



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

III SEMINARIO DE GRADUACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LA OSTEODISTROFIA RENAL EN EL AMBIENTE PSICOSOCIAL DE
LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO, DURANTE EL
PERIODO NOVIEMBRE 2011 – FEBRERO 2012”.**

Requisito previo para optar por el título de Médico

Autor: Castillo Larrea, José Joaquín

Tutor: Dra. Pérez Naranjo, Fanny Del Rocío

Ambato-Ecuador

Marzo, 2012

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Graduación sobre el tema: **“LA OSTEODISTROFIA RENAL EN EL AMBIENTE PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO, DURANTE EL PERÍODO NOVIEMBRE 2011 – FEBRERO 2012”** de José Castillo egresado de Medicina, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo.

Ambato, Marzo del 2012

EL TUTOR

.....
Dra. Fanny Pérez

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“LA OSTEODISTROFIA RENAL EN EL AMBIENTE PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO, DURANTE EL PERÍODO NOVIEMBRE 2011 – FEBRERO 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, marzo del 2012

EL AUTOR

.....
Joaquín Castillo.

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autor.

Ambato, marzo del 2012

EL AUTOR

.....
Joaquín Castillo.

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“LA OSTEODISTROFIA RENAL EN EL AMBIENTE PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO, DURANTE EL PERÍODO NOVIEMBRE 2011 – FEBRERO 2012”** de José Joaquín Castillo Larrea, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, marzo del 2012

Para constancia firman

.....
Dr.Carlos Aldás

.....
Dra. Sandra Villacís

.....
Dr. Patricio Vargas

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios, por ser la guía inseparable en mi diario vivir, fiel testigo de mis triunfos y derrotas, quién siempre ha permanecido y permanecerá conmigo, sin abandonarme ni un sólo instante.

A mis queridos padres Carlos Castillo y María Eugenia Larrea, por el gran sacrificio y amor que siempre me brindan, con el ejemplo demostrado, y sabias enseñanzas las cuales me han permitido seguir adelante con mis ideales y conseguir los objetivos propuestos para mi vida.

Gracias por su apoyo, paciencia, comprensión y amor que me han demostrado en cada momento de mi vida, impulsándome en forma constante a cumplir con mis metas.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi eterna gratitud a Dios Todopoderoso por haberme bendecido con los mejores padres, hermanos y familia, por el apoyo constante, permitiéndome llegar así a la culminación de tan noble triunfo.

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, la cual ha fortalecido mis conocimientos y hoy me está permitiendo alcanzar mi anhelado sueño, de igual manera a los distinguidos médicos, profesores y autoridades de la misma.

Al Dr. Carlos Aldás Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, profesor y amigo, quien me ha guiado con sus conocimientos, sabiduría y que los sabré poner en práctica tanto en mi vida personal como profesional.

A la Dra. Fanny Pérez, Profesora Tutora de Tesis, quién me ha encaminado de la mejor manera para alcanzar la consecución del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACION DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
INDICE DE ILUSTRACIONES	xii
RESUMEN EJECUTIVO.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCION.....	¡Error! Marcador no definido.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1. Contextualización	2
1.2.2. Análisis crítico.	5
1.2.3. Prognosis.....	6
1.2.4. Formulación del problema	7
1.2.5. Preguntas directrices	7
1.2.6. Delimitación del problema.....	8
1.3. JUSTIFICACIÓN	8

1.4.	OBJETIVOS	9
1.4.1.	OBJETIVO GENERAL.....	9
1.4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.	9
2.2.	FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	12
2.3.	FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	13
2.4.	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	15
2.5.	Fundamentación Científica de la Variable Independiente	16
2.5.1.	Ostedistrofia renal.....	16
2.5.1.1.	Definición.-	16
2.5.1.2.	El diagnóstico de ODR	18
2.5.1.3.	Prevención y tratamiento de la ODR	21
2.5.1.4.	Prevención y tratamiento de la enfermedad ósea de bajo recambio.....	22
2.5.2.	Enfermedad Renal Crónica	24
2.5.2.1.	Clasificación de la ERC	24
2.5.2.2.	Epidemiología.....	25
2.5.2.3.	Factores de Riesgo	27
2.5.3.	Fundamentación Científica de la Variable Dependiente.....	31
2.5.3.1.	CALIDAD DE VIDA Y ASPECTO PSICOSOCIAL.	31
2.6.	HIPÓTESIS.....	34

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1.	Modalidad de la Investigación	35
3.2.	Niveles o tipo de investigación	35

3.3.	Población y muestra.....	36
3.3.1.	Criterios de inclusión y exclusión.....	37
3.3.1.1.	Criterios de inclusión.....	37
3.3.1.2.	Criterios de exclusión.....	37
3.3.1.3.	Plan de recolección de información.....	40
3.3.1.4.	Técnicas de Procesamientos y análisis de Datos.....	40

CAPÍTULO IV

4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	42
4.1.	Análisis de la Información de los pacientes.....	42
4.2	VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	60

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	CONCLUSIONES.....	62
5.2.	RECOMENDACIONES.....	63

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1.	Datos informativos.....	64
6.2.	Título:.....	64
6.3.	Institución efectora:.....	64
6.4.	Beneficiarios:.....	64
6.5.	Ubicación:.....	65
6.6.	Tiempo:.....	65
6.7.	Equipo técnico responsable.....	65
6.8.	Costo:.....	65
6.9.	Antecedentes de la propuesta.....	65
6.10.	Justificación.....	66

6.11.	Objetivos	67
6.11.1.	Objetivo general.....	67
6.11.2.	Objetivos específicos	67
6.12.	Análisis de factibilidad.....	67
6.12.1.	Fundamentación Científico Técnica.	69
6.12.1.1.	Introducción	69
6.12.1.2.	Enfermedad Renal Crónica	69
6.12.1.3.	Clasificación de la ERC	70
6.12.1.4.	Ostedistrofia renal	71
6.12.1.5.	Definición.-	71
6.12.1.6.	TRASTORNOS PSICOLOGICOS ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES CON OSTEODISTROFIA RENAL.	73
6.12.2.	DESARROLLO DE LA PROPUESTA.....	87
6.12.3.	Modelo Operativo.	144
6.12.4.	Administración de la propuesta.....	146
6.12.5.	Previsión de la evaluación.....	147
	BIBLIOGRAFÍA.	148
	Anexos	153

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Clasificación de la ERC de acuerdo al estudio24	25
Tabla 2.	Clasificación y plan de acción clínica26.....	25
Tabla 3.	Factores de Riesgo de ERC31.....	27
Tabla 4.	Laboratorio en la enfermedad renal19	30
Tabla 5.	VARIABLE INDEPENDIENTE: Osteodistrofia renal	38
Tabla 6.	Como se afecta el aspecto psicosocial.	39

Tabla 7. Edad	42
Tabla 8. Género.....	44
Tabla 9. Procedencia.....	45
Tabla 10. Etnia	46
Tabla 11. Ocupación	47
Tabla 12. Tiempo de diálisis.....	48
Tabla 13. Inicio del problema óseo.....	49
Tabla 14. Influye en su vida social.....	50
Tabla 15. Dolor de huesos.....	51
Tabla 16. Desarrolla actividades normales	52
Tabla 17. Tendencia al llanto	53
Tabla 18. Falta de Ánimo.....	54
Tabla 19. Insomnio.....	55
Tabla 20. Falta de memoria.....	56
Tabla 21. Pérdida de placer.....	57
Tabla 22. Falta de energía.....	58
Tabla 23. Ansiedad.....	59
Tabla 24. Riesgo relativo por incidencia.....	61
Tabla 25. Clasificación de la ERC de acuerdo al estadio ²⁴	71

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Edad	43
Ilustración 2. Género.....	44

Ilustración 3. Procedencia	45
Ilustración 4. Etnia	46
Ilustración 5. Ocupación	47
Ilustración 6. Tiempo de diálisis	46
Ilustración 7. inicio del problema óseo	49
Ilustración 8. Influye en su vida social.....	50
Ilustración 9. Dolor de huesos.....	51
Ilustración 10. Dolor y actividades normales.....	52
Ilustración 11. Tendencia al llanto	53
Ilustración 12. Falta de ánimo	54
Ilustración 13. Insomnio.....	55
Ilustración 14. Falta de memoria.....	56
Ilustración 15. Falta de placer	57
Ilustración 16. Falta de energía	58
Ilustración 17. Ansiedad.....	59

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar cualicuantitativamente los factores que afectan el aspecto psicosocial de los pacientes con diagnóstico de Osteodistrofia Renal, que son atendidos en el Hospital Regional Docente Ambato, el tipo de estudio fue descriptivo, prospectivo transversal durante el período Noviembre 2011 Febrero 2012 con los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión a quienes se aplicó la encuesta.

En total se analizó a 42 pacientes, la media de la edad fue de 58.5 años de edad más una desviación estándar o típica de 16.7 años de edad, el grupo de edad más frecuente en el diagnóstico de osteodistrofia renal fue el de adulto mayor con 20 pacientes lo que corresponde a 47.6%, seguido de adulto viejo con 18 pacientes lo que corresponde a 42.9%, el género más frecuente fue el femenino con 28 pacientes de los 42 lo que corresponde al 66.7% de los pacientes investigados, el 31% de los pacientes no realiza ninguna actividad laboral, el 55% de los pacientes ha presentado ansiedad y el 91% de los pacientes respondió que la osteodistrofia renal afectó directamente la vida social de los mismos.

El 65% de los pacientes según el test de Zung presentaron depresión, el 31% de los pacientes no tenía ninguna ocupación por lo tanto se asocian estas dos últimas variables y se puede concluir que la no ocupación de los pacientes puede hacer susceptible a los mismos a los trastornos psicosociales.

PALABRAS CLAVES: OSTEODISTROFIA, ENFERMEDAD RENAL, INSUFICIENCIA RENAL.

ABSTRACT

The research aimed to determine the factors affecting cuali-cuantitativamente the psychosocial aspect of patients with renal osteodystrophy, Who are cared for in the Regional Teaching Hospital Ambato, the type of study was descriptive, prospective cross over the period September 2011 to February 2012 Patients who met the inclusion and exclusion criteria who were surveyed.

A total of 42 analyzed, the mean age was 58.5 years of age plus a tin or typical deviation of 16.7 years of age, the age group most frequently in the diagnosis of renal osteodystrophy was the older adult with 20 patients at corresponding to 47.6%, followed by older adult patients with 18 corresponding to 42.9%, gender was the most frequent female with 28 of the 42 patients corresponding to 66.7% of patients surveyed, 31% of patients not perform any work activity. 55% of patients presented anxiety and 91% of patients responded to renal osteodystrophy directly affect the social life of the patients, 65% of patients according to the present Zung depression test, 31% of patients I had no occupation therefore associate these two variables and can not conclude that the occupation of the patients can make them susceptible to psychosocial disorders.

KEYWORDS: OSTEODYSTROPHY, RENAL DISEASE, RENAL FAILURE.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a los estudios realizados la Enfermedad renal crónica (ERC), se ha convertido en un gran problema de salud a nivel mundial, llegando a considerarse una epidemia. Los síntomas derivados de la osteodistrofia renal son poco específicos. Incluyen dolor óseo, debilidad muscular, periartritis y prurito. La aparición de miopatía proximal y de fracturas patológicas son más frecuentes en la enfermedad ósea de bajo remodelado, y pueden ser invalidantes

Los médicos actualmente, para establecer un diagnóstico preciso del tipo de enfermedad ósea es necesaria la biopsia ósea . La biopsia ósea tiene un escaso riesgo para el paciente, como se constata en una extensa serie que incluye más de 9.000 biopsias óseas con sólo un 0,7% de complicaciones, consistentes principalmente en dolor y hematomas; no obstante, se trata de un procedimiento invasivo y del que no se dispone en todos los centros hospitalarios.

Por la complejidad y la extensión del tema, se hace difícil para muchos médicos tener una idea clara y precisa acerca de la esta patología.

La clave fundamental del tratamiento esta en dar calidad de vida ya que implica también en el aspecto psicosocial, la cual se define en términos de bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN

La osteodistrofia renal en el ambiente Psicosocial de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, atendidos en el Hospital Regional Docente Ambato, durante el período noviembre 2011 – febrero 2012.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Contextualización

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), se ha convertido en una verdadera epidemia, razón por la cual la Fundación KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) ha cambiado el nombre de IRC a Enfermedad Renal Crónica (ERC), término que utilizaremos en la presente investigación, se estima que en el mundo afecta al 4,5% de la población adulta. Según la Sociedad Americana de Nefrología (SAN), se estima que uno de cada 10 adultos sufre de Enfermedad Renal Crónica. Mientras la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología (SEN) sostiene que el 9% de la población sufre de alguna enfermedad renal con un crecimiento anual del 19%, citan además que la HTA y la Diabetes corresponde al 60% de las causas de enfermedad renal crónica (ERC)^{1,2}, si se comprende epidemiológicamente la intensidad del problema de Enfermedad Renal la cual va de la mano con la osteodistrofia renal (ODR), se comprenderá la magnitud del problema relacionado con la calidad de vida

y en este caso específicamente el ambiente Psicosocial de los pacientes con Enfermedad Renal crónica.¹

La Fundación KDIGO define a la osteodistrofia renal (ODR) como las alteraciones del metabolismo óseo-mineral de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, alterando la morfología y arquitectura ósea, provocando graves complicaciones como fracturas, deformidades óseas, dolor muscular y lo peor la discapacidad funcional, esto implica que el paciente también debe verse afectado en el aspecto Psicosocial, situación que al momento desconocemos. En Norteamérica la prevalencia de Osteodistrofia renal diagnosticada por biopsia es del 60%^{2,3} no se encuentran datos epidemiológicos relacionados con la osteodistrofia renal en América Latina mucho menos en Ecuador.

En la ERC disminuye el calcio plasmático y el total, el calcio bajo estimula a la glándula paratiroidea para que incremente la producción de su hormona, la cual se encarga de regular el calcio y fósforo en la sangre, normalmente no se produce ninguna alteración ósea, pero el exceso de la hormona paratiroidea con el fin de incrementar el calcio sérico, disminuye la reabsorción de calcio óseo, provocando graves consecuencias a ese nivel, otro factor importante de la función de la célula paratiroidea es el 1.25 (OH)₂D₃ (calcitriol) producido en el riñón, normalmente el calcitriol disminuye la síntesis de paratohormona, pero al estar dañado el riñón, también disminuye la producción de calcitriol como consecuencia se produce mayor cantidad de paratohormona provocando graves trastornos del metabolismo óseo – mineral (ODR), lo cual como hemos indicado provoca graves alteraciones tanto morfológicas y a su vez estas afectan el aspecto psicosocial del paciente^{4,5}.

Hasta la última década del siglo XX, el problema de la osteodistrofia renal estaba enfocado sólo hacia las alteraciones óseas ya que los pacientes presentaban

1. ¹ Cannata JB: Osteodistrofia Renal, consideraciones sobre su etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. Medicina 45:575-584, 1985.

importantes dolores musculares, deformidades óseas, fracturas y en los niños se añadía falta de crecimiento estatural conociendo esta alteración como enanismo renal, actualmente el problema se amplía, ya que se conoce que tanto el metabolismo de la vitamina D como el del calcio y la hormona paratiroidea juegan un papel fundamental en múltiples cadenas metabólicas. Se sabe también que el hiperparatiroidismo puede acompañarse de un cortejo pluripatológico atribuible a la PTH destacando la anemia, hipertensión arterial y enfermedad vascular, especialmente grave cuando afecta a los vasos coronarios 6,7.

Se estima que la paratohormona se encuentra incrementada desde los primeros estadios de la Enfermedad Renal Crónica en el 85% de los pacientes, es por eso que se ha convertido en un buen marcador de ERC, además esta alteración se incrementa en estadios finales de la ERC, por lo tanto como la ODR es consecuencia del hiperparatiroidismo secundario a la ERC estaría directamente relacionado con su incremento 5. 5

La calidad de vida implica también el aspecto psicosocial, la cual se define en términos de bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida 8. Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno" 9. Viéndose afectada por varias situaciones, en este caso en particular es la enfermedad la que afecta la calidad de vida, pero es necesario determinar en qué magnitud se ve afectado un aspecto importante de la calidad de vida, denominado el aspecto psicosocial de los pacientes con osteodistrofia renal, ya que esta última es la que causa dolor, fracturas y por ende discapacidad funcional, lo cual pueda alterar seriamente dicho aspecto en los pacientes.

Es así que conociendo como afecta la osteodistrofia renal el aspecto psicosocial de los pacientes con ERC, se podrá actuar en virtud de modificar los factores que afecten seriamente este aspecto. ²

1.2.2. Análisis crítico.

La Enfermedad renal crónica (ERC), se ha convertido en un gran problema de salud a nivel mundial, llegando a considerarse una epidemia, su sintomatología aparece cuando se encuentra en estadios avanzados al parecer debido a esta situación no se le presta mucha atención. Sus principales factores de riesgo son la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT 2) y la Hipertensión Arterial (HTA), por lo tanto comprendiéndose epidemiológicamente el aumento de estas patologías permitiría que la ERC se comporte de igual manera, y que a su vez se incrementen las complicaciones derivadas de la ERC como el Hiperparatiroidismo secundario, se altere el metabolismo óseo mineral, iniciando una cadena de procesos bioquímicos y variando la morfología y estructura del hueso, apareciendo la denominada ODR, lo cual hace más frágil al hueso y predispone a fracturas, deformaciones, dolor y discapacidad funcional, todo ello afecta seriamente el comportamiento y en fin la calidad de vida del paciente, lo cual implica además el aspecto psicosocial, mismo que será investigado, disminuyendo la capacidad de este para realizar sus actividades, normales e inclusive llegando a ser dependiente de otras personas.

