoyo y amor, en los momentos difíciles por ayudarme cuando me sentía desfallecer durante la época de estudios. Ellos me han sabido guiar, me han formado como persona, con valores, con principios; permitiéndome forjar mi carácter, mi empeño, mi perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. Thomas Chalmers

Dra. Ericka Narcisa Chusino Pincay

Autora

Agradecimiento

"El hombre inteligente no es el que tiene muchas ideas, sino el que sabe sacar provecho de las pocas que tiene."

Quiero agradecer a mi Dios por bendecirme, por permitirme haber llegado hasta donde hoy estoy, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

Gracias **UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR "UIDE"** por darme la oportunidad de estudiar y ser un mejor profesional.

A mi director de tesis, Mg. Juan Vásquez por su esfuerzo y dedicación, quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado que pueda culminar mis estudios con éxito; agradezco a mis profesores porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, y en especial a mis padres.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Dra. Ericka Narcisa Chusino Pincay

Autora

Índice

Resumen	1
Abstract	2
1. Introducción	3
2. Justificación	4
3. Problema	6
a. Planteamiento.....	6
b. Formulación	7
c. Sistematización	8
4. Objetivos	9
a. General.....	9
b. Específicos	9
5. Marco teórico y conceptual.....	10
5.1 Enfermedad renal crónica.....	10
5.2 Criterios diagnósticos de la enfermedad renal crónica.....	10
5.3 Inicio de tratamiento dialítico.....	11
5.4 Programación de la terapia de reemplazo de sustitución renal y situaciones especiales.....	13
5.5 Terapia de sustitución renal continua vs hemodiálisis intermitente.....	13
5.6 Tipos de tratamiento dialítico.....	14
5.6.1 Hemodiálisis	14
5.6.2 Diálisis peritoneal.....	14
5.7 Promoción de salud.....	17
5.8 Preferencia de tratamiento dialítico.....	17
5.9 Asesoramiento sobre la modalidad de terapia sustitutiva renal.....	20
5.10 Recomendaciones de investigación para la toma de decisiones compartida para la terapia sustitutiva renal, evaluar formas optimas de entregar información a personas y familiares con enfermedad renal crónica.....	21
5.11 Educación y apoyo al paciente.....	22
6. Metodología y diseño de la investigación	23
a. Tipo de estudio.....	23
b. Área de estudio	24
c. Universo y muestra	24
d. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	24
e. Plan de tabulación y análisis	25

f. Procedimientos	25
7. Resultados.....	25
8. Discusión.....	40
9. Conclusiones	43
10. Recomendaciones	45
11. Bibliografía	46
12. Anexos	48

Índice de anexos

Anexos

Índice de imágenes

Imagen 1. Recreación de un proceso de hemodiálisis donde se bombea sangre a través de un filtro hacia afuera del organismo	14
Imagen 2. Recreación de una diálisis peritoneal en casa.....	15

Índice de cuadros

Cuadro No.1 Criterios Diagnósticos de la enfermedad renal crónica.....	10
Cuadro No.2 Indicaciones de terapias de reemplazo renal continuo.....	13
Cuadro No.3 Resume las ventajas y desventajas de la Diálisis Peritoneal con respecto a la hemodiálisis	16
No.4 Situaciones en la que se puede colocar de forma urgente la diálisis peritoneal.....	16
Cuadro No.5 Recomendaciones de investigación para la toma de decisiones compartida para la terapia sustitutiva renal, evaluar formas óptimas de entregar información a personas y familiares con enfermedad renal crónica	22

Índice de gráficos

Gráfico 1 Aceptación de la encuesta en línea	25
Gráfico 2 Edades de los pacientes	26
Gráfico 3 Género de los pacientes	27
Gráfico 4 Estado Civil	28
Gráfico 5 Ocupación.....	29
Gráfico 6 Lugar de Residencia	29
Gráfico 7 Tiempo realizándose diálisis	30
Gráfico 8 Modalidades de tratamiento dialítico	31
Gráfico 9 Grado de conocimiento antes de la toma de decisión de tratamiento dialítico a escoger	31
Gráfico 10 Causas de la enfermedad renal crónica	32
Gráfico 11 Tiempo de explicación del profesional sobre tratamiento dialítico optado	33
Gráfico 12 Decisión para la selección de tratamiento dialítico	34
Gráfico 13 Tiempo inicio del tratamiento dialítico	35
Gráfico 14 Grado de satisfacción del tratamiento dialítico elegido	36
Gráfico 15 Valoración psicológica	37
Gráfico 16 Preferencia de cambio de tratamiento dialítico	38
Gráfico 17 Elección de tratamiento dialítico que se realiza	39

Resumen

Al describir a la Insuficiencia renal crónica, se la define como una alteración que presenta un alto índice de manifestaciones cuyo aumento en la población genera una prevalencia, incidencia y morbimortalidad. Por lo tanto, constituye un problema de salud a nivel mundial, objetivo: Establecer la preferencia de criterios en los pacientes con enfermedad renal crónica que influyen en la selección de la modalidad de tratamiento dialítico. Metodología: estudio No experimental de corte transversal, con enfoque descriptivo, población cincuenta pacientes edades comprendida 18 a 65 años, muestra se conformó el 60% siendo 31 personas que formaron parte del estudio. Resultados se aplicó una encuesta para conocer la percepción de los pacientes entre modalidades de tratamiento dialítico. Discusión: El criterio para seleccionar la modalidad de tratamiento dialítico no existen muchos estudios a nivel Mundial. Conclusiones, de los 31 pacientes encuestados el 90% de ellos se realizan hemodiálisis siendo el tratamiento dialítico de mayor acogimiento además que se pudo identificar la edad que mayor predominio más de 60 años con un 71%, mayor predominio las mujeres 55%, residen en la zona urbana 81%

Palabra claves: hemodiálisis, insuficiencia renal crónica, tratamiento dialítico

Abstract

When describing chronic renal failure, it is defined as an alteration that presents a high rate of manifestations whose increase in the population generates a prevalence, incidence and morbidity and mortality. Therefore, it constitutes a global health problem, objective: To establish the preference of criteria in patients with chronic kidney disease that influence the selection of the dialysis treatment modality. Non-experimental cross-sectional study methodology, with a descriptive approach, a population of fifty patients aged between 18 and 65 years, a sample comprised 60%, with 31 people who were part of the study. Results A survey was applied to know the perception of patients between dialytic treatment modalities. Discussion The criteria for selecting the dialytic treatment modality do not exist many studies worldwide. Conclusions, of the 31 patients surveyed, 90% of them undergo hemodialysis, being the most widely accepted dialysis treatment, in addition to being able to identify the age with the greatest predominance over 60 years with 71%, greater predominance of women 55%, reside in an urban area 81%

Keywords: hemodialysis, chronic renal failure, dialysis treatment

1. Introducción

Hay estudios a nivel mundial en la que establecen la existencia de un buen número de enfermos que están en tratamiento de diálisis, también existen registros del ingreso de nuevos pacientes con enfermedad renal que requieren de este tipo de tratamiento.

Por ser una alteración que manifiesta una creciente prevalencia, incidencia y morbimortalidad, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) representa un problema de salud mundial, consecuencia de múltiples factores de riesgo como las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA) y Obesidad, además de diversas condiciones presentes en el envejecimiento asociadas al estilo de vida de las personas. En el 2021, Cantillo (15,2) argumentó que desde la situación socio sanitario se define como una enfermedad catastrófica a la enfermedad renal y de alto costo por las alteraciones psicofísicas, generando incremento de costos para los sistemas de salud, años de vida perdidos que involucran tanto a la persona en diálisis como a su familia. Por ello, se planteó la interrogante ¿Cómo influyen la preferencia de los criterios de pacientes para seleccionar la modalidad de tratamiento Dialítico en los pacientes con enfermedad renal crónica?, cuyo objetivo es: Establecer la preferencia de criterios en los pacientes con enfermedad renal crónica que influyen en la selección de la modalidad de tratamiento dialítico.

2.- Justificación

Este estudio es importante para los pacientes con enfermedad renal crónica porque al escoger una modalidad de terapia dialítica cambiará su vida, su entorno y el de sus familiares; razón por la cual, es necesario conocer la preferencia de criterios que llevo a cada paciente la decisión de seleccionar el tratamiento dialítico, si la decisión fue propia o sugerida por los profesionales, familiares u otra persona, además, si contó con el tiempo adecuado; también, es importante conocer el estado físico del paciente, su apoyo físico, social, como el estado económico de sus cuidadores y si los profesionales de atención médica aportaron con el conocimiento necesario y despejaron cualquier duda. Otro punto importante es conocer sobre las discusiones sobre las opciones e implicaciones, también si está o no conforme con el tratamiento antes escogido. En casos de urgencia médica, si las personas que comenzaron la diálisis de manera no planificada, se debería dar la opción de seguir o no con el tratamiento dialítico escogido siempre y cuando no haya contraindicaciones.

El presente trabajo investigativo fue direccionado a los beneficiarios directos que son los pacientes atendidos en el área de Nefrología de los diferentes Centros Asistenciales de la ciudad de Portoviejo. La aplicación de la encuesta permitió identificar el tipo de tratamiento dialítico elegido por los pacientes con enfermedad renal crónica, cuyo impacto es importante por cuanto esta direccionado desde sus resultados que servirán como guía para que los profesionales de salud que laboran en esta área de nefrología estén aún más aptos para brindar el apoyo y soporte necesario a este grupo de pacientes que tengan que elegir alguna modalidad de tratamiento dialítico con respaldo de sus familias, además de hacerles entender y conocer el objetivo del tratamiento, los recursos de política sanitaria local, capacidades del servicio de salud en el que estará involucrado.

Es importante rescatar que este trabajo es viable de ejecutarse, por cuanto contó con el tiempo, medios, recursos tanto económico como humano, es factible porque contó con información pertinente sobre la variable de estudio permitiendo obtener la información de fuentes primarias, secundarias obtenidos de repositorios académico con el uso de buscadores Booleanos, y con autores especializados que le dan el soporte científico a este estudio.

Cabe destacar que la diabetes mellitus e hipertensión son las principales causas de la enfermedad renal, cuyo incremento es considerable en los últimos años; por lo que se la considerada como una enfermedad progresiva donde el resultado terminal seria el fallo renal, para este tipo de dolencia el tratamiento definitivo es el trasplante renal, pero el cual, no es muy accesible en nuestro país, por ello, se opta por otra modalidad de terapia sustitutiva renal que es el tratamiento dialítico en sus dos modalidades, siendo ésta la solución médica que se oferta a su padecimiento.

3.- Problema

3.1 Planteamiento del problema

En el 2018, Díaz (17,1) argumentó que la enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública global, por su carácter epidémico, costo elevado, alta morbi-mortalidad, y complicaciones devastadoras que acarrea. Posee una prevalencia mundial alrededor del 10%, lamentablemente en su mayoría pasa desapercibida tanto para médicos, pacientes, organizaciones de salud y autoridades.

En el 2015, Villalobos (18,1) indica que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un informe del 2004 sobre una iniciativa mundial lanzada por su “Grupo Orgánico sobre Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental” en la cual se menciona que al existir una falta de adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas, se generan efectos negativos tanto clínicos como económicos, por este motivo es un tema prioritario de salud pública.

Se define al término adherencia terapéutica como "el grado de comportamiento de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, sí corresponde a las recomendaciones indicadas con el profesional sanitario".