Así mismo, el tratamiento a realizarse es específico de acuerdo al estadio que se encuentre la ERC y como hemos visto mientras más avanza esta la enfermedad, la presentación de sus complicaciones como la ODR también lo hacen, se aprecia que es beneficioso para los pacientes que una vez determinada su enfermedad renal crónica y su etapa, se brinde la información necesaria y se manejen estrategias de reno

2. ² AVENDAÑO, H; NEFROLOGIA CLINICA. Insuficiencia Renal crónica causas; Madrid, 2da Edición Panamericana. Año 2003.

protección para evitar que el paciente termine en ERC etapa terminal y por ende su único tratamiento sea la diálisis o el trasplante renal y a su vez se afecte seriamente sus decisiones y su relación con el ambiente.

El propósito es investigar como incide la ODR en la calidad de vida de los pacientes con ERC, y comprendiéndose dichos factores puede establecer los parámetros para disminuir la incidencia de osteodistrofia renal y prevenir la discapacidad funcional del paciente, reincorporando de esta forma al paciente a sus actividades normales, haciéndolo productivo e independiente.

1.2.3. **Prognosis**

La designación de recursos para prevenir y controlar esta enfermedad está basada en realidades estadísticas y científicas internacionales y no locales, mismas que difieren en varios factores haciendo un actor a ciegas a las autoridades encargadas en cuanto a acciones encaminadas a intervenir sobre esta enfermedad, repercutiendo negativamente tanto en trabajadores de la salud como en los pacientes pero son estos últimos los más afectados ya que es su calidad de vida la que cuenta, más aun consideran algunos expertos la parte psicosocial de un paciente. Es por ello que los esfuerzos deben ser encaminados a descubrir la realidad local, mediante la obtención de datos reales y actuales para ejercer verdaderas estrategias de salud, en cuanto tiene que ver a cómo afecta la osteodistrofia renal en el aspecto psicosocial de los pacientes con ERC es necesario conocerla ya que así se puede definir verdaderas estrategias que permitan disminuir la alteración, deformación, discapacidad funcional, depresión, ansiedad y las dificultades sociales q pueden tener estos pacientes, y de esta forma tomar medidas para hacerlas personas productivas, dándoles la oportunidad de no ser un problema sino que puedan contribuir con la sociedad y consigo mismos.

Además de no corregirse los factores que afectan el aspecto psicosocial de los pacientes con osteodistrofia renal, estos pacientes continuarían presentando alteraciones del aspecto psíquico como la depresión o ansiedad, o problemas de índole social como su relación con amigos familiares, su desempeño físico sería inadecuada ya que se limitarían a padecer su enfermedad y no a enfrentarla.

1.2.4. **Formulación del problema**

¿Cómo afecta la osteodistrofia renal en el aspecto psicosocial de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, atendidos en el Hospital Regional Docente Ambato, durante el periodo noviembre 2011 – febrero 2012?

Donde se establece como:

- Variable Independiente: La osteodistrofia renal
- Variable dependiente: Aspecto psicosocial

1.2.5. **Preguntas directrices**

¿Cuáles son los factores que afectan el aspecto psicosocial de la calidad de vida de los pacientes con osteodistrofia renal atendidos en el HPDA?

¿Cuál es la importancia de la osteodistrofia renal, calidad de vida, insuficiencia renal?

¿Cuáles son los factores psicosociales prevalentes que inciden por la osteodistrofia renal?

¿Qué estrategias coadyuvan a disminuir los problemas psicosociales de los pacientes con osteodistrofia renal?

1.2.6. Delimitación del problema

Campo	Medicina Interna.
Área	Nefrología.
Aspecto	Como afecta la Osteodistrofia renal el aspecto Psicosocial de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

Delimitación espacial:

Esta investigación se realizará en Hospital Regional Docente Ambato

Delimitación temporal:

Esta durante el periodo noviembre 2011 – febrero 2012.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se realiza como requisito previa obtención de título de médico y además surge ante la necesidad de identificar como incide la osteodistrofia renal en la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, surge esta interrogante debido a que la presentación de la ODR en la ERC es muy frecuente y además causa serias complicaciones que afectan la calidad de vida de los pacientes y por ende el aspecto psicosocial ya que este parámetro es parte de la definición de la calidad de vida, además es necesario conocer epidemiológicamente la intensidad de la problemática a nivel local, ya que no se dispone de datos estadísticos para en base a ellos, determinar estrategias de salud que reduzcan o modifique los factores que más afecten la relación psicosocial del paciente.

Es necesario además mencionar que una persona con dolor, deformación ósea y discapacidad funcional, deja de hacer sus actividades productivas y propias de cada individuo, muchas veces deja de ser independiente y se convierte en una carga para la familia.

Por las razones antes señaladas es necesario identificar como afecta la osteodistrofia renal en el aspecto psicosocial de los pacientes y esto permitirá crear estrategias de salud para mejorar su vida.

Los datos que arroje la investigación servirán como proyección para intervenciones directas sobre los problemas relacionados con el aspecto psicosocial de los pacientes en estudio.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que afectan el aspecto psicosocial de la calidad de vida de los pacientes atendidos en Hospital Regional Docente Ambato.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Fundamentar científicamente la importancia de la osteodistrofia renal, hemodiálisis, calidad de vida, insuficiencia renal.

Determinar los factores psicosociales prevalentes que inciden por la osteodistrofia renal

Diseñar estrategias que coadyuven a disminuir los problemas psicosociales de los pacientes con osteodistrofia renal.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

En el estudio descriptivo retrospectivo denominado, FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA, EN PACIENTES EN PREDIALISIS, DIÁLISIS Y TRANSPLANTE RENAL, con el objetivo de determinar los factores que afectan la calidad de vida en los pacientes investigados, identificando a los factores principales a la anemia y a las comorbilidades, por lo que recomiendan conseguir la rehabilitación máxima del paciente, esto implica tratamiento multidisciplinario, es así como se puede disminuir el impacto negativo de la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal crónica.

El estudio descriptivo prospectivo, denominado “Sentimiento de los pacientes con enfermedad Renal Crónica Terminal ante modificaciones corporales sufridas por la osteodistrofia” con el objetivo de determinar los sentimientos ante las modificaciones que ha sufrido el cuerpo del paciente con osteodistrofia renal causada por enfermedad renal crónica terminal, investigación con enfoque hermenéutico, interpretativo cualitativo, los sujetos que participaron tienen como criterio estar en programa de diálisis y presentar transformaciones del cuerpo debido a la osteodistrofia renal. Los autores concluyen: Los pacientes reconocen con tristeza y aflicción la transformación de su cuerpo (joroba, pérdida excesiva de peso, presencia de protuberancias) lo que genera un descenso en su autoestima, en oportunidad acusan sentimiento de envidia con las personas que sienten que están bien, no obstante dicen “subsanaamos estos sentimientos negativos ante el afecto y apoyo familiar, la creencia y fe en Dios, privilegiamos la vida, el deseo y la esperanza de seguir viviendo, a pesar de las circunstancias físicas y estéticas”.

En el estudio de cohorte denominado “INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

DE PACIENTES EN TERAPIA SUSTITUTIVA DE LA INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL” con el objetivo de determinar los factores que afectan la calidad de vida de los pacientes. Y los resultados fueron los siguientes dentro de los pacientes en hemodiálisis, los añosos (edad \geq 65 años), vivían solos en mayor porcentaje, estaban en menor porcentaje en lista de espera para trasplante, y tenían una menor albúmina sérica y Escala de Karnofsky, que los menores de 65 años. En los pacientes trasplantados no se encontraron diferencias entre los dos grupos de edad. Las puntuaciones brutas del SF-36 fueron menores para los añosos, tanto en hemodiálisis como en trasplante. Las puntuaciones brutas de los añosos en hemodiálisis fueron menores a las de la población general, y las de los trasplantados, similares o mayores. Las puntuaciones estandarizadas del SF-36 fueron mayores para los pacientes añosos en las dos terapias. Concluyen: Existen importantes diferencias en la evaluación de las diferencias en CVRS entre dos grupos de edad según cómo se analicen los resultados. La CVRS de los pacientes añosos, comparada con las de la población general de su edad, es mejor que la de los de menos de 65 años, también comparada con el grupo de su edad de la población general.³

En el estudio denominado “Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS” con el objetivo identificar las variables socio demográficas y clínicas asociadas con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con insuficiencia renal terminal (IRT) en tratamiento con hemodiálisis crónica. Los resultados fueron los siguientes dentro de algunos de los factores estudiados (edad, sexo, nivel de educación, tiempo en diálisis, tiempo con trasplante renal, hospitalización durante el último año, comorbilidad y estado funcional evaluado por la escala de Karnofsky) parece que la puntuación en estos instrumentos de evaluación de la CVRS depende en gran medida de otros factores no estudiados, y se puede pensar por tanto, que estos

3. ³ M. Rodríguez, Etiopatogenia del hiperparatiroidismo secundario: Unidad de Investigación, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Factores que afectan a la secreción de PTH, NEFROLOGIA. Vol. XV. Suplemento 1, 1995

instrumentos recogen una información del paciente que hasta el momento no se tenía en cuenta.

En el estudio “Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica” con el objetivo de: validar un instrumento para medir calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Dentro de los resultados la población de 60 pacientes en hemodiálisis crónica se seleccionaron al azar 30 pacientes. Se utilizó un instrumento probado a nivel internacional en numerosos estudios, el Sickness Impact profile (SIP) y una escala de síntomas clínicos (ESC) específicos; se realizó una validación para esta población. Se encontró una buena confiabilidad medida por alfa de Cronbach ($< 0,7$), un buen poder discriminante ya que mostró diferencias significativas entre diabéticos y no diabéticos en ambas dimensiones del test ($p < 0,01$) y una correlación moderada con el patrón clínico ($r = 0,45$; $p < 0,05$). De acuerdo con nuestros resultados el SIP demostró ser un buen instrumento desde el punto de vista psicométrico para la medida genérica de la calidad de vida en estos pacientes. Sin embargo, no resultó adecuado, dada su extensión, para la aplicación sistemática en estudios longitudinales. Recomiendan la aplicación de esta versión del SIP como patrón oro para la validación de instrumentos genéricos más breves, de fácil aplicación para estudios longitudinales

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La presente investigación está basada en el paradigma Crítico propositivo porque tiene como finalidad la comprensión de cómo afecta la osteodistrofia renal, el ambiente psicosocial de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica sometidos a hemodiálisis, la osteodistrofia renal podría afectar de múltiples formas dicho aspecto por ejemplo la deformidad, el dolor que causa podría afectar la función normal de las extremidades y a su vez el paciente que no realiza normalmente las actividades normales, su aspecto psíquico puede verse seriamente afectado, en relación con su ego y su estado de ánimo principalmente, además existe otro factor importante para que el aspecto psicosocial se vea afectado, el estar sometido a hemodiálisis implica

varias horas que el paciente tiene que realizarse este procedimiento, disminuyendo el tiempo que puede compartir con sus familiares, amigos, parientes, además la concepción de realizarse hemodiálisis parece estar relacionada con una enfermedad mortal cosa que puede determinar el estado de ánimo de los pacientes y definir inclusive su pronóstico de vida. Siendo el propósito, el de obtener información local que puede ser el fundamento de intervenciones futuras para el buen manejo de estos pacientes en el aspecto psicosocial, incluyendo en el tratamiento un psicólogo que pueda identificar estos factores y modificarlos para que así el paciente pueda mejorar su estilo y calidad de vida.⁴

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El presente trabajo de investigación, toma como apoyo legal a la Constitución del Ecuador; en el Título II, correspondiente a los derechos, en su capítulo segundo, relacionado a los derechos del buen vivir, en la **sección séptima, en salud** se enuncia:

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el capítulo tercero, referente a los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, se enuncia:

4. ⁴ Gogusev J, Duchambon P, et al. De novo expression of transforming Growth factor-alpha in parathyroid gland tissue of patients with primary or secondary hyperparathyroidism. *Nephrol Dial Transplant.* 1996; 11 (11): 2155-62.

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Capítulo tercero - Sección primera

Adultas y adultos mayores

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

Art. 38.- punto 8, Estado tomará medidas de:

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

En la Constitución del Ecuador. TÍTULO VII, con respecto al Régimen del Buen Vivir, se escribe en el capítulo primero. Sección segunda. Salud:

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán

seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

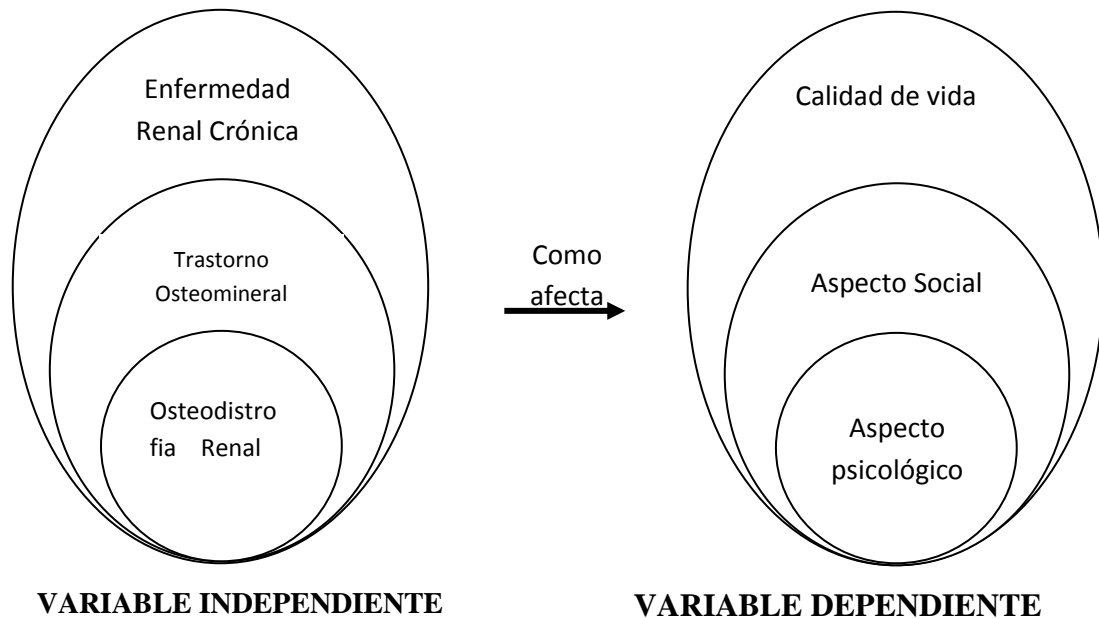
Art. 363.- El Estado será responsable de:

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población.

2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



2.5. **Fundamentación Científica de la Variable Independiente**

2.5.1. **Ostedistrofia renal**

2.5.1.1. **Definición.-**

El término osteodistrofia renal engloba al conjunto de alteraciones óseas que se observan en la uremia. El paciente en diálisis, ya sea diálisis peritoneal o hemodiálisis, cursa con una parte de la evolución de su enfermedad metabólica ósea antes del deterioro total de su función renal. En consecuencia, es preferible abordar el tema de forma global para entender mejor su etiopatogenia y manejo.

Etiopatogenia y evolución de la osteodistrofia renal.

A) Enfermedad ósea de alto remodelado.

Los factores más importantes que contribuyen al desarrollo de esta lesión son consecuencia del hiperparatiroidismo secundario que acompaña a la insuficiencia renal crónica. Sus desencadenantes son:

Retención de fósforo: Cuando el filtrado glomerular disminuye por debajo de 40 ml/min, se observa una tendencia a la hiperfosforemia que se acompaña de una disminución de la concentración de calcio sérico que, a su vez, estimula la secreción de parathormona. Debido a este incremento en la producción de parathormona, se logra reducir la reabsorción tubular de fósforo e incrementar su eliminación renal corrigiendo parcial o totalmente la hiperfosforemia a expensas del mantenimiento de una hipersecreción de parathormona. Por otra parte, la parathormona, también al aumentar la reabsorción ósea, incrementa la calcemia. Los progresivos descensos de función renal van escalonadamente agravando este mecanismo que perpetúa la situación de hipersecreción de la hormona que, en etapas avanzadas de insuficiencia renal, no logra, a pesar del hiperparatiroidismo, corregir la hiperfosforemia.

Alteración del metabolismo de la vitamina D: La disminución de la masa renal funcionante en la insuficiencia renal crónica y la presencia de hiperfosforemia condiciona, cada una de ellas, y por mecanismos diferentes, una disminución de la síntesis renal de 1- α -hidroxilasa, enzima fundamental para la síntesis del 1,25-dihidroxitamina D₃ (calcitriol) forma activa del complejo de la vitamina D. Este déficit de calcitriol tiene como principales consecuencias una disminución de la absorción intestinal de calcio y una resistencia esquelética a la acción de la parathormona, que favorecen el desarrollo de hipocalcemia y por consiguiente de hiperparatiroidismo secundario. Además, el efecto inhibitorio directo del calcitriol sobre la síntesis de parathormona, disminuye con el descenso de sus niveles, favoreciéndose también por este mecanismo el desarrollo de hiperparatiroidismo.

Alteraciones en el mecanismo de regulación entre parathormona y calcio: En la insuficiencia renal crónica, se necesitan mayores concentraciones de parathormona para que ésta actúe sobre sus receptores y produzca elevaciones del calcio sérico. Del mismo modo, se necesitan cifras más elevadas de calcio sérico para lograr suprimir la secreción de parathormona, es decir, existe una alteración del sistema de retroalimentación entre las concentraciones de calcio iónico y la secreción y liberación de parathormona que hace que el sistema de retroalimentación se establezca a un nivel distinto y superior de regulación. De esta forma, el valor de calcio iónico sérico considerado “normal” inhibe de forma menos efectiva la liberación de parathormona.

B) Enfermedad ósea de bajo remodelado.

Si bien la causa más frecuente de este tipo de lesión ha sido a lo largo de las dos últimas décadas la intoxicación por aluminio, esta última ha disminuido en frecuencia. Sin embargo, en la actualidad, estamos asistiendo a un incremento en el número de casos de enfermedad ósea de bajo remodelado no inducida por aluminio. Los factores de riesgo para su desarrollo son: diabetes mellitus, hipoparatiroidismo inducido por fármacos (exceso de carbonato de cálcico y/o vitamina D,

conjuntamente con alta concentración de calcio en el baño de diálisis), edad avanzada. Numerosos estudios implican además a la diálisis peritoneal crónica como otro factor predisponente.

El aluminio tiene un efecto tóxico sobre el metabolismo óseo y sobre el remodelado a través de dos mecanismos, uno de ellos indirecto, gracias a su capacidad de inhibir la función paratiroidea y consecuentemente la actividad del hueso y el otro a través de una acción inhibitoria directa del aluminio sobre los osteoblastos y sobre la mineralización.

La clasificación de ODR que tiene una mayor proyección clínica y facilita la interpretación de los resultados del laboratorio es la que se basa en el grado de actividad del hueso, separando las formas de alto y bajo recambio óseo.⁵

2.5.1.2. **El diagnóstico de ODR**

La primera aproximación diagnóstica se debe hacer con la historia clínica, nuestro objetivo debe ser diagnosticar la osteodistrofia renal precozmente. La sospecha clínica debe ser activa, cuanto mayor haya sido el periodo de evolución de la insuficiencia renal crónica antes del inicio del tratamiento sustitutivo, mayores son las posibilidades de padecer una enfermedad ósea importante pre-diálisis. La presencia de signos y/o síntomas de osteodistrofia renal tales como dolor, prurito, impotencia funcional, mialgias, calcificaciones extraóseas, fracturas, etc. son tardíos e inespecíficos y colaboran muy poco en diferenciar las formas de osteodistrofia renal de alto y de bajo remodelado.

5. ⁵ Rossella Palomba Calidad de Vida: Conceptos y medidas. Institute of Population Research and Social Policies. Roma, Italia Miércoles, 24 de Julio 2002, 9:30-13:00 hrs. CELADE / División de Población, CEPAL, Santiago, Chile Sitio de Internet] disponible http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf.

La segunda aproximación diagnóstica se hace con las pruebas complementarias. La radiología es un marcador tardío, inespecífico y poco sensible de osteodistrofia renal, pero resulta útil para valorar la repercusión biológica de la misma y alguna de sus complicaciones. Lo importante es pautar su utilización como tal y no como una prueba rutinaria de diagnóstico y seguimiento. Otras técnicas como son, absorciometría fotónica dual (DXA), tomografía axial computarizada y estudios isotópicos, son poco útiles como técnicas de uso rutinario y aportan menor información global pero pueden servir individualmente para controlar la evolución de la enfermedad o de un tratamiento determinado. De los marcadores bioquímicos disponibles, la parathormona sérica es la que mayor información objetiva, aporta sobre las alteraciones óseas metabólicas de la insuficiencia renal crónica. Valores de parathormona por debajo de 120 pg/ml tendrían un elevado valor predictivo para enfermedad ósea de bajo remodelado, y valores por encima de 450 pg/ml lo tendrían para enfermedad ósea de alto remodelado. Si a los valores de parathormona añadimos la cuantificación de aluminio sérico, podremos mejorar nuestra sensibilidad y especificidad diagnóstica.

Es aconsejable medir el aluminio sérico de forma periódica, una determinación aislada tiene escaso valor como predictor de acumulación crónica de aluminio. Concentraciones de aluminio sérico repetidas inferiores a 20 µg/L excluyen enfermedad ósea inducida por aluminio y concentraciones por encima de 60 µg/L reflejan un acumulo patológico.

En los casos dudosos (aluminios entre 20 y 60 µg/L) el test de desferrioxamina puede ser de utilidad, pero es importante destacar que su interpretación tiene muchas limitaciones. Un test de desferrioxamina positivo garantiza un acumulo de aluminio, pero un test de desferrioxamina negativo no descarta un exceso de aluminio.

Además de la cuantificación de parathormona y aluminio, otros marcadores bioquímicos como calcio, fósforo, bicarbonato, fosfatasa alcalina total, fosfatasa alcalina ósea y osteocalcina aportan información complementaria. En los pacientes

que están recibiendo calcitriol intravenoso a dosis altas, la interpretación de las cifras de parathormona puede tener mayores limitaciones debido al efecto supresor directo de este metabolito sobre las células óseas. La tercera y concluyente aproximación diagnóstica es la biopsia ósea. En la tabla adjunta se resumen algunas de las indicaciones de mayor interés.

Tabla 5.- Situaciones clínicas en las que la realización de una biopsia ósea conlleva importantes implicaciones terapéuticas:

- Hiperparatiroidismo severo con escasa respuesta a metabolitos de la vitamina D.
- Pacientes en tratamiento con metabolitos de la vitamina D con disociación en el descenso de PTH comparado con los niveles de Fosfatasa alcalina (total y/o ósea).
- En todo paciente en el que se indique realización de una paratiroidectomía y haya estado en cualquier momento de su evolución sometido a exposición a lumínica.
- Antecedentes de toma prolongada de corticoides y baja densidad mineral ósea.
- Diagnóstico bioquímico de enfermedad ósea de bajo remodelado (PTH <120 PG/L MANTENIDA) E HISTORIA DE PROBABLE Exposición A Lumínica PROLONGADA (ORAL O A Través DE LAS SOLUCIONES DE Diálisis).
- Pacientes con sospecha o diagnóstico de intoxicación a lumínica (datos de historia clínica, aluminemias elevadas o test de desferrioxamina positivo, etc.).
- Pacientes con síntomas osteomusculares de larga evolución que no tengan un diagnóstico preciso de osteodistrofia renal.
- Sospecha de diagnóstico previo incorrecto.

2.5.1.3. **Prevención y tratamiento de la ODR**

En la ODR, al igual que ocurre en muchas otras entidades, resulta difícil separar la prevención del tratamiento, y el mejor tratamiento suele sustentarse en una adecuada prevención. En consecuencia, abordaremos ambos aspectos desde una misma óptica.

Prevención y tratamiento de la enfermedad ósea de alto recambio.

En etapas precoces de la insuficiencia renal (aclaramientos de creatinina entre 40 - 75 ml/min), el control de fósforo sérico no suele ser un problema y una dieta sin exceso de proteínas (<1000 - 1200 mg/día) suele ser suficiente. por el contrario, en esta etapa la tendencia al descenso de calcio ya puede ser manifiesta. el ideal sería mantener la cifra de calcio sérico total en valores cercanos a 10 mg/dl. para lograrlo puede ser necesaria la utilización de suplementos de calcio o dosis bajas de metabolitos activos de la vitamina d (calcitriol ó 1- α -vitamina d₃). por su papel positivo en la corrección de la acidosis metabólica y en evitar el incremento de fósforo sérico, el suplemento de calcio de elección sería el carbonato de calcio, en esta etapa la utilización de metabolitos activos de la vitamina d es todavía más controvertida.⁶

Cuando la función renal desciende por debajo de 40 ml/min, el déficit de calcitriol se hace evidente analíticamente y estudios recientes sugieren la eficacia de la utilización de metabolitos activos de la vitamina D, teniendo siempre en cuenta la necesidad de mantener el fósforo sérico en cifras normales. Este último aspecto aumenta su importancia a medida que la insuficiencia renal progresa, es entonces cuando se hace necesario la adopción de medidas más rigurosas como son una restricción proteica (normo calórica) que permita no sobrepasar los 800 – 1000 mg/día de fósforo en la dieta. La utilización de captadores de fósforo cuando los niveles séricos de fósforo

6. ⁶ LEVEY AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Ann Intern Med 1999; 130: 461-70.

superan los 6 mg/dl ó cuando el producto calcio fósforo supera el valor de 65, se hace necesaria. La administración de captore de fósforo (en lo posible no a lumínicos), debe hacerse de forma individualizada y sólo en aquellas comidas que el contenido de fósforo lo justifique. En los casos excepcionales en los que se deba administrar hidróxido de aluminio, es importante dar la menor dosis posible y nunca darlo en ayunas ni en combinación con citratos o zumos (cítricos) dado que estos últimos incrementan su absorción.

Si bien en estados precoces de la insuficiencia renal crónica, las dosis necesarias de calcitriol están destinadas a evitar la progresión del hiperparatiroidismo secundario (reemplazo casi fisiológico del déficit de calcitriol), en el hiperparatiroidismo secundario más avanzado, la dosis debe ser siempre proporcional al grado de severidad del hiperparatiroidismo secundario. Las mayores limitaciones para obtener respuesta al tratamiento con metabolitos activos de la vitamina D son la hiperfosforemia y el excesivo aumento de la glándula paratiroidea, con gran frecuencia debido al crecimiento nodular de la misma. El control médico del hiperparatiroidismo secundario muy evolucionado es difícil, y es importante administrar la dosis adecuada de metabolitos activos de la Vitamina D cuando la glándula es sensible al tratamiento y el tamaño glandular todavía reversible. Es también necesario definir sin demora la respuesta a los metabolitos de la vitamina D, a través de criterios objetivos.⁷

2.5.1.4. **Prevención y tratamiento de la enfermedad ósea de bajo recambio**

En el momento actual existen dos formas de presentación de la misma: La enfermedad ósea de bajo remodelado inducida por aluminio y la enfermedad ósea de bajo remodelado no inducida por aluminio. Por definición, ambas formas de bajo

7. ⁷ WHO. Constitution of the World Health Organization. En: Ten years of the World Health Organization (Annexe I). Geneva, 1958.

remodelado se acompañan de niveles inadecuadamente bajos de parathormona, en consecuencia, el denominador común en la prevención y tratamiento es evitar una supresión excesiva o innecesaria de la función paratiroidea. En la práctica diaria esto se reduce a evitar un aporte excesivo de calcio y a la utilización cuidadosa, individualizada y controlada de los metabolitos activos de la vitamina D. Estos cuidados tienen especial relevancia en los pacientes que están en diálisis peritoneal, en diabéticos y en los pacientes añosos.

Si el aluminio está implicado en la génesis del bajo remodelado o si se sospecha su participación, además de la adopción de todas las medidas antes mencionadas es necesario prevenir la exposición al aluminio y aumentar su movilización. La movilización del aluminio en diálisis es siempre escasa y difícil (del orden de microgramos por sesión de diálisis), por el contrario, la incorporación de aluminio es relativamente fácil y puede neutralizar nuestro intento de hacer un balance negativo de aluminio en el paciente. La mejor garantía para que esto no ocurra es mantener la concentración final de la solución de diálisis por debajo de 2 µg/L y no utilizar hidróxido de aluminio.

Las membranas de alta permeabilidad movilizan aluminio con mayor eficiencia que las de menor permeabilidad. Un efecto beneficioso adicional se puede obtener aumentando el porcentaje y la concentración absoluta de aluminio ultra filtrable mediante la utilización de desferrioxamina. En los últimos cinco años la dosis más utilizada ha sido de 5 mg/Kg/semana. Sin embargo, estudios recientes indican que dosis tan bajas como 0,5 mg/Kg/semana pueden ser eficaces y reducen la posible toxicidad de este fármaco. Si se quiere evitar la hiperalbuminemia interdiálisis (en ocasiones responsables del agravamiento de los síntomas), se puede administrar la desferrioxamina al comienzo, en lugar de al final de la diálisis, como suele ser la práctica habitual.

En resumen, en los últimos años se han aportado datos objetivos de gran trascendencia sobre la etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de la osteodistrofia

renal que permiten un manejo más objetivo de esta entidad. La inercia hace que, en ocasiones, estos cambios se traduzcan muy lentamente en medidas concretas, pero se debe hacer un esfuerzo para mejorar el manejo cotidiano del paciente con osteodistrofia renal.

2.5.2. Enfermedad Renal Crónica

Concepto: En la nomenclatura nefrológica actual, el término Insuficiencia Renal Crónica ha quedado fuera de uso, siendo reemplazado por Enfermedad Renal Crónica.

Enfermedad Renal Crónica (ERC) es tener una Velocidad de Filtración Glomerular (VFG) $<60 \text{ ml/mln}/1,73 \text{ m}^2$, y/o la presencia de daño renal, independiente de la causa, por 3 meses o más¹.

Una VFG $<60 \text{ ml/min}/1,73 \text{ m}^2$ por sí sola define ERC, porque implica la pérdida de al menos la mitad de la función renal, lo que ya se asocia a complicaciones.

Si VFG es mayor o igual a $60 \text{ ml/min}/1,73 \text{ m}^2$, el diagnóstico de ERC se establece mediante evidencias de daño renal, que puede ser definido por:

- Alteraciones urinarias (albuminuria, micro-hematuria)
- Anormalidades estructurales (por ej: imágenes renales anormales)
- Enfermedad renal genética (riñones poliquísticos)
- Enfermedad renal probada histológicamente

El requerimiento de un período mínimo de 3 meses en la definición de ERC implica que las alteraciones deben ser persistentes y habitualmente serán progresivas.

2.5.2.1. Clasificación de la ERC

Clasificación según el CIE-10 (N18) Insuficiencia renal crónica.

- (N18.0) Insuficiencia renal terminal
- (N18.8) Otras insuficiencias renales crónicas
- (N18.9) Insuficiencia renal crónica, no especificada

A continuación la clasificación según estadio

Esta clasificación, simple y fácil de usar, divide la ERC en 5 etapas, de acuerdo a la VFG estimada con ecuaciones de predicción (Cockcroft-Gault ó MDRD).

Tabla 1. Clasificación de la ERC de acuerdo al estadio²⁴

Etapa	Grado de Enfermedad Renal	FG (ml / min / 1.73m ²)
5	Insuficiencia renal que requiere TSR	< 15
4	Insuficiencia renal severa	15-29
3	Insuficiencia renal moderada	30-59
2	Insuficiencia renal leve con proteinuria, hematuria o anomalía estructural	60-89
1	Daño renal con proteinuria, hematuria o anomalía estructural y FG normal	≥ 90

FUENTE: K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. Am J Kidney Dis 2002; 39:S1-S266²².

2.5.2.2. **Epidemiología**

Las razones que fundamentan una nueva terminología, definición y clasificación de la ERC, son epidemiológicas:

La ERC se ha transformado en un problema médico y de salud pública que ha adquirido proporciones epidémicas.

La información más sólida proviene de la ERC en fase terminal, cuya incidencia no ha cesado de aumentar en las últimas décadas (crecimiento que tiende a aplanarse en los últimos años en USA), es de pronóstico pobre y provoca un enorme impacto económico en los presupuestos de salud a nivel mundial²³.

Subyacente a esta población conocida de pacientes en ERC terminal (diálisis y trasplante), existe una población mucho mayor de personas con ERC en etapas más precoces, cuya prevalencia exacta es desconocida, pero se estima en 10%, misma que se ha determinado en nuestro país según la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología^{3,24}.

En la mayoría de pacientes con ERC en etapas 1-4, el riesgo de morbimortalidad cardiovascular aumenta en directa relación a la declinación de la función renal²⁵, y es mucho mayor que el riesgo de progresión renal²⁶.

La ERC se puede prevenir y tratar. Su prevalencia aumenta con la edad y las causas identificables más comunes son la diabetes e hipertensión arterial.

El nuevo concepto, definición y clasificación de ERC es, por lo tanto, operacional al objetivo de prevenir, detectar y manejar esta enfermedad y sus factores de riesgo, aminorando su elevado riesgo cardiovascular y progresión renal.⁸⁹

8. ⁸ STEVENS LA, Coresh J, Greene T, Levey A. Assessing kidney function - Measured and estimated glomerular filtration rate. *N Engl J Med* 2006; 354: 2473-83.

9. ⁹ Rodríguez M y Cannata JB. Osteodistrofia renal. En: L Hernando, P Aljama, M Arias, C Caramelo, JE Egido y S Lamas, (eds.). *Nefrología Clínica*. Editorial Panamericana, 579-585, 1997.

Tabla 2. Clasificación y plan de acción clínica²⁶

Etapas	VFG ml/min/1.73m²	PLAN DE ACCION
Riesgo de ERC	>60 sin daño renal	Evaluación de riesgo DMT2, HTA Reducción de riesgo
	>90 con daño renal	Diagnostico y tratamiento Condiciones comorbidad Reducir progresión Reducir riesgo
	60-89	Estimar velocidad de progresión renal
	30-59	Evaluar y tratar complicaciones
	15-29	Preparar para terapia de sustitución renal
5	>15	Terapia de sustitución renal si hay uremia

Nota: el plan de acción de cada etapa incluye acciones de etapas precedentes.
Fuente: Rodríguez M y Cannata JB. 1997.

2.5.2.3. Factores de Riesgo

Factor de riesgo es un atributo que se asocia con mayor probabilidad a un pronóstico. Esta condición de riesgo puede ser demográfica, no modificable, o desarrollarse durante la vida de un individuo, susceptible por lo tanto de prevención.

Algunos individuos tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica (ERC). Los factores clínicos y socio demográficos que condicionan este riesgo en ERC se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Factores de Riesgo de ERC31.