En el 2015 la OPS/OMS (19,1) señalo que “la enfermedad renal crónica se puede prevenir pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas, siendo las soluciones --la diálisis y el trasplante de riñón— altamente invasivas y costosas. Dejando a muchos países sin la capacidad de adquirir los equipos necesarios o cubrir estos tratamientos por carecen de los recursos necesarios, al mismo tiempo que no cuentan con especialistas disponibles”

En el 2018, Díaz (17,1) argumentó, en el Ecuador, la ERC es un importante problema de salud pública, por su alta prevalencia. Se estima que afecta al 11% de la población adulta. Como se sabe todos los procesos crónicos, generan un elevado gasto sanitario, una alta tasa de morbilidad, y un importante consumo de recursos farmacológicos. Diversos estudios han demostrado que, al realizar un diagnóstico precoz de las alteraciones hemodinámicas, minerales y hormonales, se obtiene una disminución en la tasa de mortalidad global de forma significativa.

En el 2015, Viceministro (20,3-4) señaló que el Ecuador según cifras oficiales dadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en relación a los datos de su población, que corresponden a 16'278.844 habitantes, se estimaron para el 2015, los pacientes con Insuficiencia Renal serían 11.460. De los cuales el 90% se encuentran en Hemodiálisis y el 10% en Diálisis Peritoneal; gastando 1.456 en hemodiálisis y 1.300 en diálisis peritoneal incluyendo ahí medicación y tratamiento.

En Manabí, la ERC está relacionada con otras enfermedades crónicas que no son trasmisibles como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, estas dos patologías tienen una tendencia al crecimiento; principalmente esto es mucho más de manifiesto en países en desarrollo; También se la asocia al envejecimiento poblacional; con la obesidad así como a otros factores de riesgo relacionados con el estilo de vida: nutrición inadecuada, hábito de fumar, sedentarismo, limitada ingesta de líquidos y otros.

3.2 Formulación del problema:

¿Cómo influyen los criterios para seleccionar la modalidad de tratamiento Dialítico en los pacientes con enfermedad renal crónica, 2022?

3.3 Sistematización del problema:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y de la antigüedad de la enfermedad?
- ¿Cuáles son las preferencias de modalidad de terapia dialítica?
- ¿Cuál es el grado de satisfacción de los pacientes con modalidad de terapia dialítica?
- ¿Cómo es el escenario de terapia dialítica cuando es una indicación de emergencia o electiva?

4.- Objetivo General y Objetivos Específicos

4.1 Objetivo General

Analizar la preferencia de criterios en los pacientes con enfermedad renal crónica para la selección de la modalidad de tratamiento dialítico, en Portoviejo provincia de Manabí, 2022

4.2 Objetivos específicos

1. Identificar las preferencias de modalidad de tratamiento dialítico.
2. Identificar los criterios de preferencia según las características sociodemográficas y antigüedad de la enfermedad.
3. Establecer el nivel de satisfacción de los pacientes por modalidad de tratamiento dialítico.
4. Describir la modalidad de tratamiento dialítico ante una indicación de emergencia o electiva.

5.- Marco teórico y conceptual

5.1 Enfermedad renal crónica

En el 2021, García (3, 2-3) indica que la enfermedad renal crónica, es un importante problema de salud pública a nivel mundial por lo que su detección precoz se considera como una prioridad sanitaria para poder establecer estrategias de prevención, y así disminuir la progresión a estadios más avanzados de la enfermedad y de sus complicaciones.

Eckardt (2,3) define a la Enfermedad renal crónica, como la reducción persistente de la filtración glomerular (GFR) y / o la presencia de otros signos de daño renal, se clasifica basándose en los niveles de GFR y albuminuria. Se entiende que con la disminución del GFR y el aumento de la albuminuria se aumenta el riesgo de resultados adversos. La importancia epidemiológica de la enfermedad crónica se relaciona no sólo con su elevada prevalencia sino también por la significativa disminución en la calidad de vida, ya que conlleva a una elevada morbilidad, coste sanitario y social. Siendo la Atención Primaria un pilar fundamental ya que permite la captación temprana de individuos que tienen enfermedad renal crónica en estadios iniciales, además de detectar los factores de progresión que les rodean para así poder disminuir sus complicaciones, o derivarlos de forma temprana y evitar su progresión rápida.

5.2 Cuadro No.1 Criterios diagnósticos de la enfermedad renal crónica

(Cualquier síntoma que persista por un periodo > 3 meses)

Descenso del FG	FG < 60 mL/min/1,73 m²
Marcadores de lesión o daño renal	Albuminuria (ACR > 30 mg/g; EAU: > 30 mg/24 h) Proteinuria (PR/CR > 150 mg/g; EPU > 150 mg/24 h) Alteraciones histológicas en la biopsia renal, Alteraciones en el sedimento urinario, Alteraciones estructurales detectadas por técnicas de imagen, Trastornos hidroelectrolíticos o de otro tipo de origen tubular, Historia de trasplante renal

FUENTE: Sociedad española de Nefrología Granada

INVESTIGADO POR: Dra. Ericka Chusino
MAESTRANTE

FG: filtrado glomerular; ACR: cociente albúmina/creatinina en una muestra de orina al azar;

EAU: excreción de albúmina en orina de 24 h; PR/CR: cociente proteína/creatinina en una muestra de orina al azar; EPU: excreción de proteína en orina de 24 h. (3). Según Eckardt (2,3-4) Los pacientes con una filtración glomerular inferior a 30 ml / min por 1.73 m² (es decir enfermedad renal crónica G4 o G5) tienen un mayor riesgo de las complicaciones específicas, siendo la enfermedad cardiovascular una de las principales causas de morbilidad y mortalidad.

5.3 Inicio del tratamiento dialítico

Como se sabe el inicio del tratamiento dialítico para los pacientes con enfermedad renal crónica será el resultado de la interposición de dos opiniones que muchas veces son opuestas. Por un lado, tenemos el criterio profesional médico experto en nefrología que le indicara al paciente cuando deberá ser el momento adecuado y en su otro lado, está la actitud del enfermo, que en ocasiones suele tener resistencia para empezar un tratamiento que va a modificar sustancialmente su estilo de vida, además de insistir en retrasar ese instante todo lo posible; Aunque el momento idóneo para iniciar con el tratamiento dialítico de la enfermedad renal crónica no está definido. según Teruel (7,3) indica que se podría considerar que el momento óptimo sería aquél, en el cual, al iniciarse no se genere un aumento de la morbilidad o la mortalidad, se intenta definir el inicio mediante datos analíticos y clínicos por medio de la práctica médica, esto está indicado por la Sociedad Española de Nefrología Granada, la tasa de Filtración Glomerular y la aparición de complicaciones atribuibles a la uremia, son parámetros utilizados para concretar el comienzo del tratamiento renal sustitutivo de pacientes con enfermedad crónica. El Kt/V (forma de medir la depuración en diálisis), ya no se considera en ninguna guía como un parámetro adecuado para decidir el inicio de la diálisis.

Según Eckardt (2,2) argumenta que es importante destacar que los primeros meses en diálisis han sido identificados como período de muy alto riesgo, aunque no se conoce en qué medida

los eventos adversos son desencadenados por el inicio de diálisis. Redirigir a los pacientes a servicios de nefrología con poco tiempo antes del inicio de la diálisis se ha asociado con un mayor riesgo de resultados adversos en comparación con los que han tenido la ocasión de estar más tiempo en los servicios de nefrología antes de empezar la terapia sustitutiva renal; Actualmente la oferta de trasplante de vivo de riñón sigue siendo esto de muy difícil acceso en Ecuador, no se puede optar por tales procedimientos para la población, lo habitual es la opción de hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Sellarés (1,1-2) argumenta que la Sociedad Española de Nefrología, considera el inicio de diálisis generalmente cuando hay uno o más de los siguientes datos están presentes: Cuando los niveles de BUN > 100 mg/dl [36m Mol/L) o FG < 10 ml/min, con estos valores se presentan manifestaciones urémicas y por lo tanto la diálisis estaría indicada.

Según Lock (8,2-3) se indicaría cuando se le agrega síntomas o signos atribuibles a insuficiencia renal (p. ej., uremia, signos neurológicos, pericarditis, anormalidades acido-base o electrolíticas, anorexia, fatiga, pérdida de peso, prurito intratable o sangrado) e incapacidad para controlar el estado del volumen, la presión arterial, así como también un progresivo deterioro en el estado nutricional. La elección del tratamiento dialítico a la final corresponde al paciente y a su familia, siempre y cuando no existan impedimentos técnicos o médicos para elección que ha elegido. Es preciso que el enfermo (y su familia) sea informado de los tipos de tratamiento dialítico que hay, y este sea realizado por personal entrenado para tales efectos.

En el 2010, Canseco (21, 66-71) utilizaron las escalas AKIN Y RIFLE, iniciaron el estudio I y F de RIFLE equivale a los estadios 2 y 3 de La escala de AKIN y estabilidad clínica.

Cuadro No.2 Indicaciones de terapias de reemplazo renal continuo

Indicaciones	Comentario
Acidosis grave	Típicamente pH < 7.0
Uremia severa	Asociada con neuropatía, miopatía, encefalopatía o pericarditis
Hipervolemia	Edema pulmonar, edema abdominal, oliguria o anuria
Hipercalemia y otros electrolitos	Generalmente potasio > 6.5 mmol/L, hipernatremia severa
Intoxicaciones	Procainamida, litio, fenformina, salicilatos, medio de contraste y resto de compuestos dializables
Rabdomiólisis	En pacientes con lesiones de aplastamiento, para prevenir complicaciones. Se puede barrer mioglobina
Sepsis	Mediadores inflamatorios

Fuente: Canseco y Colab. 2010

Investigadora: Dra. Ericka Chusino P.
MAESTRANTE

5.4 Programación de la terapia de reemplazo de sustitución renal y situaciones especiales

Cuando se debe administrar la dosis óptima de terapia de sustitución renal los médicos indican que dependen de las características patológicas que presenta el paciente y esto se debe al equilibrio hídrico, el estado de nutrición, etc. Esto genera la controversia sobre la dosis que se debe administrar, según Ronco (12, 2) recomienda una “dosis más alta es de más de 40 ml/Kg/h” pero según Navas (13, 540 -547) “recomiendan dosis de 35ml/Kg/h”, por lo que antes de administrarse la dosis, el ERC debe tener las “condiciones clínicas y resultados bioquímicos y metabólicos adecuados”. Cuando el paciente está en terapia intensiva, necesita de la terapia de sustitución renal, debe cumplir con los pasos básicos para su programación debe Determinar la modalidad que va a utilizar de acuerdo con la enfermedad.

5.5 Terapia de sustitución renal continúa vs hemodiálisis intermitente

Cuando se describe lo que es la terapia de reemplazo renal continua, es la modalidad de soporte renal común en los pacientes con enfermedad renal aguda en terapia intensiva, es necesario establecer que no en todos los centros asistenciales cuentan con esta modalidad de tratamiento; pero si cuentan con equipo de hemodiálisis intermitente; Cabe señalar: que “no existen diferencia de mortalidad cuando se usa terapia para hemodiálisis intermitente”, solo se han documentado que existe un mayor beneficio en aquellos pacientes que son inestables y ellos se

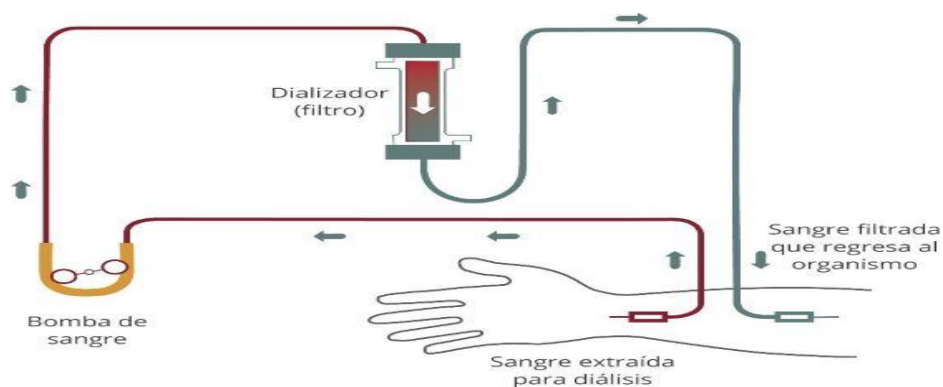
mantienen mejor es términos hemodinámicos; a diferencia cuando utilizan el equipo de hemodiálisis intermitente.