TIPO	DEFINICION	EJEMPLOS
Factores de susceptibilidad	Aumentan la susceptibilidad o el daño renal	Mayor edad Antecedentes Bajo peso en el nacimiento Reducción de masa renal Raza
Factores de iniciación	Inician directamente el daño	Diabetes HTA Enfermedades autoinmunes Infecciones sistémicas Infección del tracto urinario Cálculos urinario Obstrucción de la vía urinaria Toxicidad a drogas
Factores de progresión	Causan empeoramiento del daño renal y declinación más rápida de la función renal	Proteinuria HTA Control pobre de la glicemia en diabetes. Tabaquismo.

Los factores de riesgo modificables más potentes de ERC son la diabetes y la hipertensión arterial.

La proyección de estas enfermedades en los próximos años continuará hacia el crecimiento. En año 2000 había 150 millones de personas diabéticas y un billón de hipertensos en el mundo. Estas cifras aumentarán a 300 millones de diabéticos y 1,5 billones de hipertensos en año 2025^{27, 28}.

Diagnóstico

Todas las personas deben ser evaluadas de rutina, en cada consulta médica o examen de salud preventivo, para determinar si están en riesgo aumentado de ERC, basado en los factores clínicos y socio - demográficos descritos.

Los individuos que tengan uno o más factores de riesgo, deben someterse a pruebas para evaluar daño renal y estimar la velocidad de filtración glomerular (VFG) (Tabla 4)

Las personas a quienes se detecte ERC deberían ser evaluados para determinar:

Descripción de ERC:

- a) Diagnóstico (tipo de nefropatía basal), función renal y proteinuria.
- b) Complicaciones de la disminución de función renal
- c) Riesgo de progresión de la enfermedad renal

Presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) clínica y factores de riesgo cardiovasculares:

- a) Glicemia en ayunas
- b) Perfil lipídico
- c) ECG (12 derivaciones)
- d) Índice de masa corporal Condiciones comórbidas
- e) Severidad de ERC, evaluada por nivel de función renal.
- f) Complicaciones, relacionadas al nivel de función renal.
- g) Riesgo de pérdida de la función renal.

Tabla 4. Laboratorio en la enfermedad renal¹⁹

<p>Para todos los pacientes en aumento de riesgo de la enfermedad renal</p> <p>Creatinina plasmática estandarizada para estimar la TFG</p> <p>Coefficiente albumina creatinina en muestra de orina aislada, de preferencia la primera orina de la mañana</p> <p>EMO.</p>
<p>Para pacientes diagnosticados de ERC</p> <p>ECO renal</p> <p>Electrolitos plasmáticos</p>

Tratamiento de la ERC

El tratamiento de ERC, según la etapa en que se encuentre el paciente, incluye:

- Terapia específica, basada en El diagnóstico
- Evaluación y manejo de condiciones comórbidas
- Aminorar la pérdida de función renal
- Prevención y tratamiento de enfermedad cardiovascular
- Prevención y tratamiento de complicaciones de la función renal reducida
- Preparación para terapias de sustitución renal
- Reemplazo de la función renal por diálisis o trasplante

Individuos en riesgo, pero que no tienen ERC, deben ser aconsejados para seguir un programa de reducción de factores de riesgo, y control periódico.

2.5.3. **Fundamentación Científica de la Variable Dependiente**

2.5.3.1. **CALIDAD DE VIDA Y ASPECTO PSICOSOCIAL.**

La Calidad de Vida es un concepto complejo, difícil de definir en términos de funcionalidad. Sin embargo, es posible establecer una característica principal: su multidimensionalidad; Es decir, la calidad de vida, como la vida misma, cuenta con ingredientes múltiples. Es más, la calidad de vida en la vejez depende del contexto o las circunstancias en las que vive la gente.

Podemos afirmar que ha habido un interés creciente sobre la calidad de vida en diversos campos científicos, pero que mientras que la progresión ha sido aritmética en los campos de estudios urbanísticos, psicológicos y sociales, en los biológicos y en la literatura médica, ha sido exponencial. Como se ha señalado en otro lugar (Fernández-Ballesteros, 1998), desde una perspectiva semántica, el término “calidad” se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular (vida), y en cambio, el término “vida” es más amplio y envuelve a los seres humanos. El problema inicial es que la vida puede analizarse desde diferentes perspectivas, por ello la calidad de vida debe ser necesariamente un concepto multifacético.

Finalmente, desde un punto de vista médico, para garantizar la calidad de vida, se han empleado indicadores epidemiológicos y socio-demográficos (como el índice de mortalidad, la esperanza de vida o la mortalidad infantil). Sin embargo, el ingreso per cápita, el índice de delitos o la esperanza de vida, a pesar de ser indicadores importantes del nivel de desarrollo económico, social o sanitario de un grupo determinado, no parece reflejar totalmente el ser humano.¹⁰

Al intentar definir el concepto de Calidad de Vida, se debaten dos argumentos: 1) Algunos postulan que la calidad de vida se refiere, exclusivamente a una percepción

10. ¹⁰ TRAYNOR J, Mactier R, Geddes CC, Fox JG. How to measure renal function in clinical practice. *BMJ* 2006; 333: 733-7.

subjetiva del individuo sobre ciertas condiciones, mientras que otros consideran que el concepto debe incluir una consideración de ambas, de las condiciones subjetivas (relacionadas con la evaluación del sujeto o con la apreciación de las diferentes condiciones de vida) y de las condiciones objetivas (las mismas condiciones, pero evaluadas independientemente del sujeto); 2) No hay acuerdo sobre si la calidad de vida debería referirse a un concepto ideográfico, en el sentido de que es el sujeto quien debe establecer sus ingredientes, o si se debe establecer un criterio general sobre la calidad de vida para todos los sujetos, lo que constituye un concepto homotético, sin embargo dentro de la calidad de vida mantenemos el aspecto psicosocial, el cual será evaluado en la presente investigación.

La salud se considera un ingrediente indiscutible de la calidad de vida sin embargo, para la gente joven con salud su importancia es secundaria frente las relaciones sociales o de trabajo (Ruiz y Baca, 1993), mientras que para las personas mayores, la salud (cuya pérdida se teme o es ya una realidad parcial) adquiere gran importancia, por encima de cualquier otra condición.

Resumiendo, en los últimos veinte años, la calidad de vida ha emergido como una imponente construcción que incluso ha llegado a provocar un cambio en los objetivos sociales. La política social ya no aspira únicamente a obtener un mayor crecimiento económico, una mejor distribución de la riqueza o un aumento en la esperanza de vida de la población, sino también a lograr algún impacto positivo en el bienestar de las comunidades atendidas e influir en la manera en que los ciudadanos evalúan los programas sociales. Como Tolma (1941) señaló, el concepto de “homo economicus” se ha sustituido por el de “homo psychologicus”: variables como la percepción del control, el apoyo social percibido o incluso la satisfacción con la vida, son condiciones importantes para el bienestar social (Campbell, 1981). Esta situación implica la introducción de un componente subjetivo en los objetivos sociales que ha sido acuñado con el término “calidad de vida”. Sin embargo, aunque este componente se acentúa en el contexto de cada disciplina, los psicólogos están menos implicados que otros científicos en esta definición operativa, en su medida y en la discusión

sobre su naturaleza, lo cual tiene indudablemente un efecto negativo sobre la investigación y debería servir de llamada de atención para los psicólogos. Finalmente, es importante subrayar el hecho de que la calidad de vida, como un concepto multidimensional, no es independiente de los contextos diferentes que produce la vida y a los cuales pertenece el sujeto. La mayoría de los estudios sobre la calidad de vida se refieren a situaciones específicas sobre la vida, es decir, la calidad de vida en personas con diferentes patologías (diabetes, SIDA, víctimas, etc), las diferentes edades (adultos, niños), los diferentes niveles sociales, etc. Dentro de estos contextos, la edad parece ser un factor personal determinante en la QOL y una parte importante de la investigación realizada en esta área se ha centrado en esta condición bio-psicológica-social.

TEST DE ZUNG

Conteste las 20 preguntas marcando solo uno de los casilleros correspondientes a la columnas A, B, C o D, según el siguiente criterio:

A = Muy poco tiempo/ Muy pocas veces/ Raramente.

B = Algún tiempo/ Algunas veces/ De vez en cuando.

C = Gran parte del tiempo/ Muchas veces/ Frecuentemente.

D = Casi siempre/ Siempre/ Casi todo el tiempo.

	A	B	C	D
Me siento triste y deprimido/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por las mañanas me siento peor que por las tardes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ahora tengo menos apetito que antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento menos atraído/a por el sexo opuesto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Creo que estoy adelgazando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy estreñado/a (constipado/a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo palpitaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me canso por cualquier cosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi cabeza no esta tan despejada como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No hago las cosas con la misma facilidad que antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tengo esperanza y confianza en el futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento más irritable que habitualmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encuentro difícil la toma de decisiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No me creo útil y necesario para la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que sería mejor para los demás que me muriera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.6. HIPÓTESIS

La osteodistrofia renal afecta el aspecto psicosocial de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

Variables

Variable independiente: Osteodistrofia renal

Variable Dependiente: Aspecto psicosocial

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Modalidad de la Investigación

Esta investigación, por estar dentro de un enfoque Crítico Propositivo, la metodología que se va a seguir tiene una modalidad cuantitativa, porque requiere sustentar la comprobación a través de la interpretación de los diferentes factores que intervienen en la afectación psicosocial en los pacientes con osteodistrofia renal, y entre ellos los datos estadísticos.

Teniendo en cuenta esta modalidad, se va utilizar algunos modos de investigación, como:

- La Investigación Bibliográfica, porque va a ser necesario documentarse para contextualizar el problema y fundamentar científicamente el Marco Teórico.
- La Investigación de Campo, porque se va a requerir que se obtendrá directamente de los pacientes en donde se realizan la diálisis.

3.2. Niveles o tipo de investigación

Para estar dentro de las exigencias de un trabajo de grado previo la obtención de título de médico, esta investigación va a tratar de alcanzar el tercer nivel de procesamiento, porque va a utilizar:

- **El nivel Descriptivo**, porque se va a clasificar los diferentes tipos factores para de uno de ellos determinar los que realmente afecten el aspecto psicosocial de los pacientes y poder prevenir la aparición de serias

consecuencias como la depresión ansiedad o los trastornos de la personalidad en los pacientes investigados.

- **El nivel transversal**, porque los datos que se recopilaran de cada uno de los pacientes se obtendrán en una sola ocasión y no se realizara un control de los mismos.
- **El nivel de correlación de variables**, porque esta investigación tiene que comprobar una hipótesis a través de la relación de la variable independiente y la variable dependiente.

3.3. Población y muestra.

La población en estudio de esta investigación abarcó todos los pacientes con osteodistrofia y Enfermedad Renal Crónica atendidos en el HPDA.

El número total de pacientes que se realiza diálisis según estadísticas del HPDA hasta febrero 2012 es de 247 pacientes y como este número fue finito por lo que aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Dónde:

N= Total de la población

Z_{α/2}= 1.962 (si la seguridad es del 95%)

p= Proporción esperada, en nuestro caso 17% = 0.17

q= 1-p en nuestro caso 1 – 0.15= 0.85

d= Precisión en este caso deseamos un 3%

El resultado en este caso es de: 42 pacientes a los cuales se les practicó la encuesta.

3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión.

3.3.1.1. Criterios de inclusión

Para la presente investigación, se incluyeron a todos los pacientes enfermedad renal crónica y osteodistrofia renal atendidos en el HPDA en el periodo de estudio.

- Pacientes mayores de 17 años y menores de 70 años
- Pacientes que firmen el consentimiento informado
- Pacientes sin problemas neurológicos o que impidan la aplicación adecuada de los test y la encuesta.

3.3.1.2. Criterios de exclusión.

Se excluye a todos aquellas pacientes con información incompleta en la historia clínica, que no firmen consentimiento informado o que quieran obtener ventaja de la investigación.

- Pacientes con antecedentes de depresión o ansiedad antes de que inicie diálisis.
- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

Tabla 5. VARIABLE INDEPENDIENTE: Osteodistrofia renal

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<p>La Osteodistrofia Renal se define a las alteraciones del metabolismo óseo-mineral de los pacientes con ERC, alterando la morfología y arquitectura ósea, y provocando serias malformaciones, dolor intenso y discapacidad funcional.</p>	<p>Alteraciones del metabolismo osteomineral</p> <p>Alteraciones morfológicas y arquitectura ósea</p>	<p>Color de la piel. Valores de densimetría ósea. Desbalance fosforo calcio.</p> <p>Dolor óseo Deformidad ósea Discapacidad funcional Sintomatología de la ERC</p>	<p>Cuáles son las alteraciones más comunes en el metabolismo óseo mineral de los pacientes en estudio?</p> <p>Cuáles son las alteraciones más comunes a nivel de morfología y arquitectura ósea en pacientes en estudio?</p>	Encuesta.	Cuestionario.

Tabla 6. Aspecto psicosocial.

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Relación del individuo con el entorno según su estado de ánimo.	Relación con el entorno	Relaciones interpersonales Familiares Comportamiento social	Cuál es el estado de ánimo de los pacientes?	Encuesta.	Cuestionario.
	Estado de animo	Bienestar psicológico Enfermedad mental	Cuál es la relación de los pacientes en estudio con el entorno?		

3.3.1.3. Plan de recolección de información

El proceso que se va a seguir es el siguiente:

1. Se determinó los sujetos de investigación: En enfermedad Renal Crónica y osteodistrofia renal atendidos en el HPDA.
2. Se elaboró los instrumentos de la encuesta y entrevista: Para la encuesta, los contenidos de las preguntas se tomó de los Ítems de la Operacionalización de variables de la Hipótesis, y serán validadas a través de la prueba piloto, con 10 pacientes atendidos en el HPDA. En vista que los test que se aplicaran ya fueron validados a nivel internacionales se aplicaran directamente a cada uno de los pacientes.
3. Las encuestas se aplicaron durante todo el mes de febrero de presente año en el centro de diálisis; así mismo los test para determinar alteraciones en el aspecto psicosocial se realizaran durante la aplicación de la encuesta Para la aplicación de las encuestas y test se solicitará permiso a las autoridades correspondientes.

3.3.1.4. Técnicas de Procesamientos y análisis de Datos

El proceso que se va a seguir es el siguiente:

1. Se hará la limpieza de la información
2. Se procederá a la codificación de las respuestas.
3. Se harán las tabulaciones, en donde se relacionarán las diferentes respuestas.
4. Se presentarán gráficamente las tabulaciones.
5. Con ese insumo se procederá a analizar los resultados y a interpretarlos, teniendo en cuenta el Marco teórico.

6. Se aplicará un modelo estadístico para la comprobación matemática de la Hipótesis.
7. Con el análisis, la interpretación de resultados y la aplicación estadística, se hará la verificación de la hipótesis.
8. Se harán las conclusiones generales y las recomendaciones.
9. A partir de las conclusiones, se hará una propuesta de solución al problema investigado.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4. Análisis e Interpretación de Resultados

Del total de pacientes que fueron ubicados en la muestra 42 de ellos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, es decir presentaban diagnóstico de osteodistrofia renal. A continuación se realizara el análisis de cada una de las preguntas de la encuesta practicada a los pacientes investigados.

4.1. Análisis de la Información de los pacientes

Grupos de edad de los pacientes que se realizan diálisis y presentan osteodistrofia renal.

Tabla 7. Edad

Grupo Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adolescente	1	2,4%
Adulto Joven	3	7,1%
Adulto Mayor	20	47,6%
Adulto Viejo	18	42,9%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

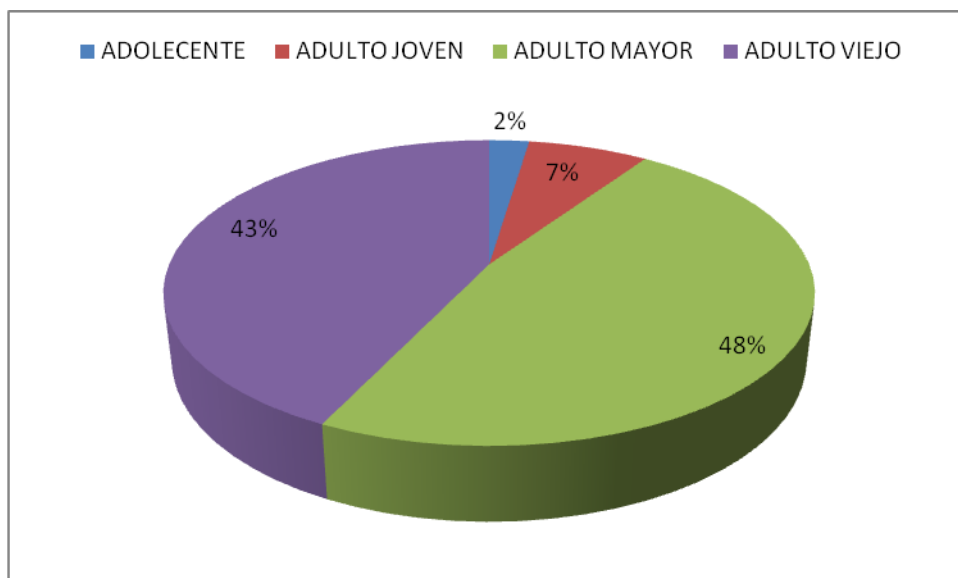


Ilustración 1. Edad

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

Análisis e interpretación de resultados

En el gráfico y tabla anterior se puede observar los grupos de edad de los pacientes investigados, el 48% de los pacientes corresponde al grupo adulto mayor, seguidamente se encuentra el grupo adulto viejo con el 43%, el 7% adulto joven y tan solo el 2% paciente joven por lo tanto los grupos de edad que representan la mayoría de pacientes investigados son el grupo adulto mayor de 25 a 65 años de edad y adulto viejo o mayores de 65 años que en total representan el 91% de todos los pacientes investigados.

Género de los pacientes que se realizan diálisis y presentan osteodistrofia renal.

Tabla 8. Género

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	28	66,7%
Masculino	14	33,3%
Total	42	100,0%

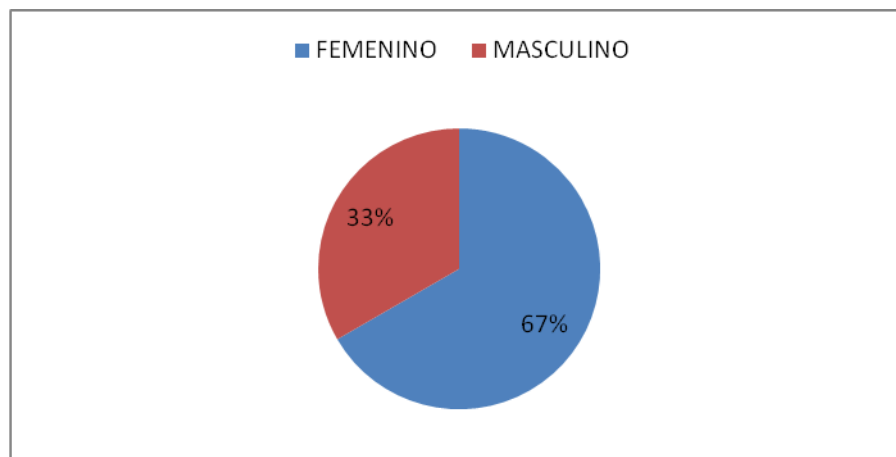


Ilustración 2. Género

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

Análisis e interpretación de resultados

El 67% de los pacientes fue del género femenino y el 33% represento el género masculino, por lo que concluimos que el género femenino tienen mayor susceptibilidad para presentar osteodistrofia renal y trastornos psicosociales., esto se debe al estilo de vida y ritmo de trabajo de las mujeres en relación a los varones

Procedencia de los pacientes que se realizan diálisis y presentan osteodistrofia renal.

Tabla 9. Procedencia

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
RURAL	27	64,3%
URBANO	15	35,7%
Total	42	100,0%

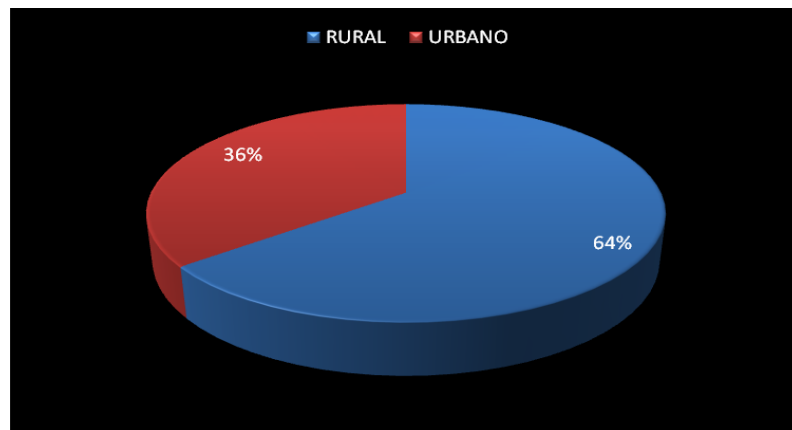


Ilustración 3. Procedencia

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

El 64% de los pacientes investigados responde a que es de procedencia rural y el 36% es de procedencia urbana, con esto se concluye que los pacientes de las zonas rurales presentan más complicaciones que los que viven en las zonas rurales, puede deberse a estilos de vida de cada sector, así como nivel socio económico y de escolaridad

Etnia de los pacientes que se realizan diálisis y presentan osteodistrofia renal.

Tabla 10. Etnia

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	1	2,5%
Mestiza	41	97,5%
Total	42	100,0%

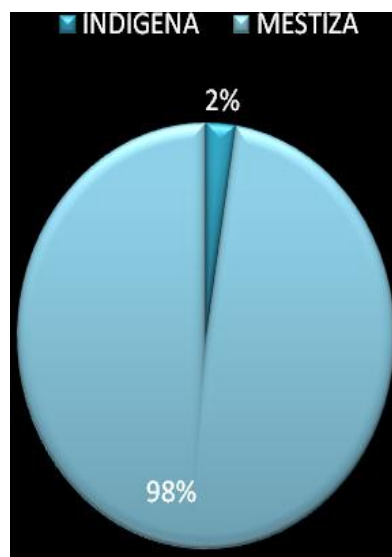


Ilustración 4. Etnia

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

Análisis e interpretación de resultados

Así mismo se analizó la etnia de los pacientes con osteodistrofia renal y trastornos psicosociales el 98% representa etnia mestiza y tan solo el 2% de los pacientes investigados son paciente de etnia indígena, coincide con aspectos similares a las preguntas anteriormente analizada

Ocupación de los pacientes que se realizan diálisis y presentan osteodistrofia renal.

Tabla 11. Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Agricultura	7	16,7%
Comercio	11	26,2%
Ninguno	13	31,0%
Otro	5	11,9%
Qqdd	6	14,3%
Total	42	100,0%

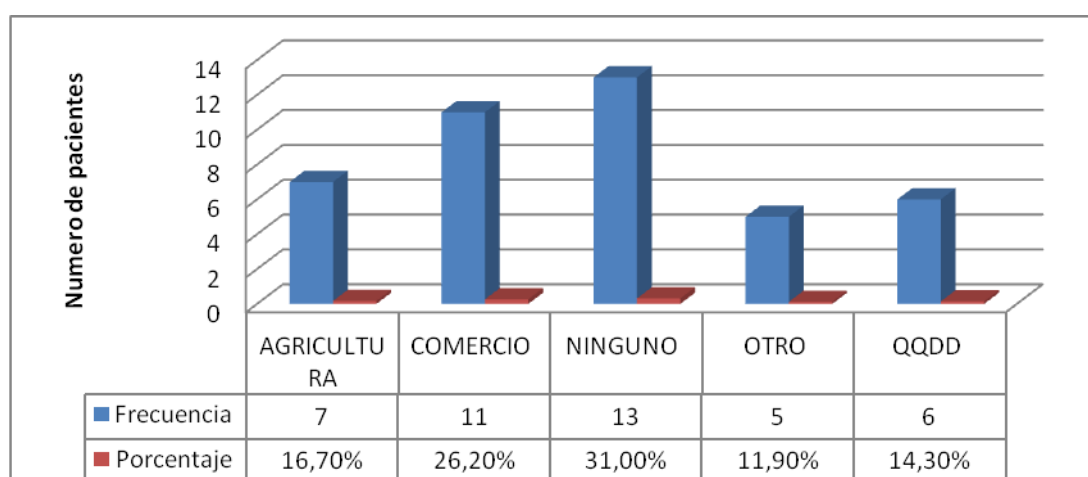


Ilustración 5. Ocupación

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

El 31% de los pacientes investigados no tiene ocupación, esto puede contribuir a las alteraciones psicológicas que presentan los pacientes ya que una ocupación o que hacer puede ayudar a los pacientes ya que mientras se ocupan mantienen su mente distraída, además el 26.2% se dedicaba al comercio, el 16% a la agricultura., y un 14% a los quehaceres domésticos, el tipo de actividad desde el punto psicológico incide en el comportamiento y aceptación del paciente.

Tiempo de diálisis de los pacientes que se realizan diálisis y presentan osteodistrofia renal.

Tabla 12. tiempo de diálisis

Tiempo De Diálisis	Frecuencia	Porcentaje
> 11 Años	18	42,9%
1- 5 Años	2	4,8%
6 - 10 Años	22	52,4%
Total	42	100,0%

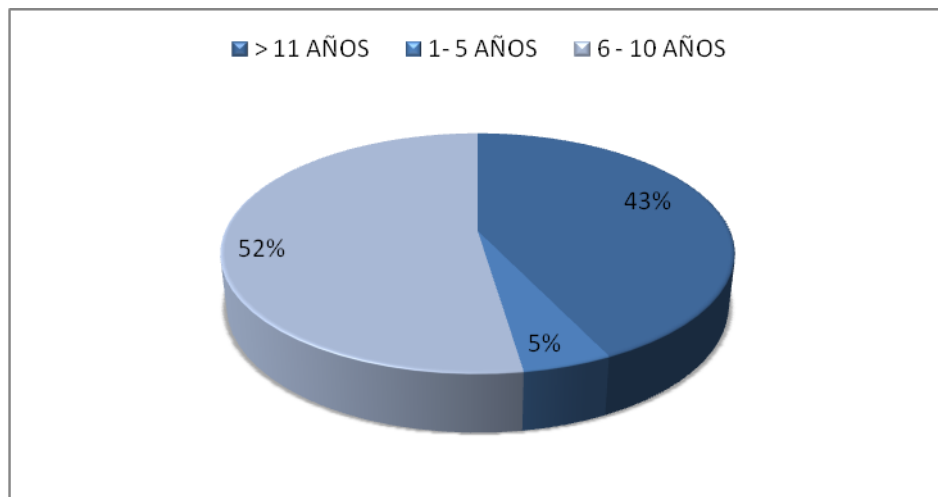


Ilustración 6. Tiempo de diálisis

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

El 52% de los pacientes se ha realizado diálisis de entre 6 a 10 años, mientras el 43% se ha realizado diálisis por más de 11 años, solo el 5% de los casos se realiza diálisis entre 1 a 5 años, el tiempo de diálisis incide directamente en la progresión de la enfermedad pero sobre todo en aspectos como en factores psicosociales.

Pregunta: ¿Desde el inicio del problema óseo usted se ha puesto triste?

Tabla 13. Inicio del problema óseo

Se Ha Puesto Triste	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	29	69,0%
Muy Pocas Veces	7	16,7%
Todo El Tiempo	6	14,3%
Total	42	100,0%

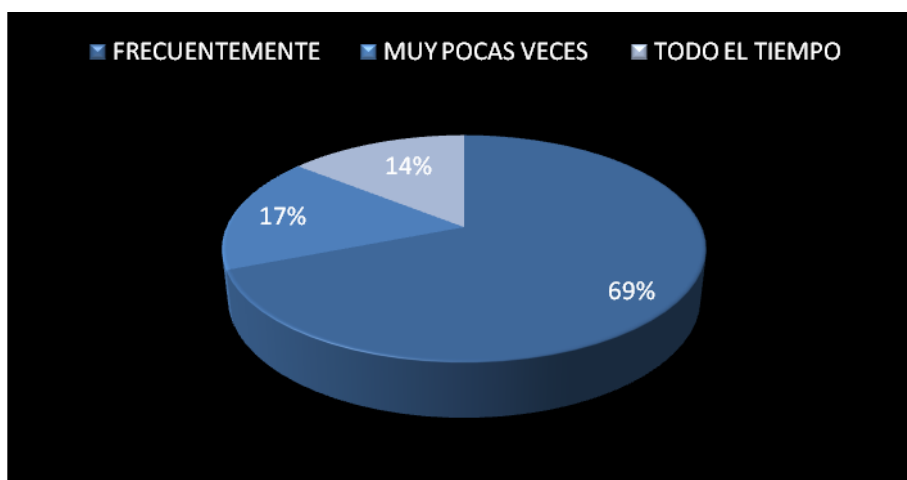


Ilustración 7. Inicio del problema óseo

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

Análisis e interpretación de resultados

El 69% de los pacientes investigados se ha puesto triste frecuentemente desde que inicio su problema óseo y la diálisis, todo el tiempo el 14% y el 17% se ha puesto triste muy pocas veces, la depresión es un factor prevalente que incide en patologías severas como la insuficiencia renal, esto se debe a la influencia de la medicación y tratamiento dentro del sistema inmunológico del paciente.

Pregunta: ¿Ha influido el problema óseo en su vida social?

Tabla 14. Influye en su vida social

Ha Influido Diálisis En Su Vida Social	Frecuencia	Porcentaje
A Menudo	17	40,5%
Frecuentemente	18	42,9%
Muy Pocas Veces	7	16,7%
Total	42	100,0%

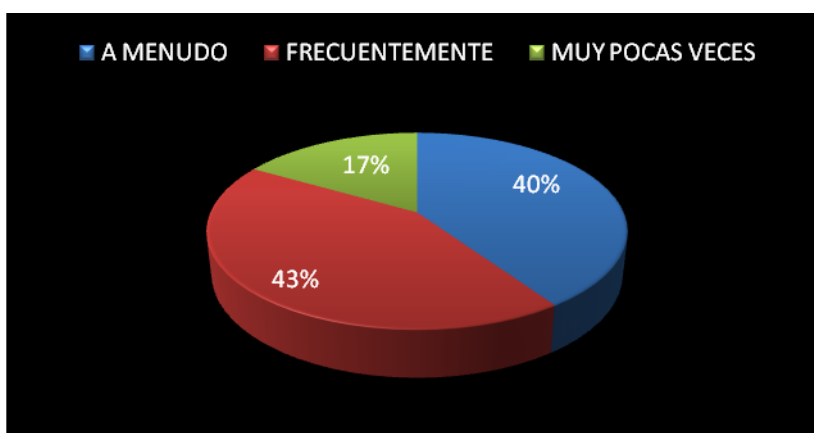


Ilustración 8. Influye en su vida social

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

Análisis e interpretación de resultados

El 43% de los pacientes investigados refiere que el problema de osteodistrofia renal ha influido en su vida social ya que no se realizan normalmente sus actividades normales, presentan dolor en articulaciones, el 40% de los pacientes responden que a menudo afecta su vida social el problema descrito, y tan solo el 17% responde que muy pocas veces se ve afectada su vida social por la osteodistrofia renal, la actividad de rutina de todo ser humano es fundamental para elevar su nivel psicológico.

Pregunta: ¿Ha presentado dolor en huesos o articulaciones?

Tabla 15. dolor de huesos

Dolor En Hueso o Articulaciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	83,3%
No	7	16,7%
Total	42	100,0%

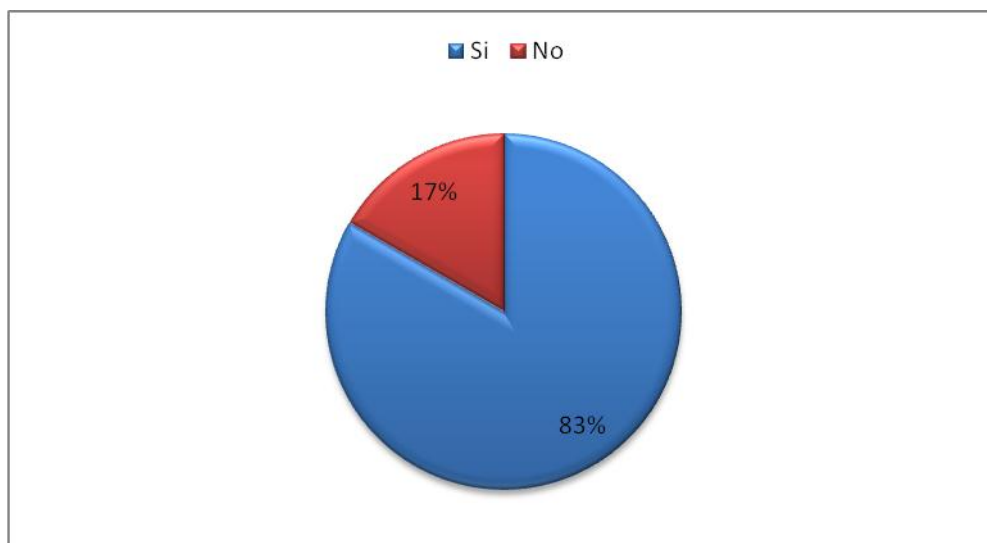


Ilustración 9. Dolor de huesos

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

Análisis e interpretación de resultados

El 83% de la población investigada refiere presentar muy frecuentemente dolores articulares u óseos producto de la osteodistrofia renal, el dolor es un factor que incide sobre la depresión, estilos de vida incluso llegando a la inmovilidad del paciente, estos factores afectan directamente en la calidad del vida del paciente quien dependiendo de su edad tiene mayor o menor afectación, tal es así que el adulto mayor femenino tiene mayor nivel de afectación.

Pregunta: ¿El dolor impide sus actividades normales?

Tabla 16. Desarrolla actividades normales

Dolor Impide Actividades	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	73,8%
No	11	26,2%
Total	42	100,0%

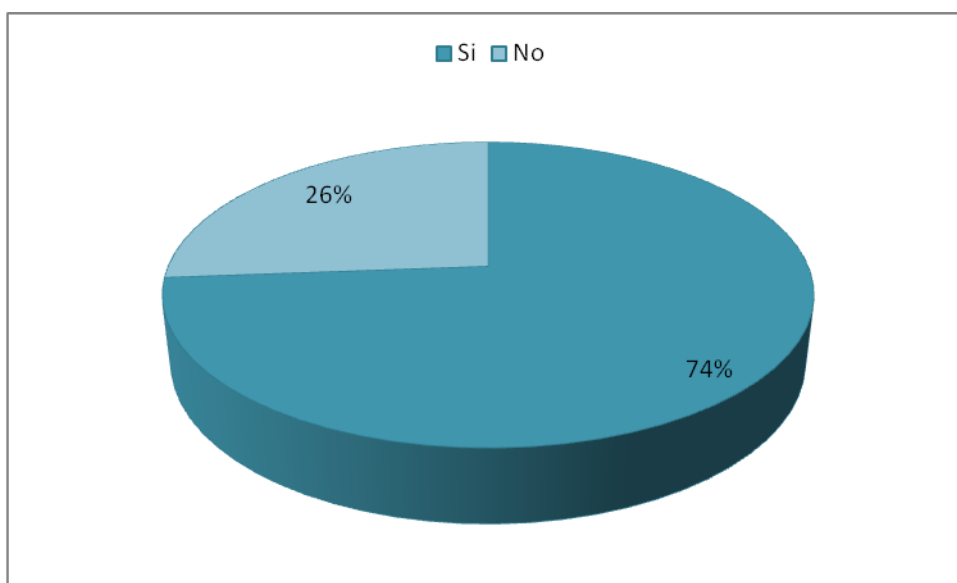


Ilustración 10. Dolor y actividades normales

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

Análisis e interpretación de resultados

Se pregunto también si el dolor afecta sus actividades normales y el 74% de los pacientes investigados respondió que sí afecta sus actividades normales, la manifestación del dolor varía de persona a persona, esto también se relaciona con el estadio en el que se encuentra la enfermedad, así como la incidencia de factores modificables y no modificables que han afectado al paciente

Pregunta: ¿Ha presentado tendencia al llanto, desde el inicio del problema óseo?