5.6 Tipos de tratamiento dialítico

5.6.1 Hemodiálisis

En el 2022, National Institute of Diabetes and Digestive and kidney Diseases (4,2) argumenta que la hemodiálisis puede reemplazar parte de la función renal, por medio del paso de la sangre a través de un filtro fuera del organismo y regresa filtrada. Lo que permite que se filtre la sangre para eliminar las toxinas y el exceso de líquidos, ayude con el control de la presión arterial y a equilibrar los electrolitos importantes en la sangre como el potasio, el sodio y el calcio. Como se sabe la hemodiálisis no es una cura para la enfermedad renal, pero genera una ayuda al paciente a sentirse mejor y vivir más tiempo, para esto el paciente debe generar cambios en su estilo de vida, en sus hábitos alimenticios y una adherencia al tratamiento médico, así como también limitar la cantidad de agua que ingiere ya sea por líquidos o alimentos.

Imagen No.1 Recreación de un proceso de hemodiálisis donde se bombea sangre a través de un filtro hacia fuera del organismo



FUENTE: National Institute of Diabetes and Digestive and kidney Diseases/2022

INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino.
Maestrante

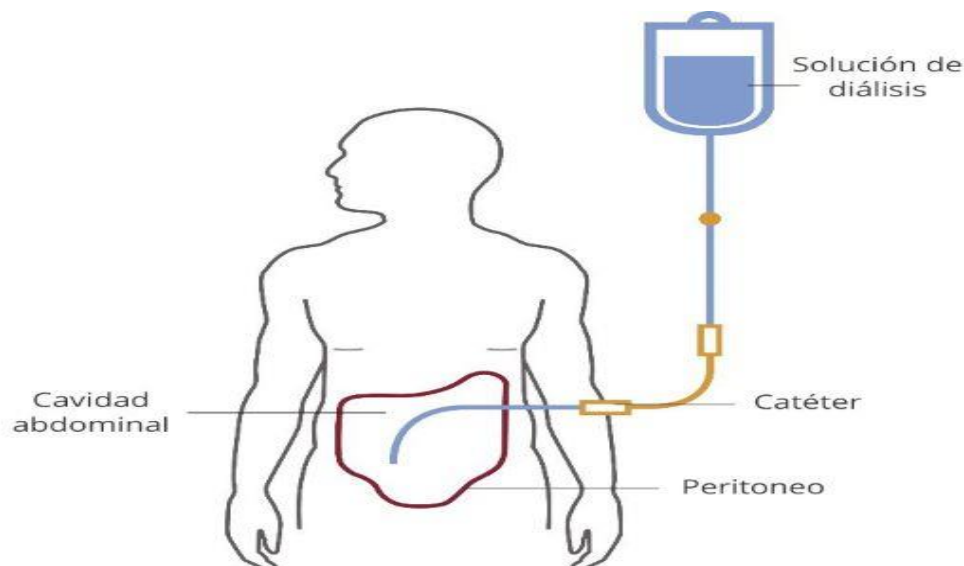
5.6.2 Diálisis peritoneal

En el 2022, National Institute of Diabetes and Digestive and kidney Diseases (4,3) señala que en este tipo de tratamiento dialítico se utiliza el peritoneo que rodea la cavidad abdominal para

filtrar las toxinas y el exceso de líquido del organismo. El paciente tendrá que someterse a una pequeña cirugía para colocar el catéter en el abdomen unas cuantas semanas antes de comenzar la diálisis peritoneal. El paciente vaciará la solución de diálisis de una bolsa plástica al abdomen a través del catéter, al realizar esto se desconectara el catéter de la bolsa para poder moverse y realizar todas sus actividades. Al permanecer la solución de diálisis dentro del abdomen, absorberá las toxinas y el exceso de líquido que se encuentra dentro del organismo. Después de unas horas, el paciente tendrá que drenar la solución de diálisis usada a través de otro tubo a una bolsa de drenaje, hay dos tipos de opciones de diálisis peritoneal:

- la Diálisis peritoneal ambulatoria continua: la cual permite un intercambio que dura alrededor de 30 a 40 minutos, y la mayoría de las personas necesitan hacer cuatro intercambios por día.
- Diálisis peritoneal automatizada: lo realiza por medio de una maquina cicladora para realizar de tres a cinco intercambios por noche mientras el paciente duerme.

Imagen No.2 Recreación de una diálisis peritoneal en casa



FUENTE: National Institute of Diabetes and Digestive and kidney Diseases/2022

INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino.
Maestrante

Cuadro No.3 En el 2022, Sellarés (1,2-3) resume las ventajas y desventajas de la Diálisis Peritoneal con respecto a la Hemodiálisis

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Menos restricciones dietéticas	Presencia de un catéter abdominal
Mejor control de la fosforemia y del hiperparatiroidismo	Riesgo de peritonitis
Mejor control de la acidosis	Peor control del colesterol y triglicéridos
Mejor control de la anemia	Empeoramiento de la vasculopatía periférica
Menos cambios del volumen extracelular	Requiere apoyo familiar - especialmente en pacientes con limitaciones físicas - y unas condiciones básicas de higiene y espacio físico en su casa.
Mayor preservación de diuresis residual	

FUENTE: Sociedad Española de Nefrología/ 2022

INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino.
Maestrante

La fistula arterio-venosa (FAVI) debe planificarse y realizarse con 2-3 meses de anticipación a la previsible realización de diálisis. Para implantar el catéter peritoneal se necesitara de 1-2 meses de antelación.

Cuadro No.4 Situaciones en la que se puede colocar de forma urgente la diálisis peritoneal

1. Posibilidad de colocar un catéter peritoneal de urgencia dentro de las 48 horas.
2. Personal capacitado para el uso del catéter inmediatamente después de la colocación.
3. Apoyo gerencial para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
4. Identificar candidatos apropiados para inicio urgente de diálisis peritoneal.
5. Utilización de protocolos en cada paso del proceso de inicio urgente (selección hasta un seguimiento apropiado después del alta).

FUENTE: Sociedad española de Nefrología/2022

INVESTIGADO POR: Dra. Ericka Chusino
MAESTRANTE

Cuando se indica el inicio de una terapia dialítica se deberá registrar de forma rutinaria en el historial del paciente, además de dejar información sobre el comienzo electivo versus no planificado de la diálisis. Por lo tanto, esto resultaría útil para poder comprender el espectro

de síntomas que provocan el inicio temprano de la diálisis para proporcionar una mayor claridad con respecto al comienzo óptimo.

5.7 Promoción de salud

La promoción de la salud es un medio por el cual las personas tienen la capacidad de aumentar el control sobre su salud para mejorarla, serán acciones destinadas a aumentar las habilidades y capacidades de los pacientes, pero va más allá de la parte individual, sino que también asegura un entorno social, físico y político que promueva la salud.

Por este motivo con este concepto de promoción de salud se busca que el proceso de información y de elección de la modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica constituye un derecho del mismo; por lo tanto, esto constituye una etapa clave para el tratamiento de la persona que padece dicha enfermedad. Elección que influirá posteriormente en su estilo y calidad de vida del paciente, así también el de sus cuidadores. Es decir, que de acuerdo a la Ley básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la elección de la modalidad de tratamiento de diálisis, esté o no en programación, ya sea en corto o largo plazo tiene que hacerla el paciente en todos los casos; además se debe incluir un consentimiento informado o similar que garantice la información científica para la asimilación o comprensión del conocimiento necesario por parte del paciente, para que tome una decisión consciente del tratamiento dialítico que mejor se adecue a su estilo de vida.

5.8 Preferencia de tratamiento dialítico

Dependiendo de las preferencias del paciente y de las circunstancias, se podría optar por un tratamiento agresivo de medidas médicas no dialíticas para el manejar los síntomas en la ERC

avanzada antes de iniciar la diálisis. En el 2020, Lock (8,3) señala un ejemplo adulto mayor de 60 años, con disminución en el eFG relativamente lento, con niveles bajos de albumina en orina y en ausencia de lesión renal aguda entendiendo que tiene mayor riesgo de morir antes de iniciar diálisis, se opta por el tratamiento antes mencionado. De hecho, del 20% al 35% de los pacientes mayores ERC G4-G5 mueren antes de llegar a diálisis, además los pacientes mayores tienen una menor probabilidad de supervivencia en los 90 días después de iniciar la diálisis; Para esta toma de decisiones debe incluir una planificación previa que debería estar conformada por discusiones individualizadas sobre el curso clínico, los objetivos del tratamiento y las preferencias del paciente, además de cuáles son las opciones de tratamiento médico sin diálisis, que cuidados de apoyo y / o medidas de confort puede recibir, así como también los cuidados paliativos, cuando sea apropiado, ya que el mismo afectará su calidad de vida.

Lo que se desea obtener es que, en el inicio del tratamiento dialítico, para estos pacientes con enfermedad renal crónica no genere un ambiente traumático. Y debe considerarse que en ocasiones el paciente rechaza esta terapia porque no sentirse suficientemente enfermo, adaptándose a la sintomatología, teniendo una sensación subjetiva de bienestar, pero no se debe retrasar el inicio de la diálisis en estos casos. En ocasiones se debe realizar tratamiento dialítico inminentemente el cual se denominaría “Urgente” que debe realizarse en menos de 48 horas después de la presentación, que permitiría corregir manifestaciones potencialmente mortales, en contraparte tenemos que los no urgentes son aquellos en los que puede demorarse más de 48 horas después de la presentación los mismo que pueden ser planificados es decir elegidos sin tener la necesidad de realizar de forma inminente el tratamiento dialítico y tienen listo el acceso por la modalidad optada. Los no planificados “Urgentes” no tienen un acceso vascular o peritoneal, requiere hospitalización y no es la de elección del paciente que terapia dialítica tendrá.

Según Lock (8,4) tanto en la hemodiálisis como en la diálisis peritoneal es posible un inicio urgente o no urgente, tenemos que en los pacientes que requieren diálisis urgente en las situaciones de hiperpotasemia, sobrecarga de volumen o uremia avanzada, no se utiliza diálisis peritoneal; por lo que pueden existir circunstancias en las que una modalidad de tratamiento dialítico pueda estar contraindicada, tenemos un claro ejemplo de la obesidad en la diálisis peritoneal pero cuando estas no existan y se puede dar un enfoque al paciente para la toma de decisiones en cuanto a la elección de modalidad de terapia sustitutiva renal, porque esta debe ser compartida y tener participación del paciente; esto puede mejorar los resultados.

Para elegir la modalidad de tratamiento dialítico debe ser una toma en conjunto del equipo de atención médica, pacientes, y sus cuidadores, es necesario las discusiones sobre las opciones e implicaciones, aunque también se debería incluir después de la urgencia médica a la personas que comenzaron la diálisis de manera no planificada, dándole la opción de seguir o no con el tratamiento dialítico escogido, lo que se desea es involucrar al paciente al elegir la modalidad de diálisis, conociendo sus objetivos de atención, recursos de política sanitaria local, capacidades del servicio de salud en cuanto a infraestructuras y personal médico .

En el 2020, Lock (8,2) indica que después de que un paciente comienza el tratamiento dialítico, el equipo de atención médica debe brindar apoyo continuo para optimizar los beneficios para la salud de la modalidad seleccionada. Después de la diálisis peritoneal o la hemodiálisis en el hogar se puede generar un cansancio temprano posterior a la misma, debido a problemas mecánicos del catéter, infecciones o manejo en un centro pequeño. Anticipar y prevenir estos factores modificables es de suma importancia, ya que genera confianza del paciente en el manejo de la diálisis.

5.9 Asesoramiento sobre la modalidad de terapia sustitutiva renal

El asesoramiento para la modalidad de terapia sustitutiva renal debe basarse en el riesgo, ser iterativo y centrado en el paciente, adaptado a su entorno cultural, conocimientos en salud, necesidades psicosociales y emocionales, teniendo en cuenta si el individuo presenta o no deterioro cognitivo.

Según Eckardt (2, 1) señala que la "Renal Physicians Association" ha publicado pautas sobre las circunstancias en las que renunciar a la diálisis puede ser apropiado. Aunque el beneficio de iniciar terapia sustitutiva renal disminuye con la edad, la edad avanzada per se no debe considerarse una contraindicación para la misma; de hecho, los participantes de la conferencia difieren en cuanto a la recomendación de Renal Physicians Association de renunciar en general diálisis en pacientes de > 75 años con pronóstico malo, ellos señalan en que debería ser un enfoque más individualizado, teniendo en cuenta las preferencias y valores del paciente junto con el pronóstico. En el 2020, Bueno (6,2) menciona que la calidad de vida se ve francamente afectada cuando aparecen complicaciones del tratamiento dialítico, aunque sean propias de la enfermedad renal crónica, aquí mencionaremos algunas complicaciones:

Hemodiálisis: embolia gaseosa, relacionadas al acceso vascular, hipotensión (la más frecuentes), hipertensión, arritmia, infarto de miocardio, pericarditis y muerte cardiaca súbita, cefalea y eventos cerebrovasculares, trombocitopenia inducida por heparina y diátesis hemorrágica, desbalance de potasio, sodio y calcio, hemólisis que puede encaminar a un síndrome de reacción hemolítica aguda y neutropenia.

Diálisis Peritoneal: Obstrucción o la migración del catéter, las eventraciones y las fugas de líquido, hemorragia (ya sea en el sitio de punción o perforación de vasos sanguíneos),

perforación intestinal (asa intestinal adherida al peritoneo anterior o íleo paralítico.), perforación de vejiga, perforación de útero (debido a penetración del catéter u otra patología), insuficiencia respiratoria (elevación del diafragma o distensión abdominal), dolor abdominal (por distensión del peritoneo), dificultad al introducir la solución para diálisis, dificultad para recuperar la solución dializada. Estas personas que presentan durante el tratamiento dialítico, alguna complicación va a percibir su calidad de vida como mala, ya que los relacionan con los ingresos hospitalarios por infecciones, entre las complicaciones más habituales son alteraciones de la presión arterial, infección del acceso vascular y cefalea.

En el 2020, Blasco (5,2) argumenta que el conocimiento de la enfermedad y la capacidad de hacer frente a las consecuencias que de ella derivan es un valor que contribuye a mejorar la autopercepción de salud en pacientes con enfermedad renal crónica. La asistencia sanitaria debe ser enfocada al tratamiento curativo o paliativo y la prevención de complicaciones, que generen una mejora de la calidad de vida global de las personas con estos padecimientos.

5.10 Cuadro No.5 Recomendaciones de investigación para la toma de decisiones compartida para la terapia sustitutiva renal, evaluar formas óptimas de entregar información a personas y familiares con enfermedad renal crónica.

¿El suministro de datos de pronóstico altera la toma de decisiones?
¿Cuáles son las razones de la variación en la aceptación de los programas de diálisis o trasplante?
¿Por qué es alta la morbilidad y la mortalidad en los primeros 3 meses de iniciar la hemodiálisis y se puede modificar?
¿Existe un enfoque óptimo para el inicio de la diálisis para reducir la morbilidad y la mortalidad?
¿Puede tenerse en cuenta la comorbilidad en el informe de los resultados renales?
Poner mayor énfasis en la recopilación de resultados de KRT centrados en el paciente, incluida la calidad de vida, la carga de síntomas, la función física y cognitiva, y las cargas financieras y del cuidador.
¿Pueden recopilarse de manera uniforme las razones para comenzar la diálisis para mejorar la comprensión de la variabilidad en el momento del inicio de la diálisis?
CKD, enfermedad renal crónica; KRT, terapia de reemplazo renal.

FUENTE: Sociedad española de Nefrología Granada/2022

INVESTIGADO POR: Dra. Ericka Chusino Pincay
MAESTRANTE

5.11 Educación y apoyo al paciente

Las ayudas educativas son esenciales para que los pacientes puedan comprender mejor la enfermedad renal, comprender cuales son los tratamientos disponibles en caso de un deterioro completo de la función renal para que ellos puedan mantener una sensación de control y compartir información con miembros de la familia y / o cuidadores. A medida que avanza la enfermedad debe ir explicándose las terapias de tratamiento dialítico que podrían incluir recorridos o videos con entrevistas de pacientes usando las diferentes modalidades, claro está en ausencia de contraindicaciones para cualquiera de las formas de tratamiento dialítica, ésta debe estar disponible para todos los pacientes incluyendo: hospitalizados o sin asesoría de un nefrólogo antes de comenzar la diálisis.

6. Metodología y diseño de la investigación

6.1 Tipo de estudio Área de estudio Universo y muestra

La presente investigación correspondió a un estudio No experimental de corte transversal, con enfoque descriptivo. Es un estudio transversal por que no se manipuló las variables, se las analizó en su ambiente natural en donde se desarrolla y la recolección de datos se la obtuvo en un único momento cuando se aplicó la encuesta. Esta experiencia científica está basada dentro del enfoque descriptiva porque permite describir detalladamente la preferencia de criterios que motivan a los pacientes renales a decidir qué tipo de tratamiento deben elegir, busca abstraer de una realidad concreta y vivencial, una forma teórica que ofrece detalles de cada uno de esos factores, que condicionan estas decisiones. Por ende, esta investigación se ejecutó en un lugar real y determinado: en la población que tienen insuficiencia renal crónica y que están en un tratamiento de sustitución renal.

Para la elaboración del contexto teórico se elaboró una base de datos, seleccionándose artículos los mismos que fueron escogidos a través de los repositorios digitales: Dialnet, Scielo, PubMed, Redalyc, Web of Science, catálogos de bibliotecas universitarias revisados como Repositorios Institucional de la Universidad de Guayaquil y ULEAM; Google Scholar y Biblioteca Cochrane. Se utilizó buscadores Booleanos de literatura científica aplicando los tres operadores básicos: AND, OR y NOT y así, obtener la información relevante y acorde al tema de investigación; para la búsqueda de la información se utilizó:

6.1.1 Criterio de Inclusión:

Se incluyeron aquellos pacientes que tenga indicación de tratamiento dialítico, en edades comprendida entre 18 a 65 años.

6.1.2 Criterio de exclusión:

Se excluyeron aquellos pacientes con contraindicaciones de diálisis peritoneal (obesidad, adherencias quirúrgicas entre otras.), y también aquellos que tengan criterios para diálisis, pero no se están realizando aún la terapia dialítica.

6.2 Población y Muestra

Población la conformó el grupo de 50 pacientes que se están realizando la terapia dialítica, en edades superiores a 18 y menores a 65 años.

6.2.1. Delimitación de la población

En el presente estudio se consideraron los datos de 31 pacientes con enfermedad renal crónica que se realizan terapia dialítica de dic 2021 a mayo 2022 que se realizan hemodiálisis o diálisis peritoneal.

6.2.2. Tipo de muestra

La Muestra es el 60 % de la población, que corresponde a 31 pacientes en edades comprendida de 18 a 65 años de ambo género. La muestra fue seleccionada aplicando la selección de muestreo a conveniencia, se consideraron aquellos pacientes que ingresaron al área de nefrología para su tratamiento dialítico, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

6.3 Proceso de selección

Se seleccionaron y clasificaron los pacientes en base a la edad, sexo, lugar de procedencia, etapa de la enfermedad y que están en tratamiento dialítico en un centro asistencial en la ciudad de Portoviejo. De preferencia se analizaron aquellos casos que ingresaron con enfermedad renal crónica.

6.4 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Aplicación de la encuesta en línea, se les hizo llegar el consentimiento informado sobre la aplicación de esta encuesta, la misma que esta versada a la problemática y consecución de los objetivos del estudio, fue aplicada a los pacientes que están en tratamiento dialítico, además se les garantizó el derecho del anonimato y al retiro voluntario. Todo esto en cumplimiento a la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y el instrumento fue Validado por Especialista en el área de Nefrología de los diferentes centros asistenciales.

6.5 Tabulación y Análisis: Procedimiento: Aceptación del cuestionario en línea

Grafico No.1 Aceptación de la encuesta en línea



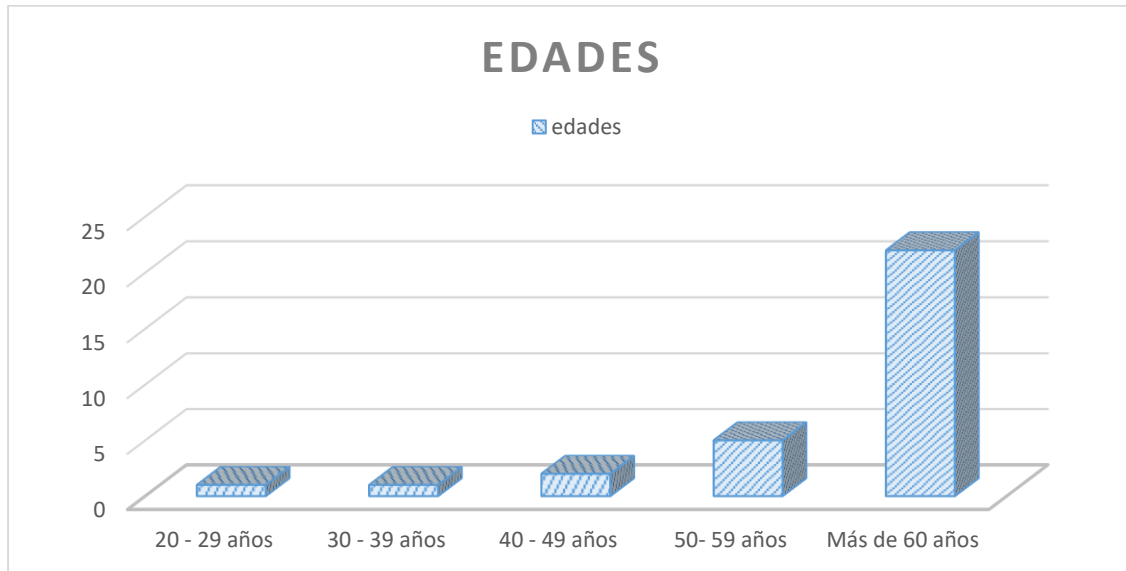
FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022
INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

Se Aplicó la encuesta a 31 pacientes, que corresponde al 100% de los pacientes quienes respondieron en forma libre y voluntaria. Alcanzándose la aceptación del cuestionario. Las preguntas estuvieron direccionada a la problemática, logrando la consecución de los objetivos planteados en el estudio, además se les garantizó el derecho del anonimato como al retiro voluntario durante su ejecución.

Características sociodemográficas

Pregunta No.1 ¿Seleccione el grupo en donde se encuentra su edad?