Tabla 17. tendencia al llanto

TENDENCIA AL LLANTO	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	61,9%
No	16	38,1%
Total	42	100,0%

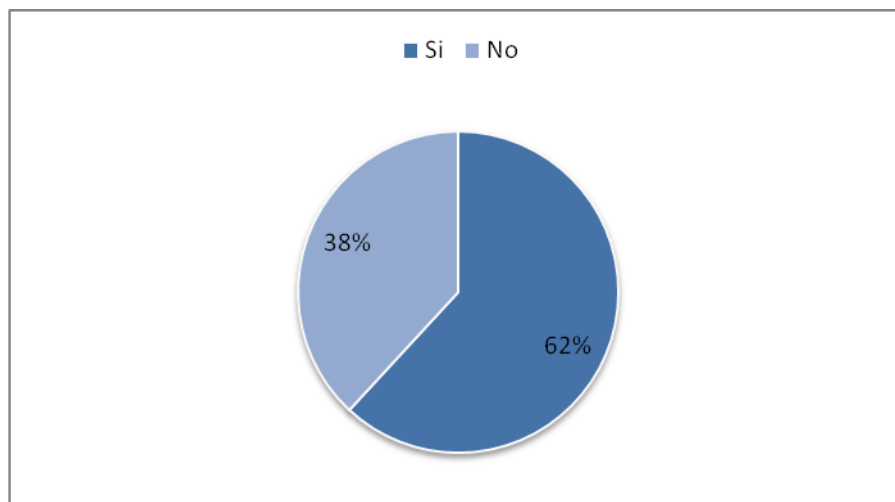


Ilustración 11. Tendencia al llanto

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

Análisis e interpretación de resultados

Se hizo preguntas tomando directamente del test de Zung de depresión, la primera fue si desde el inicio de ODR y diálisis ha tenido tendencia al llanto y el 62% responde que si lo ha presentado, Las neuropatías dolorosas son un grupo frecuente de trastornos neurológicos debidos a lesiones de los nervios que generan dolor crónico intenso. Los nervios conectan la médula espinal con el resto del cuerpo y ponen en comunicación el cerebro con la piel, los músculos y los órganos internos, esta presentación de la enfermedad incide en fase de llanto y depresión del paciente con IRC.

Pregunta: ¿Ha presentado falta de ánimo desde el inicio del problema óseo?

Tabla 18. Falta de Animo

FALTA DE ANIMO	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	54,8%
No	19	45,2%
Total	42	100,0%

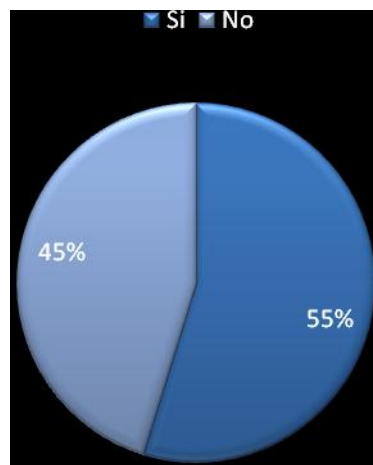


Ilustración 12. Falta de ánimo

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

Análisis e interpretación de resultados

Desde que el paciente inicio diálisis y presenta ODR, el 55% de los pacientes ha presentado falta de ánimo mientras el 45% refiere no haber presentado falta de ánimo, La depresión es común entre los pacientes con enfermedades crónicas. Dos grupos totalmente vulnerables son los pacientes con insuficiencia renal en diálisis y los pacientes diabéticos. La importancia de la presencia de depresión, en estos pacientes radica, en la mala calidad de vida de los mismos, y la mala convivencia con sus respectivas enfermedades.

Pregunta: ¿ha presentado insomnio desde el inicio del problema óseo?

Tabla 19. Insomnio

INSOMNIO	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	52,4%
No	20	47,6%
Total	42	100,0%

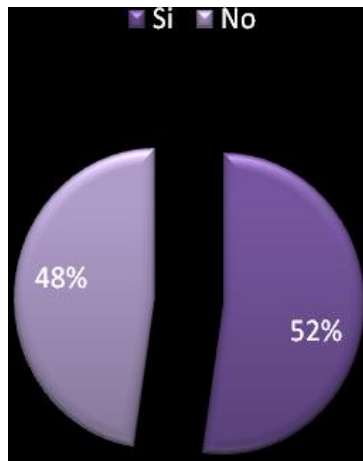


Ilustración 13. Insomnio

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

Análisis e interpretación de resultados

El 52% de los pacientes ha presentado insomnio desde que ha iniciado diálisis y presenta problemas de osteodistrofia renal., el sueño es fundamental en todo ser humano mucho más en pacientes con IRC, pero aspectos que ya se han mencionado antes como el dolor, depresión, conllevan a la disminución del sueño y aún más a la presencia de insomnio.

Pregunta: ¿Ha presentado falta de memoria desde el inicio del problema óseo?

Tabla 20. Falta de memoria

FALTA MEMORIA	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	69,0%
No	13	31,0%
Total	42	100,0%

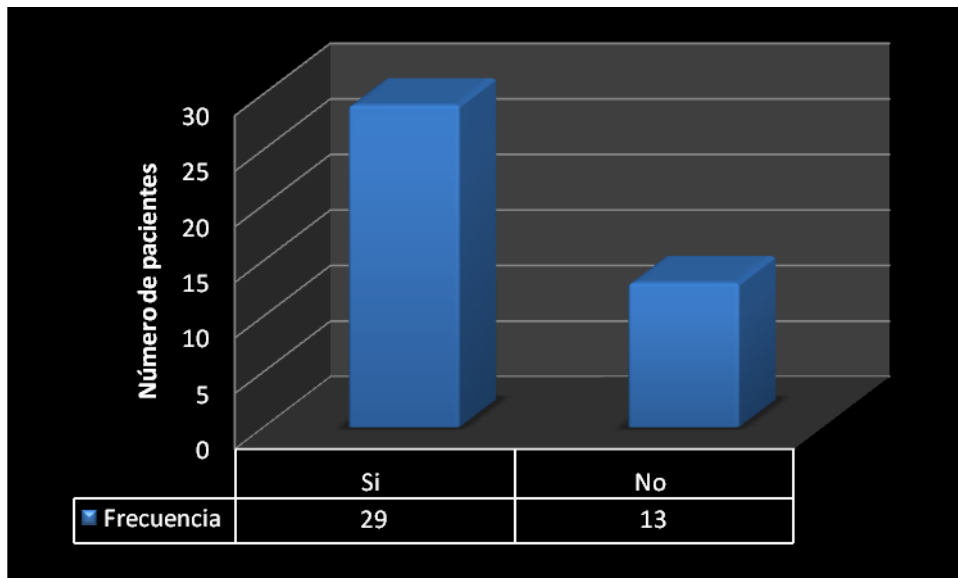


Ilustración 14. Falta de memoria

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

El 69% de los pacientes ha presentado trastornos de la memoria que también forma parte de los síntomas que aparecen en la depresión, debido a los factores coadyuvantes psicológicos, así como la falta de sueño y los medicamentos conllevan a los pacientes con IRC a la falta de memoria.

Pregunta: ¿Ha presentado falta de placer desde que inicio del problema óseo?

Tabla 21. Pérdida de placer

PERDIDA DEL PLACER	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	40,5%
No	25	59,5%
Total	42	100,0%

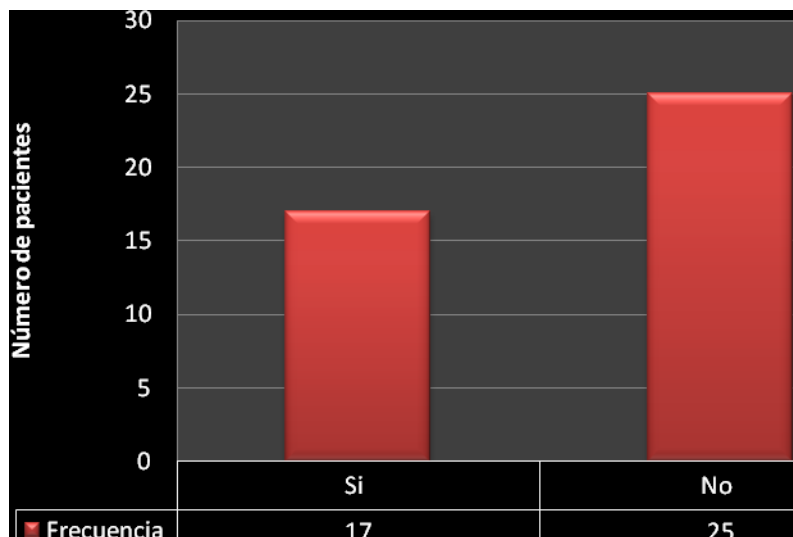


Ilustración 15. Falta de placer

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

El 40% de los pacientes investigados ha presentado falta de placer desde que ha iniciado el problema clínico ODR y la diálisis, La presencia de una o más condiciones médicas crónicas eleva la prevalencia reciente a la disminución del placer de un paciente con IRC.

Pregunta: ¿Ha presentado falta de energía desde el inicio del problema óseo?

Tabla 22. falta de energía

FALTA ENERGIA	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	69,0%
No	13	31,0%
Total	42	100,0%

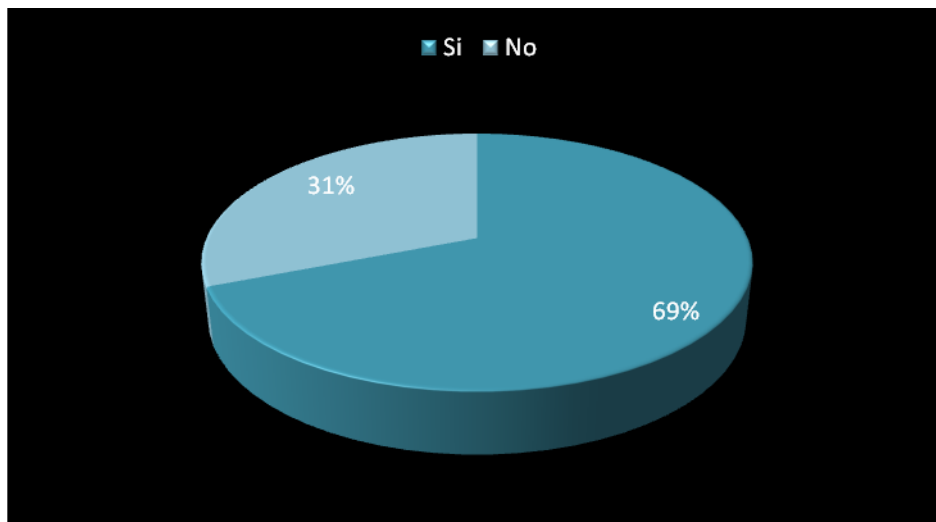


Ilustración 16. Falta de energía

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

El 69% de los pacientes presenta falta de energía mientras el 31% no la presenta, este es otro de los síntomas descritos en el test de Zung o de depresión para su diagnóstico, la falta de sueño, la depresión y el estrés incide directamente en la falta de energía de un ser humano, si a esto le sumamos las complicaciones o reacciones que acompañan al tratamiento.

Pregunta: ¿Ha presentado ansiedad desde el inicio del problema óseo?

Tabla 23. Ansiedad

ANSIEDAD	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	45,2%
No	23	54,8%
Total	42	100,0%

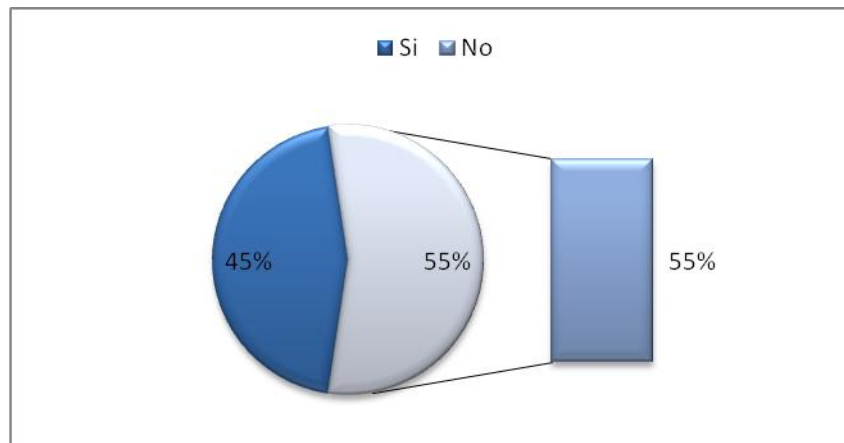


Ilustración 17. Ansiedad

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el HPDA, periodo Noviembre 2011 – Febrero 2012.

Elaborado por el autor

El 55% de los pacientes refiere que presenta ansiedad, mientras el 45% no presenta ansiedad desde que inicio diálisis, como se puede observar la depresión se genera una vez que se tiene la progresión de la enfermedad, esto puede deberse a diferentes que factores que anteriormente ya fueron descritos.

4.2 VERIFICACION DE HIPOTESIS

La osteodistrofia renal afecta el aspecto psicosocial de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

Variables

Variable independiente: Osteodistrofia renal

Variable Dependiente: Aspecto psicosocial

Después de haber descrito cada una de las preguntas destinadas a conocer si los pacientes con osteodistrofia renal presentan trastornos psicosociales, se ha señalado que el 55% de los pacientes presenta ansiedad y el 69% de los mismos presenta sintomatología relacionada con ansiedad relacionado con el Test de Zung.

Por lo tanto la Hipótesis se verifica ya que más del 50% de los pacientes investigados tiene alteraciones psicológicas y el 91% de los mismos ha presentado alteraciones sociales.

Para validar estadísticamente la hipótesis se utiliza Riesgo Relativo (RR) en razón de incidencias, el mismo que nos permite determinar el factor causal que incide sobre determinada patología.

El riesgo relativo es una razón de incidencias

Expresa: la probabilidad de sufrir una enfermedad entre quienes están expuestos al factor considerado causal, respecto a los no expuestos.

$$\text{Riesgo Relativo} = \frac{\text{Incidencia entre los expuestos}}{\text{Incidencia entre los no expuestos}}$$

En este caso se quiere determinar la probabilidad de que los factores psicosociales sobre la osteodistrofia.

De ahí que utilizamos las variables de Ansiedad y Dolor que son factores psicosociales y obviamente la presencia de osteodistrofia.

Tabla 24. Riesgo relativo por incidencia

F. PSICOS. / OST.	SI	NO	TOTAL
ANSIEDAD	10	4	14
DOLOR	24	4	28
TOTAL	34	8	42

Calculamos la incidencia de la Osteodistrofia sobre la ansiedad:

$$10 / 14 = 71\%$$

Incidencia de Osteodistrofia sobre el dolor

$$24 / 28 = 86\%$$

Posteriormente determinamos Riesgo Relativo.

$$71/86 = 1$$

Como se observa la incidencia del dolor en pacientes con osteodistrofia es mayor que la de la ansiedad, esto se debe a la acción que sobre el organismo se manifiesta tanto fisiológica como inmunológicamente sobre la persona.

De ahí que se deduce que 1 de cada 10 pacientes se ven afectados psicosocialmente debido a la osteodistrofia renal.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Tomando en cuenta la presente investigación se concluye que los pacientes desconocen de la enfermedad.
- Luego del análisis realizado se puede concluir que el mayor número de pacientes que tienen esta enfermedad es el Adulto Mayor Femenino ya que es el más afectado.
- Los factores psicosociales prevalentes que inciden por la osteodistrofia renal en los pacientes de estudio es el dolor y la ansiedad, seguidos del insomnio y el llanto.
- La incidencia de los factores psicosociales está determinada por el 86% en cuanto al dolor y 71% en cuanto a la ansiedad.
- Al validar la hipótesis con la prueba de riesgo relativo por incidencia se tiene que 1 de cada 10 pacientes con osteodistrofia renal se ven afectados por los factores psicosociales, específicamente por el dolor y la ansiedad
- El diagnóstico de osteodistrofia renal no está difundido y muchos médicos no lo consideran como entidad nosológica frecuente en la insuficiencia renal.

5.2. RECOMENDACIONES

- Al Personal de Salud realizar el seguimiento de los pacientes con osteodistrofia renal, a través de un diagnóstico preciso tanto clínico como para clínico para que el seguimiento siga siendo específico.
- La osteodistrofia es una entidad nosológica que obliga a motivar el protocolo de trabajo en equipo sobre todo médico para determinar a tiempo y disminuir la sintomatología en este grupo de pacientes.
- Al personal de salud aplicar las estrategias diseñadas, orientadas a disminuir la afectación que tienen los pacientes con osteodistrofia por los factores psicosociales.
- Por ser la insuficiencia renal crónica una enfermedad irreversible, la función médico psicológica obliga a realizar una evaluación y apoyo de sostén psicoterapéutico.