Grafico No.2 Edades de los pacientes



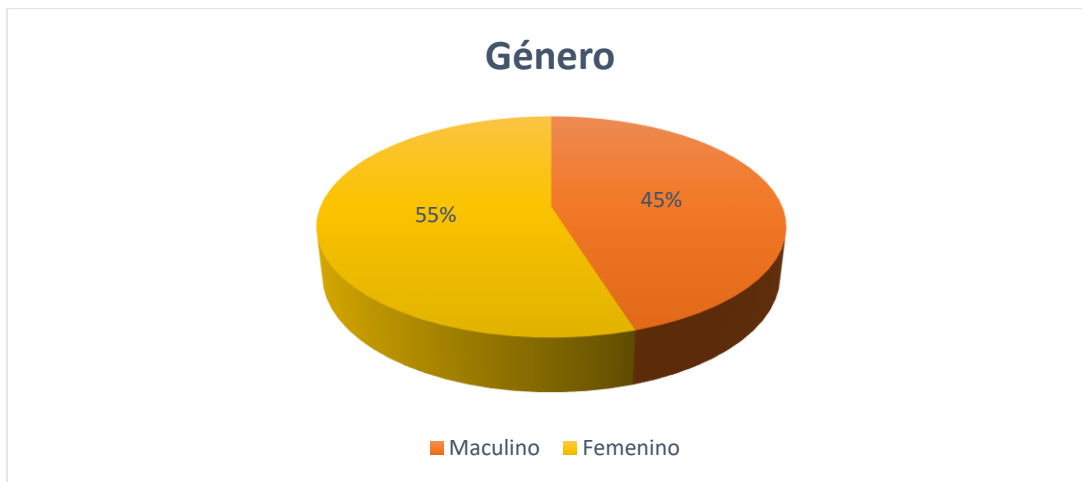
FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022
INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

De los 31 pacientes que formaron parte del estudio, la edad que mayor porcentaje fue de más de 60 años en un 71.0%, seguido de un 16.1% en edades comprendida entre 50 a 59 años; 2 pacientes en un 6.5% que corresponden a la edad de 40 a 49 años, de la edad de 30-39 y 20 29 ambos en un 3.2% siendo 1 de cada grupo de año.

Como resultado se obtiene que en una escala de mayor rango que forman la muestra de estudio está entre la edad de 60 a más años y de 50 a 59 años en un total de 87%.

Pregunta No. 2 ¿Con qué género se identifica?

Grafico No.3 Género de los pacientes



FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022
INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

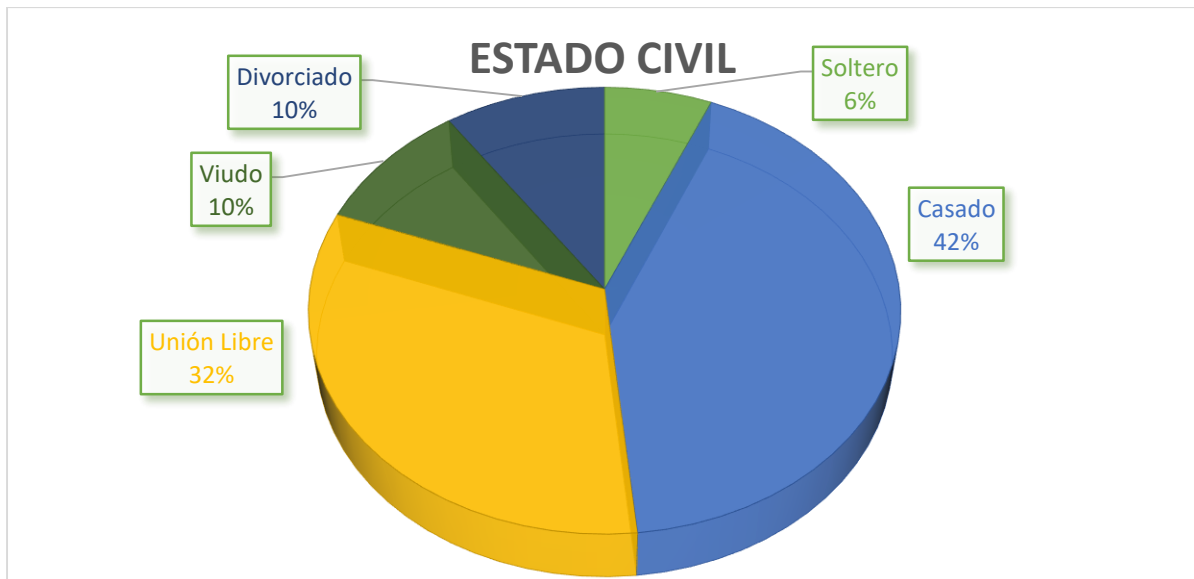
De los 31 pacientes que formaron parte del estudio, 17 son del sexo femenino en un 55% y 14 son masculinos en un 45%, se concluye que del grupo de participantes que se realizan el tratamiento dialítico, el género que más prevaleció fue de las mujeres en un 55%.

Pregunta No.3 ¿Cómo se autoidentifica en su etnia?

De los 31 pacientes que formaron parte del estudio, 25 pacientes se consideran Mestizo en un 80.0%, 4 se consideran Montubio en un 12.9%, y 1 paciente para cada grupo étnico entre blanco y afrodescendiente en un 3.2% se consideran entre ambas etnias. Se concluye que la etnia que prevalece en este estudio es la mestiza seguida del montubio, con una suma de porcentaje del 93%.

Pregunta No.4 ¿Cuál es el estado civil?

Gráfico No.4 Estado civil



FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022
INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

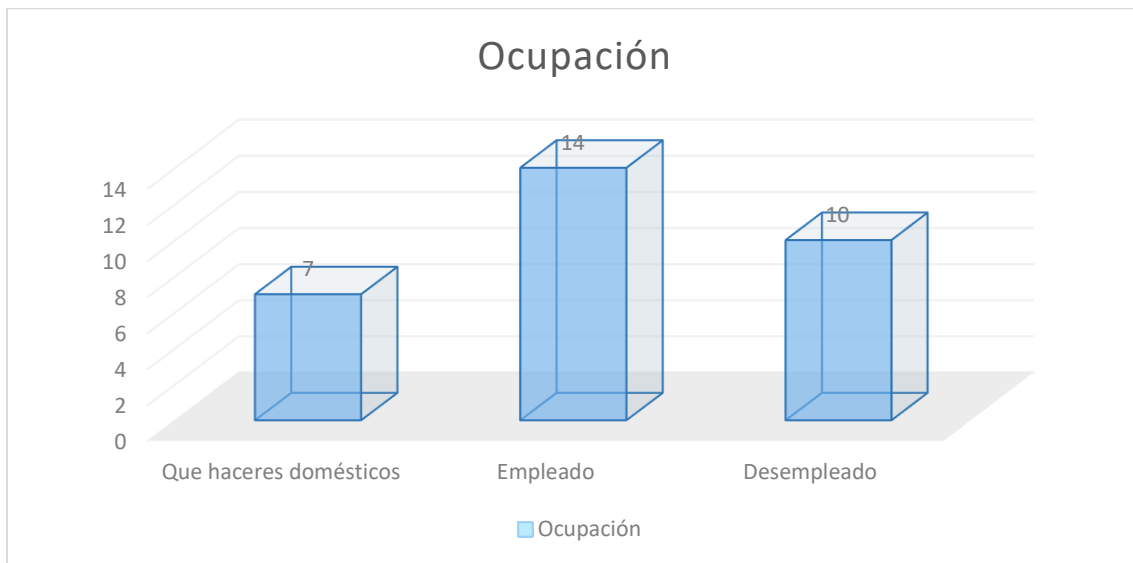
De los 31 pacientes que forman parte del estudio, 13 pacientes indican que son casados en un 42%, unión libre 10 en 32%; 3 viudos/as en un 10%; 3 están divorciados en igual porcentaje y 2 solteros con un 6%. Como se puede observar la mayoría de los pacientes que realizaron la encuesta se encuentran casados o en unión libre.

Pregunta No.5 ¿Hasta qué nivel estudió?

Sobre la interrogante de hasta qué nivel de estudio tenemos que de los 31 pacientes que forman parte del estudio, 12 tienen estudios secundarios en un 39%; 8 tienen educación superior en un 26%; 6 tienen educación primaria en un 19% y 5 son Técnicos en un 16%, esto da como resultado que 20 de 31 participantes tienen una instrucción formativa secundaria y superior.

Pregunta No.6 ¿Cuál es su ocupación?

Gráfica No.5 Ocupación

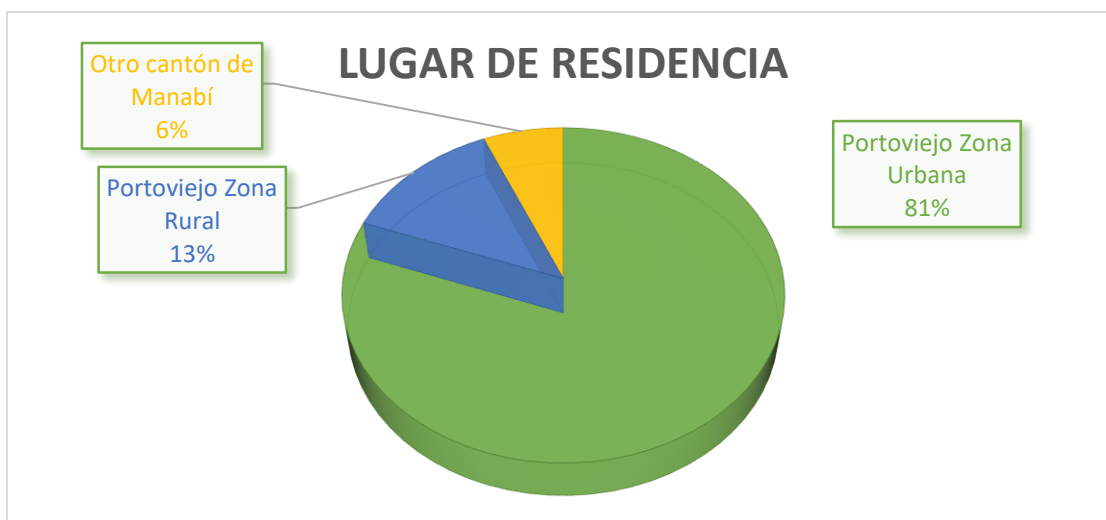


FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022
INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

Sobre el ítem de cuál es su ocupación tenemos que los 31 paciente, 14 se encuentran empleados dando un porcentaje 45%, 10 están en desempleo en un 32%; y los otros 7 realizan que haceres domésticos en un 23%, concluimos que la mayoría de los participantes se encuentran empleados.

Pregunta No.7 ¿En qué lugar reside?

Gráfico No.6 Lugar de residencia.



FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022
INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

Con respecto al lugar de residencia de los pacientes que formaron parte de la encuesta; tenemos que el 81% viven en el sector Urbano de Portoviejo es decir 25 de 31 pacientes; 4 son del sector Rural de Portoviejo con un 13%, y por último un 13% vive en otro cantón de Manabí, se concluye que la mayoría de los pacientes residen en la zona Urbana del cantón Portoviejo.

Pregunta No.8 ¿Qué tiempo lleva realizándose diálisis

Gráfico No.7 Tiempo realizándose diálisis



FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022

INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

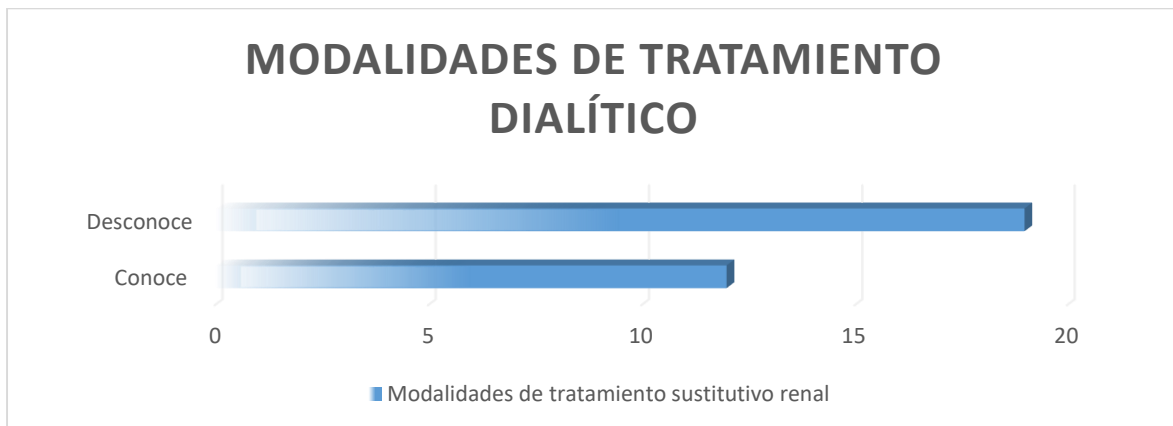
De los 31 pacientes que formaron parte del estudio, 22 indicaron que se realizan Diálisis más de 5 años en un 71%; 7 indicaron que tienen más de 1 año en un 23%; 2 indican realizarse Diálisis menos de 1 año en un 6%. La mayoría de los encuestados llevan realizándose diálisis más de 5 años.