CAPITULO VI

6. PROPUESTA

6.1. Datos informativos

TEMA: “Estrategias de intervención que coadyuven a disminuir la presencia de factores psicológicos en pacientes con osteodistrofia renal atendidos en el HPDA”

AUTOR: Joaquín Castillo

DIRECCION

TELEFONO

EMAIL

TUTOR Dra. Fanny Pérez.

6.2. Título:

“Estrategias de intervención que coadyuven a disminuir la presencia de factores psicológicos en pacientes con osteodistrofia renal atendidos en el HPDA”

6.3. Institución efectora:

La propuesta se realizará en el Hospital Regional Docente Ambato.

6.4. Beneficiarios:

Los beneficiarios serán los pacientes con diagnóstico de osteodistrofia renal que se realizan diálisis en el centro mencionado y que deseen formar parte de este grupo, que posean o no enfermedades concomitantes, los mismos que serán informados por medio de los médicos que brinden consulta externa y por medio de afiches que se colocarán en puntos estratégicos en el centro de diálisis.

6.5. Ubicación:

La propuesta estará ubicada en el HPDA.

6.6. Tiempo:

La propuesta se ejecutará inmediatamente después de su aprobación, no se establece un tiempo de finalización ya que estará de manera constante, en permanente modificación, para poder valorar el impacto que presente, su correcta utilización y distribución para la que se realizarán constantes evaluaciones.

6.7. Equipo técnico responsable

Para la ejecución de la propuesta el equipo está conformado por un especialista en psiquiatría, psicólogos, médicos, enfermeras, voluntariado y el investigador.

6.8. Costo:

La propuesta tiene como presupuesto un total de 750 dólares que será invertidos en los especialistas que intervendrán, en el diseño de la propuesta, en la realización de los afiches, en conferencias, además en la elaboración de medidas preventivas e informativas (folletos) que se repartirán a todos los pacientes que participen en este proyecto.

6.9. Antecedentes de la propuesta

En el trabajo que se realizó en el HPDA a partir de la encuesta realizada a 42 pacientes la media de la edad fue de 58.5 años de edad mas una desviación estándar o típica de 16.7 años de edad, el grupo de edad más frecuente en el diagnostico de osteodistrofia renal fue el del adulto mayor con 20 pacientes lo que corresponde a 47.6%, seguido de adulto viejo con 18 pacientes lo que corresponde a 42.9%, el género más frecuente fue el femenino con 28 pacientes de los 42 lo que corresponde al 66.7% de los pacientes investigados, el 31% de los pacientes no realiza ninguna actividad laboral, esto puede estar implicado en las alteraciones psicologías como la depresión y ansiedad que presentan estos

pacientes, ya que mientras se encuentran ocupando su mente, las preocupaciones no adquieren lugar en el cerebro y por ende disminuyera la depresión o ansiedad producto de la preocupación, en segundo lugar la ocupación más frecuente fue el comercio con el 26.2%, según el tiempo de diálisis de los pacientes 22 pacientes lo que corresponde al 52.4% se realizan diálisis entre 6 y 10 años, 18 de los 42 pacientes se realizan diálisis > de 10 años y solo 2 pacientes entre 1 a dos años de diálisis, el 69% de los pacientes investigados refiere haberse puesto triste más frecuentemente desde que se realiza diálisis y tiene problemas de dolores articulares que impide el desarrollo de las actividades normales, el 40.5% refiere que los problemas de las articulaciones y de los huesos, sea deformidad o dolor ha influido en su vida social y psicológica

Por lo tanto más del 60% de los pacientes presentan alteraciones psicosociales que impide una adecuada relación comportamiento y actividad normal de los pacientes atendidos en el HPDA y que además tienen osteodistrofia renal.

6.10. Justificación

Las razones que justifican la presente propuesta son:

Las enfermedades no transmisibles crónicas como la enfermedad renal crónica y las derivadas de esta como la osteodistrofia renal cada vez va en aumento y así mismo son responsables de las alteración psicológicas y sociales, ya que impiden las actividades normales del paciente, provocan dolor, deformidad y en resumen disfunción, permitiendo que el paciente adquiera depresión o ansiedad frente a la inactividad que presenta.

Además la presencia de servicios de salud poco capacitados y además de una inadecuada atención con respecto a los problemas asociados a la enfermedad de base facilitan que estas enfermedades mentales o psicológicas se apoderen del paciente y determinen su condición personal y social.

La insuficiencia de recursos, la realización de campañas preventivas; la poca o nula ayuda del sector privado permiten que la información proporcionada a los pacientes sea muy pobre y por lo tanto se desconozcan los beneficios de una vida activa, ya que no solo el tratamiento médico o las drogas son las que curan este tipo de enfermedades psicológicas sino más bien la actitud del paciente frente a la enfermedad.

Hasta el momento no se ha evidenciado campañas de prevención de los problemas psicológicos de los pacientes con enfermedades como la osteodistrofia renal.

6.11. Objetivos

6.11.1. Objetivo general

- ✓ Diseñar estrategias de intervención que coadyuven a disminuir la presencia de factores psicológicos en pacientes con osteodistrofia renal que se atienden en el HPDA.

6.11.2. Objetivos específicos

- ✓ Mejorar la calidad de vida psicológica emocional del paciente con osteodistrofia renal a través de la intervención del equipo médico – psicólogo.

6.12. Análisis de factibilidad

La propuesta es realizable desde el punto de vista técnico ya que se tiene las bases suficientes en conocimientos, se dispone del diseño del manual, de las guías ofrecidas, de médicos psicólogos y psiquiatra del Hospital Regional Docente Ambato.

Los costos de la propuesta serán facilitados por parte del investigador, el mismo que evaluará trimestralmente la propuesta para valorar su impacto y realizar actualizaciones o modificaciones.

Es factible desde el punto de vista administrativo ya que se pedirán los respectivos permisos o autorizaciones a las autoridades del centro de diálisis.

La actual propuesta es direccionada a pacientes de todo nivel socioeconómico y cultural, de tal manera que se utilizaran términos sencillos para mejor entendimiento del paciente y sus familiares, además será respaldado legalmente con el cumplimiento de las normas del buen vivir, reglamentado en la Asamblea Constitucional de Septiembre del 2008, articulando cada uno de sus componentes legales.

Desde el punto legal es una propuesta factible basándose en la Ley Orgánica de Salud título I artículo 3°.- Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.

Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.

Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

6.12.1. Fundamentación Científico Técnica.

6.12.1.1. Introducción

La psicología de la salud propone estrategias de intervención para las instituciones públicas donde actualmente ha surgido la necesidad de brindar apoyo terapéutico en el afrontamiento de enfermedades crónicas, como lo es la Enfermedad Crónica (ERC), padecimiento que ha ido prevaleciendo en la población y con pocas alternativas de tratamiento médico. Las necesidades de atención de los pacientes con ERC han hecho relevantes a la Terapia psicológica o previniendo las alteraciones que aparecen en como la depresión y la ansiedad. En el presente trabajo se plantea un programa de prevención de alteraciones psicosociales en los pacientes con osteodistrofia renal atendidos en el HPDA.

Por otro lado la nueva política de salud pone énfasis en la prevención como mejor solución a la enfermedad y la necesidad de asumir la responsabilidad personal en el cuidado y preservación de la salud, además del crecimiento del envejecimiento en la población. Todo ello genera acciones como: mantener un ambiente seguro, fomentar comportamientos saludables, así como hacer seguimiento de la enfermedad física y terapéuticamente; por lo que se requiera de la intervención psicológica

6.12.1.2. Enfermedad Renal Crónica

Concepto: En la nomenclatura nefrológica actual, el término Insuficiencia Renal Crónica ha quedado fuera de uso, siendo reemplazado por Enfermedad Renal Crónica.

Enfermedad Renal Crónica (ERC) es tener una Velocidad de Filtración Glomerular (VFG) $<60 \text{ mL/mln}/1,73 \text{ m}^2$, y/o la presencia de daño renal, independiente de la causa, por 3 meses o más1.

Una VFG $<60 \text{ ml/min}/1,73 \text{ m}^2$ por sí sola define ERC, porque implica la pérdida de al menos la mitad de la función renal, lo que ya se asocia a complicaciones.

Si VFG es mayor o igual a 60 ml/min/1,73 m², el diagnóstico de ERC se establece mediante evidencias de daño renal, que puede ser definido por:

- Alteraciones urinarias (albuminuria, micro-hematuria)
- Anormalidades estructurales (por ej.: imágenes renales anormales)
- Enfermedad renal genética (riñones poli quísticos)
- Enfermedad renal probada histológicamente

El requerimiento de un período mínimo de 3 meses en la definición de ERC implica que las alteraciones deben ser persistentes y habitualmente serán progresivas.

6.12.1.3. Clasificación de la ERC

Clasificación según el CIE-10 (N18) Insuficiencia renal crónica.

- (N18.0) Insuficiencia renal terminal
- (N18.8) Otras insuficiencias renales crónicas
- (N18.9) Insuficiencia renal crónica, no especificada

A continuación la clasificación según el estudio

Esta clasificación, simple y fácil de usar, divide la ERC en 5 etapas, de acuerdo a la VFG estimada con ecuaciones de predicción (Cockcroft-Gault ó MDRD).

Tabla 25. Clasificación de la ERC de acuerdo al estadio²⁴

ETAPA	GRADO DE ERC	FG (ML/MIN/1.73M²)
1	<i>Daño renal con proteinuria hematuria o anormalidad estructural y GF normal</i>	< 15
2	ERC leve con proteinuria hematuria, hematuria o anormalidad estructural	15 – 29
3	ERC moderada	30 – 59
4	ERC severa	60 – 89
5	ERC que requiere TSR	≥ 90

FUENTE: K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. Am J Kidney Dis 2002; 39:S1-S266²².

6.12.1.4. Ostedistrofia renal

6.12.1.5. Definición.-

El término osteodistrofia renal engloba al conjunto de alteraciones óseas que se observan en la uremia. El paciente en diálisis, ya sea diálisis peritoneal o hemodiálisis, cursa parte de la evolución de su enfermedad metabólica ósea antes del deterioro total de su función renal. En consecuencia, es preferible abordar el tema de forma global para entender mejor su etiopatogenia y manejo.

Etiopatogenia y evolución de la osteodistrofia renal.

A) Enfermedad ósea de alto remodelado.

Los factores más importantes que contribuyen al desarrollo de esta lesión son consecuencia del hiperparatiroidismo secundario que acompaña a la insuficiencia renal crónica. Sus desencadenantes son:

Retención de fósforo: Cuando el filtrado glomerular disminuye por debajo de 40 mL/min, se observa una tendencia a la hiperfosforemia que se acompaña de una disminución de la concentración de calcio sérico que, a su vez, estimula la secreción de parathormona. Debido a este incremento en la producción de parathormona, se logra reducir la reabsorción tubular de fósforo e incrementar su eliminación renal corrigiendo parcial o totalmente la hiperfosforemia a expensas del mantenimiento de una hipersecreción de parathormona. Por otra parte, la parathormona, también al aumentar la reabsorción ósea, incrementa la calcemia. Los progresivos descensos de función renal van escalonadamente agravando este mecanismo que perpetúa la situación de hipersecreción de la hormona que, en etapas avanzadas de insuficiencia renal, no logra, a pesar del hiperparatiroidismo, corregir la hiperfosforemia.

El diagnóstico de ODR

La primera aproximación diagnóstica se debe hacer con la historia clínica, nuestro objetivo debe ser diagnosticar la osteodistrofia renal precozmente. La sospecha clínica debe ser activa, cuanto mayor haya sido el periodo de evolución de la insuficiencia renal crónica antes del inicio del tratamiento sustitutivo, mayores son las posibilidades de padecer una enfermedad ósea importante pre-diálisis. La presencia de signos y/o síntomas de osteodistrofia renal tales como dolor, prurito, impotencia funcional, mialgias, calcificaciones extraóseas, fracturas, etc. son tardíos e inespecíficos y colaboran muy poco en diferenciar las formas de osteodistrofia renal de alto y de bajo remodelado.

Prevención y tratamiento de la ODR

En la ODR, al igual que ocurre en muchas otras entidades, resulta difícil separar la prevención del tratamiento, y el mejor tratamiento suele sustentarse en una adecuada prevención. En consecuencia, abordaremos ambos aspectos desde una misma óptica.

Prevención y tratamiento de la enfermedad ósea de alto recambio.

En etapas precoces de la insuficiencia renal (aclaramientos de creatinina entre 40 - 75 mL/min), el control de fósforo sérico no suele ser un problema y una dieta sin exceso de proteínas (<1000 - 1200 mg/día) suele ser suficiente. Por el contrario, en esta etapa la tendencia al descenso de calcio ya puede ser manifiesta. El ideal sería mantener la cifra de calcio sérico total en valores cercanos a 10 mg/dl. Para lograrlo puede ser necesaria la utilización de suplementos de calcio o dosis bajas de metabolitos activos de la vitamina d (calcitriol ó 1-(-vitamina d3). por su papel positivo en la corrección de la acidosis metabólica y en evitar el incremento de fósforo sérico, el suplemento de calcio de elección sería el carbonato de calcio. en esta etapa la utilización de metabolitos activos de la vitamina d es todavía más controvertida.

6.12.1.6. Trastornos Psicológicos encontrados en los Pacientes con Osteodistrofia Renal.

Depresión

Importancia Clínica de la Depresión

La Organización Mundial de la Salud ha predicho que en los próximos 20 años la depresión será la segunda enfermedad más común y la segunda también económicamente más costosa a nivel mundial. La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Se ha calculado que una depresión tan significativa, como para que los pacientes sean tratados por psiquiatras, afecta aproximadamente al 10% de la población durante toda su vida. Esta condición es la primera causa de hospitalizaciones psiquiátricas (representando el 23.3% del total de hospitalizaciones). Sin embargo, se ha calculado que el 80% de los pacientes que sufren de depresión, o no reciben tratamiento, o no son tratados por psiquiatras. Estas estadísticas corresponden a estudios norteamericanos, pero no hay razones para pensar que la prevalencia sea diferente en Latinoamérica, excepto, tal vez, la última, debido a la franja de población descubierta por los

servicios de salud, podríamos esperar una tasa más alta de pacientes sin tratamiento.

La presencia de una o más condiciones médicas crónicas eleva la prevalencia reciente (en 6 meses) y de toda la vida de 5.8% a 9.4% y de 8.9% a 12.9%. En general, entre más severa sea la enfermedad, es más probable que la depresión la complique. La depresión compuesta, que ocurre cuando la depresión coexiste con otra enfermedad psiquiátrica o médica, se caracteriza por una magnitud mayor del afecto depresivo y usualmente es más resistente al tratamiento. La depresión se asocia con tasas de mortalidad elevadas en pacientes con infarto agudo de miocardio y en pacientes de medicina general hospitalizados.

De acuerdo con los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana consignados en su cuarta versión del manual diagnóstico y estadístico DSM- IV, un episodio depresivo mayor (DM) se diagnostica cuando el paciente presenta un cambio respecto a su nivel de funcionamiento previo, que dure, por lo menos, 2 semanas, en las cuales el paciente perciba bien sea un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de la capacidad para experimentar el placer; y por lo menos cinco síntomas de un grupo de nueve, que incluyen el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días; una marcada disminución o la pérdida del interés o el placer en la mayoría de las actividades la mayor parte del día; una pérdida o aumento importante del peso corporal, sin hacer dieta, o pérdida o aumento del apetito casi cada día; insomnio o hipersomnia; fatiga o pérdida de energía casi cada día; agitación o enlentecimiento psicomotores; Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión y pensamientos recurrentes de muerte incluyendo la ideación suicida.

Al haber situaciones de presión y tensión indiscutiblemente el estado anímico se altera y sobre todo estando bajo la presión de tener una enfermedad terminal como lo es la IRC donde como se ha descrito existen factores intrapsicquicos que se deteriora, siendo la aparición de la depresión al parecer común en estos casos.

La depresión se refiere a una situación psíquica morbosa en la que se altera fundamentalmente el estado de ánimo, en el sentido de una disminución del mismo, y en el que la sintomatología se centra sobre la vivencia de la tristeza y la inhibición psíquica. Esta denominación ha ido adquiriendo más usos y prácticamente ha sustituido al clásico significado de melancolía. (Maza Pamela Mariana, depresión y suicidio 2001). Entonces y según esta autora la depresión tiene como principal característica la cotidiana tristeza y poco disfrute de las actividades cotidianas; también se encuentra que depresión constituye un síndrome muy frecuente en psiquiatría y prácticamente puede aparecer en todas las enfermedades mentales. En síntesis, la depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefinición y desesperanza profunda.

Según Toro Yépez en su psiquiatría definen la depresión como” un estado de ánimo deprimido, que disminuye el disfrute, se presenta apatía, insomnio, anorexia e ideación suicida. En la depresión a menudo se manifiesta ansiedad y síntomas somáticos variados. El paciente con depresión no tiene antecedentes en manía o hipomanía”. Como ya se ha descrito y aclarando los anteriores términos es importante esclarecer que la depresión es un estado caracterizado principalmente por la tristeza profunda que le impide a la persona continuar con su vida cotidiana como antes lo hacía; es decir, indiscutiblemente al momento de comprobarse la depresión con los instrumentos necesarios, se identifica que la persona ya no está siguiendo su vida con la misma naturalidad y que se está viendo afectada en el ámbito, biológico debido a los cambios orgánicos, psicológico generando cambios de emociones, condiciones y conductas, social puesto que existe un retraimiento y poco disfrute por actividades de interacción social a demás de ser un estímulo desequilibrante en su sistema familiar, en su círculo de amigos y productividad laboral.