Pregunta No.9 ¿Sabía Ud. ¿Lo que era una Diálisis antes de realizarla?

En relación a la inquietud si conocía lo que es una diálisis antes de que tuviera que realizársela, de los 31 pacientes que formaron parte de la encuesta; 26 dijeron que No conocían lo que corresponde a un 84%; y 5 dijeron que Sí en un 16%.

Pregunta No.10 ¿Conoce cuáles son las modalidades de tratamiento dialítico que existen?

Gráfico No.8 Modalidades de Tratamiento dialítico



FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022
INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

De los 31 pacientes que formaron parte de la encuesta, 19 indicaron que desconocen cuáles son las modalidades tratamiento dialítico existen en un 61%; 12 indicaron que conocen las modalidades de diálisis en un 39%. Como se puede observar un gran desconocimiento por parte de los pacientes que se realizan diálisis sobre las otras formas de tratamiento sustitutivo renal.

Pregunta No.11 ¿Tuvo el conocimiento necesario para tomar la decisión de tratamiento dialítico?

Gráfico No.9 Grado de conocimiento antes de la toma de decisión de tratamiento dialítico a escoger.



FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022
INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

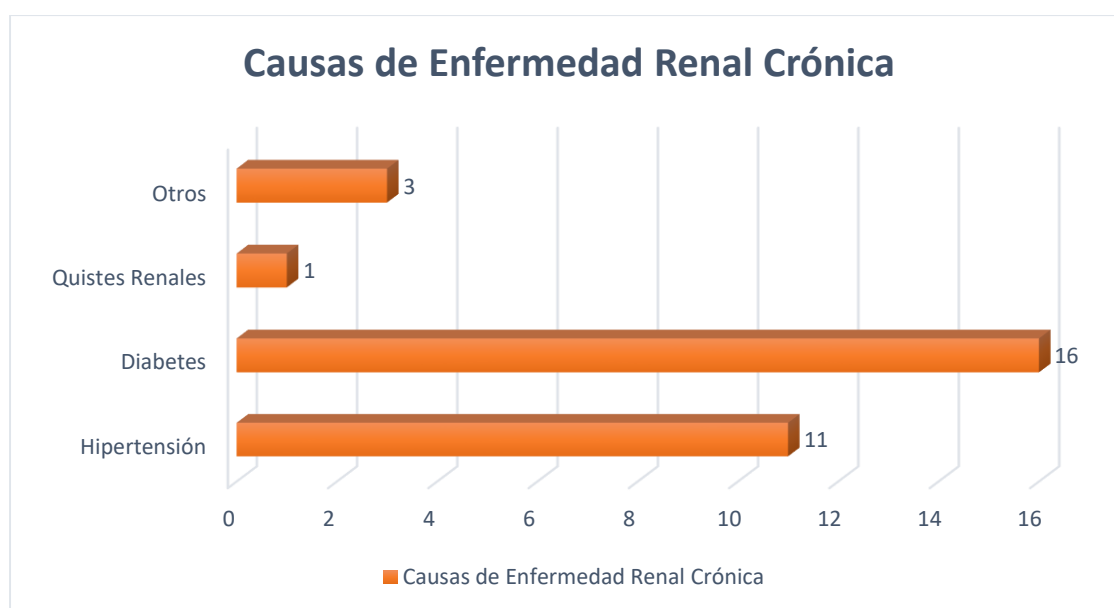
Sobre el ítem que abarca del grado de conocimiento que tuvo antes de escoger la modalidad de diálisis 23 de los 31 pacientes que formaron parte de la encuesta indicaron que tuvieron Poco conocimiento para la toma de decisión de tratamiento dialítico en un 74%; 5 indicaron que tuvieron mucho conocimiento antes de la toma de decisión de modalidad de diálisis lo que corresponde al 16%; como se observa hay la mayoría de los pacientes consideran que tuvieron escaso conocimiento ante de una toma de decisión muy importante.

Pregunta No.12 ¿Conoce que es Hemodiálisis?

Con respecto a la interrogante si tienen o no conocimiento sobre que es la Hemodiálisis, 25 indican que Conocen sobre lo que es lo antes estipulado, correspondiendo a un 81%; 6 en cambio indican que, No Conocen sobre este tipo de tratamiento es decir un 19%, lo que muestra un amplio conocimiento sobre la Hemodiálisis.

Pregunta No.13 ¿Cuáles fueron las causas que le llevaron a la Enfermedad renal Crónica?

Gráfico No 10. Causas de la Enfermedad Renal Crónica

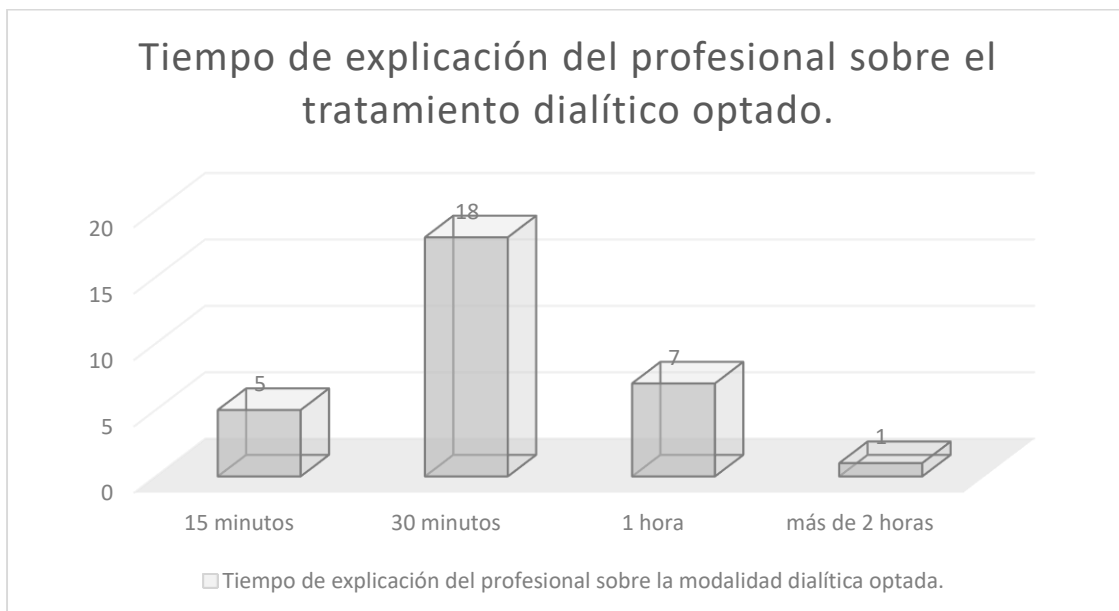


FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022
 INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

En este ítem abarca sobre las causas que los llevaron a la Enfermedad Renal Crónica a los 31 pacientes encuestados, de estos 16 pacientes indicaron diabetes como etiología es decir el 52%; 11 de ellos tenía hipertensión como patología de base en un 35%; 3 por otras causas que corresponden a un 10% y por ultimo un 3% por quistes renales, tenemos que la causa en un 87% fue Diabetes e Hipertensión.

Pregunta No. 14 ¿Qué tiempo se llevó el especialista para explicar tratamiento dialítico?

Gráfico No. 11 Tiempo de explicación del profesional sobre el tratamiento dialítico optado.



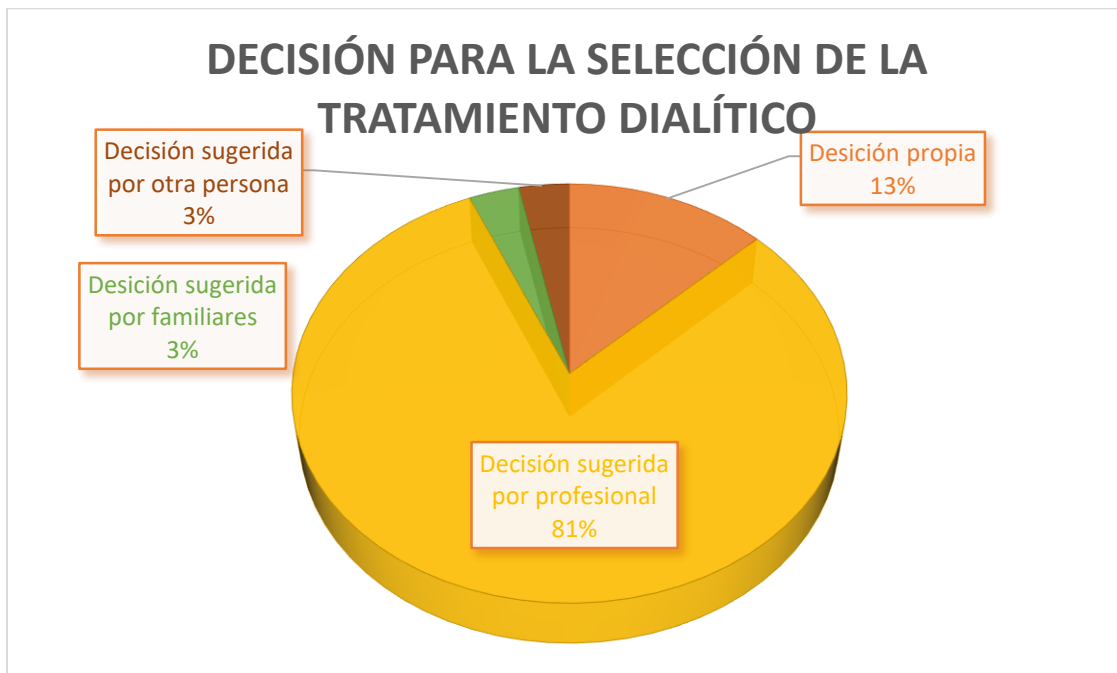
FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022

INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

En relación a la interrogante de la duración de la explicación del profesional sobre el tratamiento dialítico por la cual optaron, de los 31 pacientes que formaron parte de la encuesta; 18 indican que el especialista se demoró 30 minutos para explicarle esto en un 58%; 7 indicaron que se demoró 1 hora esto en un 23%; 5 indicaron que el profesional tardó 15 minutos esto en un 16%; 1 expresaron que demora más de dos horas, correspondiendo a 3%. Se concluye que la explicación en su mayor porcentaje vario entre media hora a una hora con un 81% en total.

Pregunta No.15 ¿Decisión para la selección de tratamiento dialítico fue?

Gráfico No.12 Decisión para la selección de tratamiento dialítico.



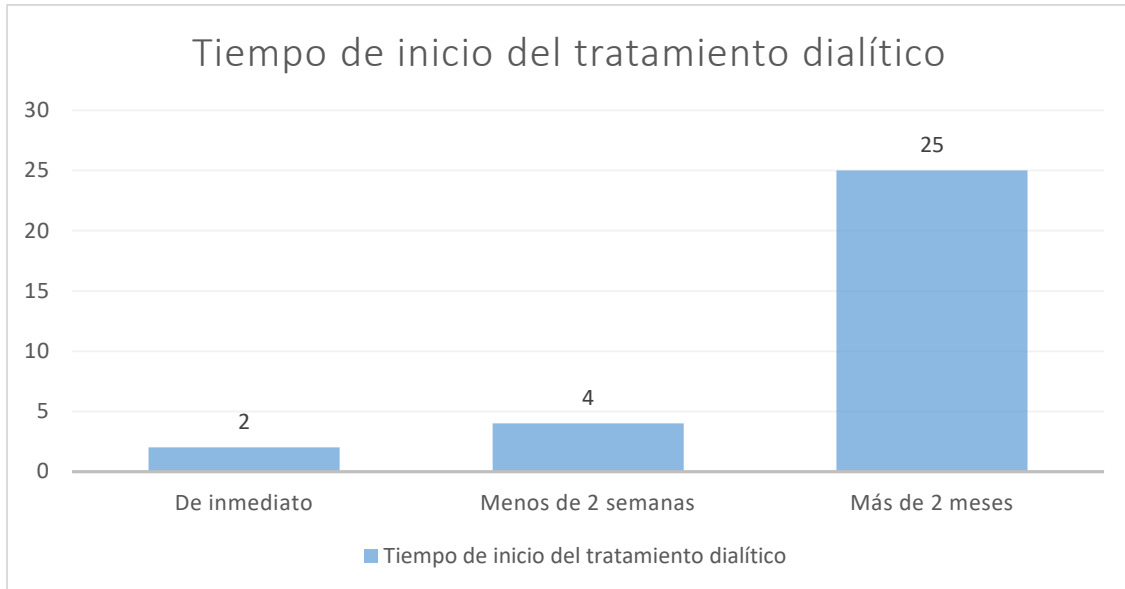
FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022

INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

Aquí se abarco sobre quien tomó la decisión para seleccionar la modalidad de tratamiento dialítico, de los cuales de los 31 pacientes que formaron parte de la encuesta; 25 optaron por seleccionar la modalidad sugerida por su especialista, correspondiendo a un 81%, 4 indicaron que decidieron la modalidad de forma propia esto en un 13%; 1 persona opto por la sugerencia de un familiar, de igual forma 1 persona opto por la sugerencia de otra persona, se concluye que la mayoría de personas al seleccionar la modalidad de diálisis optaron por la guía de un especialista.

Pregunta No.16 ¿En qué tiempo inició el tratamiento dialítico una vez que el especialista le informó que necesitaba una terapia sustitutiva renal?

Gráfico No. 13 Tiempo inicio el tratamiento dialítico



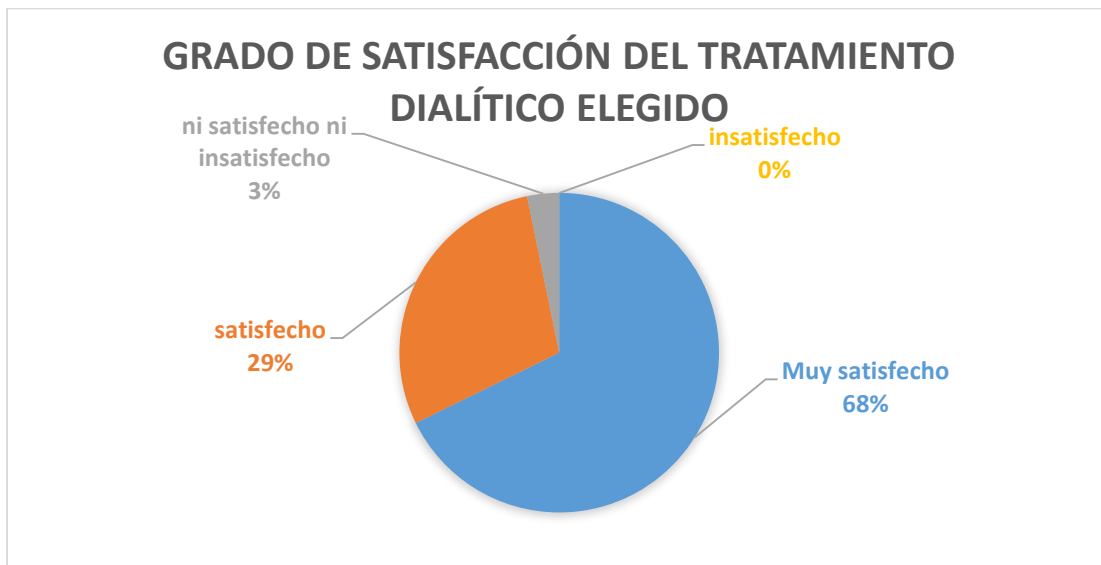
FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022

INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

En este ítem se cuestionó sobre el tiempo de inicio de la terapia dialítica después de que el especialista le explico que necesitaba una terapia sustitutiva renal, de los 31 pacientes que formaron parte de la encuesta; 25 indicaron que le llevo más de dos mes iniciar el tratamiento dialítico elegido lo que corresponde a un 80%, seguido de un 14% que recalcaron en menos de dos semanas siendo su equivalente a 4 pacientes, seguido de un 6% que lo hizo de inmediato.

Pregunta No. 17 ¿Establezca el nivel de satisfacción en su tratamiento dialítico?

Gráfico No. 14 Grado de satisfacción del tratamiento dialítico elegido



FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022
INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

Sobre la interrogante sobre el nivel de satisfacción de los 31 pacientes que formaron parte de la encuesta de los cuales 21 indicaron estar muy satisfechos con el tratamiento dialítico elegida es decir un 68%, seguido de un 29% que se encuentra satisfecho es decir 9 pacientes, y un 3% que se encuentra en posición neutral, como se observa ninguno de los participantes refiere algún grado de insatisfacción.

Pregunta No. 18 ¿Considera usted que el tratamiento dialítico ha mejorado su calidad de vida?

De los 31 pacientes que formaron parte de la encuesta; 26 indicaron que Si consideran que el tratamiento dialítico ha mejorado su vida esto en un 84%; 5 indicaron que No les ha mejorado su calidad de vida en un 16%. Aquí se puede observar que por parte de los pacientes que se realizan terapia dialítica ay una gran apreciación de que mejoró en algo su calidad de vida.

Pregunta No. 19 ¿Desde qué inicio el tratamiento dialítico ha recibido apoyo emocional o cualquier tipo por parte de su familia?

De los 31 pacientes que formaron parte de la encuesta; 28 indicaron que desde que iniciaron su tratamiento dialítico si han recibido apoyo familiar lo que equivale a un 90%; y 3 pacientes seleccionaron que no han recibido es decir en un 10%, lo que se concluye que desde que realizan este tipo de procedimientos el 90% cuentan con un apoyo por parte de la familia.

Pregunta No. 20 ¿Desde qué inicio la terapia dialítica por parte de quién obtuvo usted ese apoyo?

En este ítem se cuestiona por parte de persona ha recibido ese apoyo al iniciar la terapia dialítica de los 31 pacientes que formaron parte de la encuesta; 15 indicaron que tuvieron el apoyo de sus hijos en un 48%; 9 indicaron que tuvieron el apoyo de su esposa en un 29%; 4 indicaron de sus hermanos en un 13%; 2 indicaron que les dio el apoyo sus amigos en un 7% y 1 fue por sus nietos en un 3%.

Pregunta No. 21 ¿Recibió valoración psicológica antes de iniciar el tratamiento dialítico?

Gráfico No. 15 Valoración Psicológica.

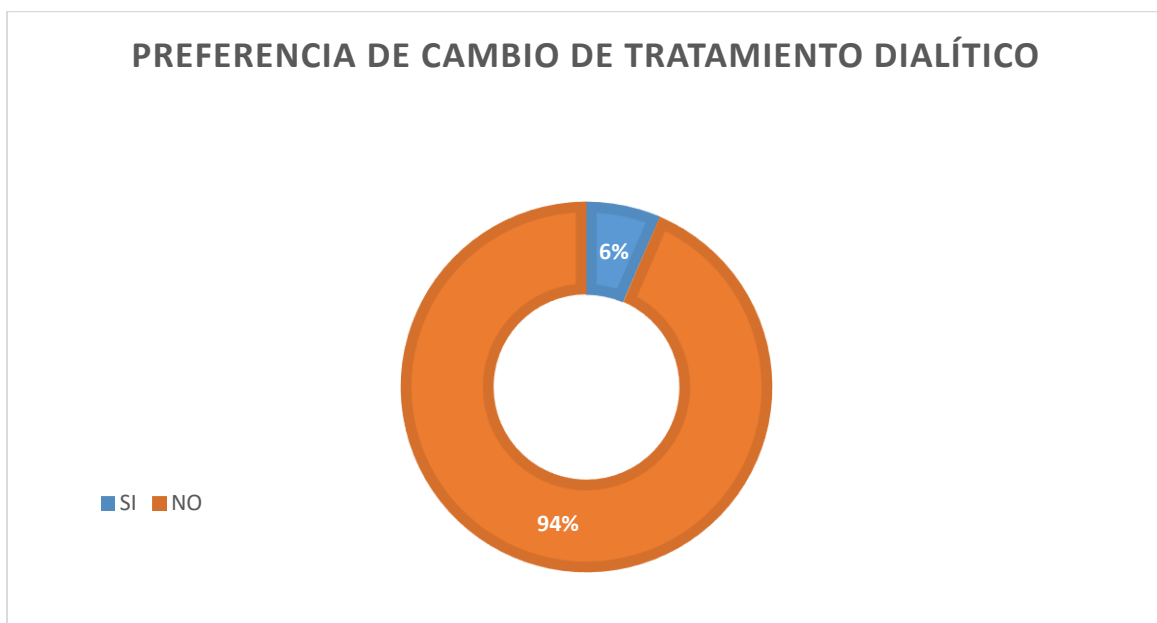


FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022
INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

Aquí se les cuestionó si recibieron valoración psicológica antes de iniciar la terapia dialítica, de los 31 pacientes que participaron en la encuesta; 17 indicaron que si recibieron la valoración antes mencionada en un 55%; 14 indicaron que no recibieron en 45%. Lo que indica que más del 50% conto con ayuda profesional antes de este tratamiento que modificaría su estilo de vida.

Pregunta No. 22 ¿Preferiría cambiar de tratamiento dialítico?

Gráfico No. 16 Preferencia de cambio de tratamiento dialítico.



FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022
INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

En cuanto a la interrogante de si los pacientes preferirían cambiar la terapia actual por otra modalidad, de los 31 pacientes que formaron parte de la encuesta; 29 dijeron que No preferían cambiar de modalidad de Terapia Dialítica lo que corresponde a un 94%; 2 personas dijeron que SI cambiarían de modalidad en un 6%. Lo que muestra una gran satisfacción de la modalidad optada.

Pregunta No. 23 ¿Qué tratamiento dialítico se realiza?

Gráfico No. 17 Elección de tratamiento dialítico que se realiza.



FUENTE: Paciente de Ingreso recién a Tratamiento de Diálisis / 2022
INVESTIGADOR: Dra. Ericka Chusino P. MAESTRANTE

En cuanto a la interrogante de si los pacientes preferirían cambiar la terapia actual por otra modalidad, de los 31 pacientes que formaron parte de la encuesta; 28 dijeron que se realizan Hemodiálisis y 3 que se realizan diálisis peritoneal significa que el 90% de los encuestados se realizan Hemodiálisis como tratamiento dialítico

8 Discusión

El estudio de Preferencia de criterios en pacientes con enfermedad renal crónica para seleccionar la modalidad de tratamiento dialítico, por demás está decir, que es una investigación muy necesaria e importante para continuar investigando al respecto; fundamentado en la presencia de la diversidad étnica, nivel de educación, cultural de la población mundial y particularmente de la ecuatoriana.

El criterio para seleccionar la modalidad de tratamiento Dialítico se ha estudiado en diversos contextos no existen muchos estudios pertinentes sobre el mismo a nivel Mundial. La producción científica con respecto al criterio para seleccionar la modalidad de tratamiento Dialítico en pacientes renales crónicos, se caracteriza por la variabilidad entre unos y otros patrones de criterios de selección según la población en estudio.

Desde el punto de vista sociocultural, no existe una forma universal de entender el fenómeno de selección la modalidad de tratamiento dialítico de los pacientes renales. Ecuador es un país diverso, pluricultural, y posiblemente, cada grupo étnico tiene su propia visión y su propia práctica sobre el proceso de seleccionar la modalidad de tratamiento dialítico; Esto significa que la presente investigación, en el contexto de la costa ecuatoriana aporta datos científicos que se constituyen como acervo Institucional y una aproximación de la realidad del Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí. Información relevante para el desarrollo de una línea de investigación sobre epidemiología, valoración de selección de modalidad de tratamiento dialítico en pacientes renales crónicos, que permita la producción de conocimiento., que a nivel provincial no encontramos otro estudio similar.

En el 2019, Acebo (22, 80) realizó un estudio con el tema “Factores que influyen en la elección

de modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. Hospital Abel Gilbert Pontón 2018-2019, realizado en Guayaquil, Guayas en este presente trabajo se buscó conocer cuáles son los factores que influyen para que los pacientes puedan decidir sobre el tipo de diálisis que necesitan para el tratamiento de su enfermedad renal crónica, concluyendo que el factor que mayor influye, es inherente a la información que poseen, en torno a los tratamientos dialíticos que se les ofrece, con poca relevancia el tiempo destinado por el especialista para explicarles sobre su enfermedad, complicaciones, beneficios y necesidad del tratamiento dialítico, el cual fue una decisión aceptada por el paciente y recomendada por el Nefrólogo. Al igual que en este trabajo el tratamiento dialítico de mayor elección es la hemodiálisis, siendo guiados por preferencias del médico, concordando que su condición termina siendo más que una decisión, una recomendación aceptada.

En relación a la información sobre la enfermedad del paciente, ambas investigaciones coinciden en que para elegir la terapia dialítica deberían estar mejor informados sobre la enfermedad y de las soluciones científicamente ofrecidas, y con periodos de preparación y explicación meses antes, apoyada por un conjunto multidisciplinar de personal de salud, siempre y cuando no sea un tratamiento dialítico de urgencia ya que la misma afectara su estilo de vida y el de su familia, por este motivo ofrecer explicaciones de las dos alternativas de tratamiento dialítico con explicaciones claras concretas acorde a su nivel intelectual favorecerá a la mejorar su calidad de vida.

Es importante recalcar que existen una gran variabilidad de criterios y tasas de inclusión de pacientes que tienen terapia sustitutiva, en el porcentaje de uso (13) y otro según el conocimiento de la DPCA, en la cual hace énfasis en la dosis de diálisis y en el cumplimiento de la terapia por los enfermos, así como de factores extramédicos (14).

Todo esto permite condicionar la elección de la técnica, expresan profundas diferencias conceptuales y resultan en sorprendentes diferencias en tasas de mortalidad de pacientes en las distintas zonas geográficas, incluso con similar desarrollo económico.

Por ello, los datos que genera esta investigación permiten seguir investigando e incorporando otras variables de estudios antropológicas, socioculturales y otras, que permitan explicar este comportamiento particular sobre la selección de la modalidad de tratamiento de diálisis en los pacientes con enfermedad renal de la provincia de Manabí. Ecuador.

9. Conclusiones

En el presente trabajo investigativo sobre la Preferencia de criterios en pacientes con enfermedad renal crónica para seleccionar la modalidad de tratamiento dialítico, en Portoviejo Provincia de Manabí, se concluyó que de los 31 pacientes encuestados el 90% de ellos se realiza hemodiálisis siendo el tratamiento dialítico de mayor acogimiento.

Además que se pudo identificar la edad que mayor predominio fue más de 60 años con un 71%, y el 55% de ellos son de sexo femenino, casados en un 42%, que residen en una zona urbana 81%, además pertenecían a las etnias mestizas y montubias.

En cuanto al nivel de satisfacción del tratamiento dialítico que escogieron, el 97% se encuentran muy satisfechos ya que este les ha mejorado su calidad de vida, por este motivo en un 94% no prefieren cambiar de tratamiento, tienen el apoyo directo de sus hijos/as y de esposos/as en un 77% y el 71% de ellos llevan realizándose este tratamiento dialítico por más de 5 años.

Tenemos que los pacientes participantes en el estudio, el 81% de ellos manifestó que la decisión se basó en la sugerencia por el profesional del tratamiento dialítico que deberían escoger.

En relación a si la indicación de la modalidad de tratamiento dialítico fue de emergencia o electiva, el 80% de se realizaron diálisis posterior a dos mes de la indicación, lo que se entiende que fue una decisión programada por parte de su médico nefrólogo de cabecera y solo 20% necesito de una terapia de emergencia por algún tipo de complicación aguda un 6% fue de inmediato.

Por lo tanto, Se concluye

Que, no existe preferencia de criterios en pacientes con enfermedad renal crónica para seleccionar la modalidad de tratamiento dialítico, en Portoviejo provincia de Manabí, la decisión fue tomada en su mayoría por el especialista y que los usuarios se sienten conformes con la guía optada por ellos.

10. Recomendación

Al terminar esta investigación se recomienda diseñar y estructurar un programa de información, con un conjunto multidisciplinar de profesionales de salud que les permita aquellos pacientes con enfermedad renal crónica conocer ambas tratamiento dialítico antes de necesitar realizarse diálisis y cuando llegase el caso tener el conocimiento necesario para poder optar por el tratamiento dialítico que mejor les parezca y se acople a su estilo de vida y que a no sea solo una decisión aceptada por los pacientes también que se enfoque a los familiares de ellos porque afecta a toda la familia.

También se recomienda establecer una guía de cuando iniciar la diálisis programada y también urgente, además de incluir cuando es intermitente y permanente.

1. Bibliografía

- 1.- [Sellarés A.](#) [Rodríguez D.](#) Enfermedad Renal Crónica. Nefrología al día. Sociedad Española de Nefrología, España 2022. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>.
- 2.-Eckardt K. Bansal N. Coresh J. Evans M. Morgan E, Charles A. et al. Pacientes con ERC G4-G5 no en tratamiento sustitutivo. Nefrología al día. Sociedad española de Nefrología. España. 2020. [citado el 11 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-mejorando-el-pronostico-pacientes-con-338>.
- 3.- García R. Bover J. Segura J. Goicoechea M. Cebollada J. Escalada J. et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología. Sociedad española de Nefrología Granada. España. 2021. [citado el 11 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-documento-informacion-consenso-deteccion-manejo-avance-S0211699521001612>.
- 4.- Cómo elegir un tratamiento para la insuficiencia renal. National Institute of Diabetes and Digestive and kidney Diseases. EE.UU. 2018 enero. [citado el 12 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-riñones/insuficiencia-renal/como-elger-tratamiento>.
- 5.- Blasco D. Calidad de vida percibida en pacientes en tratamiento sustitutivo renal por enfermedad renal crónica avanzada. Revista Electrónica de Portales Médicos. Ecuador. 2020. [citado el 12 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/calidad-de-vida-percibida-en-pacientes-en-tratamiento-sustitutivo-renal-por-enfermedad-renal-cronica-avanzada/>.
- 6.- Bueno P. Prevalencia de complicaciones agudas en pacientes sometidos a diálisis en el hospital José Carrasco Arteaga. Universidad de Cuenca. Ecuador. 2020. [citado el 12 de junio de 2022]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34435/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20N.pdf>
- 7.- Teruel J. Lucas M. Marcén R. Torrente J. González E. Zarraga S. et al Valoración de la función renal e indicaciones para el inicio de diálisis. Revista de Nefrología. Sociedad Española de Nefrología Granada. España. 2017. [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://revistanefrologia.com/es-valoracion-funcion-renal-e-indicaciones-articulo-X0211699509004516>.
- 8.- Lok C. Mehrotra R. Stevens P. Wang A. Cheung M. Wheeler D. et al. Iniciación a la diálisis. Elección de modalidad, acceso y prescripción: conclusiones de Conferencia de Controversia de KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes). Sociedad de Nefrología Española. España. 2020. [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-iniciacion-dialisis-eleccion-modalidad-acceso-236>.
- 9.- Teruel J. Burgera V. Gomis C. Rivera M. Fernández M. Rodríguez N. et al. Elección de tratamiento conservador en la enfermedad renal crónica. Sociedad Española de Nefrología. 2015. 273-279. [citado el 13 de junio de 2022].

- 10.- García M. Martínez J. Rodríguez A. Almirall J. Ponz E. Ibeas J. et al. Elección de no diálisis en insuficiencia renal crónica en estadio V (fallo renal). Evolución de las características de los pacientes. NEFROLOGÍA.2017. [citado el 13 de junio de 2022].
- 11.- Clèries M. Vela E. Registre de Malalts Renals de Catalunya. In-forme Estadístic 2004. Organización Catalana de Transplantes. Departament de Salut. General de Catalunya Barcelona 2016. [citado el 13 de junio de 2022].
12. Ronco C. Ricci Z. Backer D. Kellum J. et, al. Renal Reemplacemet Therapy in acute Kidney injuri. Crot. Care. E.E. U.U. (2015). [citado el 13 de junio de 2022].
- 13.- Navas A. Ferrer R. Martínez M. Martínez M. Terapia de reemplazo renal en paciente crítico: cambios evolutivos del tratamiento en los últimos años. Medicina Intensiva. 2017. 540 -547 [citado el 13 de junio de 2022].
- 14.- USRDS (United States Renal Data System): Annual data report. USRDS. The National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney disease. Bethesda. Am J Kidney Dis 26: S161-S166, 2015.[citado el 13 de junio de 2022].
15. Nissenson A. Prichard S. Cheng I. Gokal R. Kubota M. Maiorca R. et al. Non-medical factors that impact on ESRD modality selection. Kidney Int 43 (Suppl. 40): S120-S127, 2016. [citado el 13 de junio de 2022].
16. Cantillo C. *Habilidad del cuidado, sobrecarga percibida y calidad de vida del cuidador de personas en diálisis*. Madrid. 2021. [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842021000200184
17. **Díaz M. Gómez B. Robalino M. Lucero S.** Comportamiento epidemiológico en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en Ecuador. Scielo. 2018. [citado el 15 de junio de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000200011
18. Villalobos J. Hurtado Y. Barrios S. Enfermería Nefrológica.Revista Oficial de la sociedad Española de enfermería. (2017). *Enferm Nefrol Vol.no.2*. [citado el 15 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.revistaseden.org/files/Revistas_254_20_2145058.pdf
19. OPS. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. (2015). [citado el 15 de junio de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
20. Viceministro de Atención Integral de Salud. Programa Nacional de Salud Renal. (2015). [citado el 15 de junio de 2022]. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1469/Prese%20ntaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf
21. Canseco J. Luviano J. Macías M. Beneficios Clínicos de la Terapia de reemplazo renal

continua en el paciente críticamente enfermo con falla renal aguda. Revista Asociacion Mexico MEd Crit y Ter. Mexico (2010). 24(2)-66-71. [citado el 15 de junio de 2022].

22. Acebo M. Factores que influyen en la elección de modalidad dediálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. Hospital Abel Gilbert Pontón 2018-2019. Universidad estatal de Milagro departamento de investigación y posgrado (2018). [citado el 15 de julio de 2022]. Disponible en: [FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCION MODALIDAD TRATAMIENTO.pdf](#)