SINTOMAS DE LA DEPRESION

Según la clasificación otorgada por el National Institute Of Mental Health (NIMH) en el año 2009 la depresión se caracteriza por los siguientes síntomas:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío.
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia.
- Irritabilidad, inquietud.
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales.
- Fatiga y falta de energía.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones.
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado.
- Comer excesivamente o perder el apetito.
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

Los anteriores criterios concuerdan y están incluidos en los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor contemplados en el DSM IV y deben presentarse con recurrencia para efectivamente corroborar la presencia de la depresión.

Causas de la depresión

Diferentes autores concuerdan en que no existe una causa única y determinante para la depresión y se ha concluido que esta depende de la combinación de diferentes factores como los genéticos, bioquímicos y por supuesto psicológicos. Algunas investigaciones concuerdan en que al presentarse depresión ciertas áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito y comportamiento no funcionan a la normalidad, además de la alteración de algunos neurotransmisores.

Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Sin embargo también hemos identificados que no todas las personas con padres depresivos desarrollan depresión y que existen otros factores que inciden como el duelo no resuelto, el cambio en cualquier esfera de funcionamiento, el consumo de fármacos, alcohol o sustancias psicoactivas, o las enfermedades crónicas.

Impacto de la Depresión en el Curso de la ERC

Como es de suponer, la depresión afecta todos los niveles del curso de la ERC y sus tratamientos. El impacto de la percepción subjetiva de sí mismo como de una persona con una valía disminuida, con sentimientos hostiles, de frustración y de desconsuelo, complican el curso de la enfermedad a varios niveles. Los pacientes deprimidos disminuyen su adherencia al tratamiento, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas, se perciben a sí mismos como abandonados, que nadie los quiere y el apoyo emocional que reciben es poco, perciben que la interferencia de la enfermedad en su calidad de vida es muy grande. Ellos comen menos, duermen menos, se cuidan menos, se pueden mal nutrir, piensan en suicidarse; por todo lo cual se ha asociado a la DM con una incrementada mortalidad de nuestros pacientes. Sin embargo, esta percepción de la vida cotidiana en las unidades renales, no ha sido del todo fácil de corroborar por medios empíricos, cuando se sofistican los protocolos de investigación.

Depresión y Mortalidad en la IRC:

Es un hallazgo incuestionable en psiquiatría de enlace y en medicina interna que los niveles altos de depresión incrementan la mortalidad de los pacientes en una serie de enfermedades crónicas. A este respecto, el fenómeno clínico más estudiado ha sido en infarto agudo de miocardio, donde no cabe ninguna duda que los pacientes deprimidos se infartan más y que los infartados que se deprimen se muere más. En un seguimiento a tres años de 573 pacientes mayores de 70 años, Covinsky y sus colegas lograron demostrar que los más deprimidos habían tenido una tasa de mortalidad 34% más alta que los menos deprimidos, una vez controlados otros factores de riesgo.

Cuando se correlacionan simplemente los niveles de depresión con los de mortalidad, en los pacientes renales, también se podría llegar a concluir rápidamente la estrecha conexión de ambos fenómenos, tal como lo hicieron muchos estudios clínicos en el pasado. Pero, al sofisticar las técnicas estadísticas, al excluir o manipular variables confundidoras tales como edad, raza, género, condiciones de comorbilidad, marcadores nutricionales y estatus y dosis de la

diálisis; y al aumentar el tamaño de las muestras, no se ha logrado hallar una correlación tan definitiva. De todos modos, coincidimos con la opinión de grupos importantes de investigación de estos problemas a nivel mundial, que afirman que, aun cuando la evidencia estadística no sea completamente consistente, sí existe evidencia suficiente como para considerar a la DM como uno de los factores de riesgo para mortalidad en los pacientes con IRC, al mismo nivel de los otros factores de riesgo biomédicos. Por ejemplo, en un reciente estudio, al hacer una medición secuencial de los niveles de depresión, Kimmel y colegas, lograron demostrar que un incremento de una desviación estándar en los niveles de depresión, estaba relacionado con un incremento del 18% al 32% en el riesgo de morir de los pacientes con IRC, cuando se controlaban otros factores de riesgo. Estos hallazgos señalan la importancia de un monitoreo constante de los niveles de depresión de todos los enfermos renales. No sorprende a nadie, aunque debe ser motivo de tratamiento, el que un paciente renal, en un momento dado, presente niveles sugestivos de depresión; lo que si debe alarmar a los miembros de un staff nefrológico es que esos niveles se empeoren, al contrario de mejorar. Ese empeoramiento no tratado, puede llegar a significar la muerte para estos pacientes.

Otra conclusión importante de este estudio, y del recuerdo de nuestra experiencia clínica con muchos pacientes (como nuestra señora H, del comienzo del capítulo, en quien, además de sus rasgos de personalidad depresivos, hubo fallas en la detección temprana de su depresión, así como en su tratamiento, todo lo cual pudo haber conducido a ésta paciente a la muerte); nos lleva a pensar que no basta con hacer una medición de los niveles de depresión en un momento dado y ya. Es muy importante que todo el personal de las unidades renales esté familiarizado con el diagnóstico y el cuadro clínico de la depresión tal como se suele presentar en este tipo de pacientes y que los encargados de su salud mental, indaguen constantemente a los pacientes y a sus familiares sobre esta posibilidad e, incluso, adelanten, de rutina, mediciones frecuentes a todos los pacientes usando escalas diagnósticas, con las que se puede facilitar la objetivización de los hallazgos (de la misma manera que se miden niveles de BUN o de creatinina). No se puede olvidar, insistamos una vez más, que la DM en los pacientes renales, es un enemigo,

silencioso, insidioso, difícil de detectar, que se disfraza de muchas maneras, que nos puede causar muchos problemas y nos puede llegar a matar.

Diagnóstico de Depresión en el Paciente Renal

Sobre aspectos neuropsiquiátricos de la enfermedad renal y en el capítulo precedente sobre los duelos en el paciente renal, podemos concluir que el diagnóstico diferencial de esta enfermedad en nuestros pacientes es muy complicado y se requiere de un sustentado juicio clínico y de suficiente experiencia y pericia diagnóstica para poder decantar los aspectos propios del deterioro físico y cognitivo producido por la uremia, así como las reacciones normales o patológicas de los sucesivos duelos de nuestros pacientes, para poder quedarse con el diagnóstico definitivo de DM en un paciente renal.

En principio, con las observaciones que enumeramos adelante, se deben tener en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV para la depresión mayor que están enunciados al principio del capítulo en el apartado de generalidades, resumidos en la tabla 1.

Tabla 1.

Criterios Diagnósticos del DSM-IV para Depresión Mayor

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Afecto depresivo la mayor parte del tiempo2. Anhedonia o disminución del placer3. Insomnio o hipersomnia4. Aumento o disminución del peso5. Fatiga o pérdida de la energía6. Agitación o enlentecimiento psicomotor7. Sentimientos de inutilidad o culpa8. Dificultad para pensar o concentrarse9. Ideas de muerte o suicidio
<ul style="list-style-type: none">▪ 5 o más de los anteriores▪ 1 y/o 2 imprescindibles para el diagnóstico▪ Dura más de 2 semanas▪ No es un duelo |
|--|

La superposición entre signos y síntomas de depresión y aquellos causados por una enfermedad terminal complica la tarea de diagnosticar la depresión de manera adecuada. Como consecuencia de este dilema se han desarrollado guías que ayudan a detectar la depresión en el enfermo físico. En primer lugar, los pacientes deben experimentar más que tristeza persistente. Además, deben estar presentes otras señales, tales como llanto fácil, anhedonia, desesperanza, sensación de valer poco, culpa inapropiada o excesiva e ideación suicida. La anhedonia, es decir, la falta de placer, puede ser difícil de discernir en pacientes cuyas actividades se encuentran limitadas por el deterioro de su salud o por su estancia en el hospital. De cualquier manera, este indicativo puede estar presente en pacientes que no sienten interés o placer en los momentos que comparten con sus familiares y amigos. La culpa excesiva o inapropiada, con frecuencia se manifiesta en forma de comentarios negativos sobre sí mismo, tales como "Yo no soy bueno porque soy una carga", o "Mi enfermedad es un castigo". Aunque los signos y síntomas vegetativos de depresión (fatiga, insomnio, anorexia), pueden confundirse con los que son ocasionados por fallas orgánicas, se ha postulado que éstos tienen utilidad diagnóstica si no pueden explicarse por los efectos de la enfermedad física, de los medicamentos, o del ambiente hospitalario. Los signos y síntomas vegetativos también son útiles en el diagnóstico de depresión cuando su aparición coincide con el inicio del ánimo depresivo o de la anhedonia. Finalmente, a los pacientes evaluados por depresión debe preguntárseles sobre antecedentes familiares de este trastorno, de suicidio o de alcoholismo, ya que esto incrementa sus posibilidades de presentarlo.

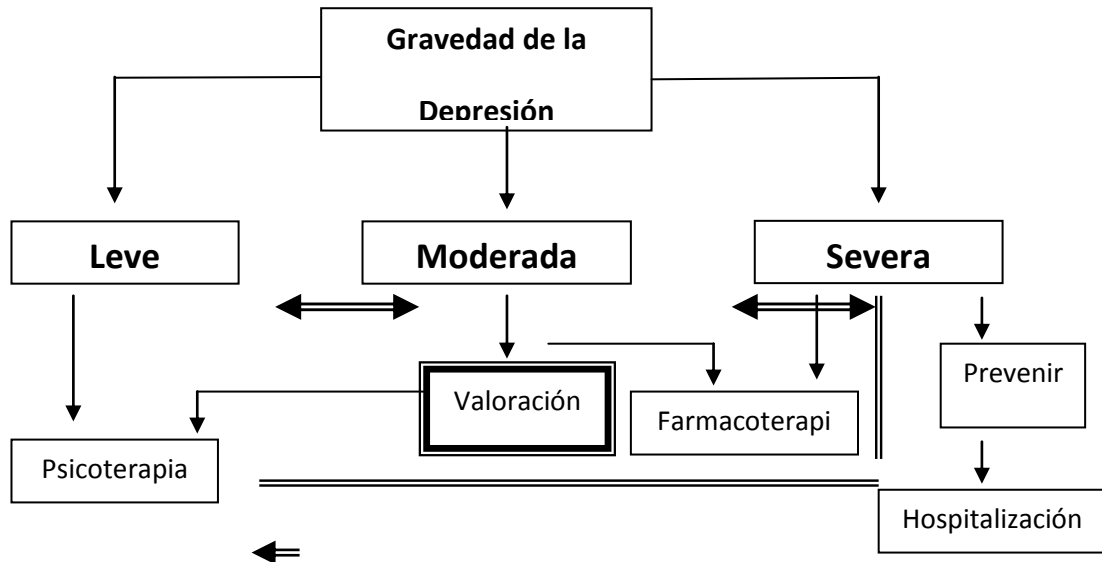
Diagnóstico Diferencial:

Puede existir un trastorno por ansiedad "puro", que no haga parte de un cuadro depresivo. La alta prevalencia de ansiedad se puede dar en todos los pacientes renales pero es mayor en aquellos que esperan recibir un trasplante, se ha atribuido a diferentes factores físicos y psicosociales comunes en este período. Estos factores incluyen hallazgos tales como angina, arritmias, efectos de los medicamentos, alteraciones metabólicas y pobre ventilación. Los factores psicosociales relevantes incluyen el ambiente hospitalario, el aislamiento de la

familia, la pérdida de control, las amenazas a la integridad corporal, la agonía y la muerte. Los pacientes que pueden beneficiarse de recibir tratamiento, son los que admiten sentirse muy angustiados y en quienes la ansiedad parece interferir con su habilidad de permanecer hospitalizados y de cooperar en sus cuidados médicos.

En pacientes deprimidos o ansiosos debe evaluarse también la presencia de delirium. El delirium y la encefalopatía se refieren a las perturbaciones en la conciencia, la orientación, el sueño, la memoria y la concentración, típicamente observadas en pacientes con enfermedades terminales de órganos. El delirium puede causar perturbaciones en el ánimo y en la conducta, que imitan a aquellas asociadas con la depresión y la ansiedad. El diagnóstico correcto de delirium es importante, ya que puede indicar la presencia de una infección, hipoxia, perturbaciones metabólicas u otros cambios fisiológicos subyacentes que requieren intervenciones específicas. Además, el tratamiento con medicamentos antidepresivos o ansiolíticos, en casos en los que erróneamente no se diagnostica el delirium, puede empeorar la condición del paciente y causar agitación y confusión. El delirium también puede ser detectado si las enfermeras se toman un tiempo para registrar de manera consistente los resultados de las valoraciones del estado mental realizadas en cada turno. En los registros de los pacientes pueden revisarse evidencias de fluctuaciones en la orientación, conciencia, conducta, estado emocional y nivel de actividad. Los pacientes con delirium tienden a presentar fluctuaciones en su estado mental, mientras que los deprimidos o ansiosos son más consistentes en su apariencia, conducta y estado de alerta.

Gráfica 1
Tratamiento de la DM en IRC



1. Depresión leve:

Hablamos de depresión leve cuando el paciente tiene un puntaje de entre 10 y 18 en el BDI, lo cual usualmente corresponde a tres de los nueve síntomas del DSM-IV, de una intensidad leve. Aparte de la incomodidad y malestar personales, los síntomas no son tan intensos como para que sea detectado por otras personas ni causa detrimentos en el funcionamiento laboral o familiar. Es el cuadro clínico usual de un duelo no complicado en un yo relativamente fuerte, con relaciones interpersonales en general buenas y una red de apoyo funcional. Estos pacientes, en general, responden bien a una buena psicoterapia de apoyo, no muy intensiva, que puede de una sesión semanal o bisemanal, orientada a resolver el foco específico de sufrimiento del paciente en el momento a y detectar y prevenir su empeoramiento. Usualmente no son necesarios la intervención psiquiátrica ni los psicofármacos.

2. Depresión Moderada:

En la depresión moderada los pacientes experimentan un grado mayor de sufrimiento emocional, que puede ser detectado por otras personas y que tiende a interferir con el funcionamiento familiar y laboral, pero no de una manera muy significativa, es el equivalente a la “depresión menor” de DSM-III, que luego desapareció en el DSM-IV (4). Los puntajes del BDI están entre 19 y 29 y puede haber 5 síntomas del DSM-IV, de una intensidad moderada. Son también los pacientes de depresión leve a los cuales no se les ha podido ayudar suficientemente en su psicoterapia. Como estos pacientes pueden estar iniciando una DM, es importante que sean valorados por un psiquiatra, para determinar esa posibilidad y la necesidad subsecuente del uso de antidepresivos. La psicoterapia debe ser intensificada a dos sesiones a la semana y ya no se puede tratar de una psicoterapia de apoyo, sino debe tener más elementos expresivos e interpretativos orientados a neutralizar la preponderancia del objeto malo interiorizado (ver sección de la psicodinamia de la depresión). En este punto hay controversia en cuanto al uso de los antidepresivos, debido a que se ha demostrado que tanto la psicoterapia como los antidepresivos son igualmente eficaces para controlar la depresión moderada. La decisión depende de los recursos y las habilidades psicoterapéuticas con las que cuente el staff y la accesibilidad para ella del propio paciente; porque, de ser buenas, en caso que el criterio psiquiátrico sea favorable, yo prefiero iniciar con una psicoterapia intensiva de las características mencionadas, la cual debe disminuir los síntomas en un lapso de 4 semanas. En caso que esta mejoría no ocurra, se debe iniciar un esquema antidepresivo como el que se expone más adelante, sin abandonar la psicoterapia. Desde luego, en estos casos se ha descartado suficientemente el riesgo suicida y el paciente cuenta con una red de apoyo en general funcional.

3. Depresión Severa:

Consideramos a una depresión como severa, cuando cumple indudablemente los criterios diagnósticos para DM del DSM-IV, es decir más de 5 síntomas de los 9

planteados y produciendo un deterioro significativo del paciente a nivel laboral, familiar y en cuanto al disfrute de su vida, con respecto a su funcionamiento habitual. El nivel sintomático cualitativo en general es intenso, así como la cantidad de síntomas en la mayor parte del tiempo. Los niveles medidos en el BDI superan los 30 puntos y el paciente tiene ideas de muerte o de suicidio. Aquí el tratamiento farmacológico (ver adelante) es imperativo y es muy bueno cuando éste es manejado y supervisado directamente por un psiquiatra. En general el grado de intromisión en la vida del paciente del trastorno es muy alto, lo mismo que la intromisión en la enfermedad renal y en su tratamiento. Si esta interferencia es muy grande, así como si existe un riesgo suicidio, aunque sea moderado, se debe considerar seriamente la necesidad de una hospitalización psiquiátrica, dependiendo de los recursos existentes en la red de apoyo de los pacientes. Si éstos son buenos y si no hay riesgo suicida, el paciente puede ser manejado en casa, siempre que se pueda garantizar el cumplimiento del tratamiento. La psicoterapia se debe intensificar (es lo que quiere simbolizar la doble raya en la flecha del diagrama y el estado mental se debe valorar a diario al principio del tratamiento).

La doble raya en las flechas de doble vía de la gráfica 1 quiere simbolizar que los pacientes pueden transitar entre uno y otro estado de severidad de la depresión. Es decir, los pacientes pueden evolucionar, a pesar del tratamiento, de un nivel leve a uno moderado y de éste a uno severo y viceversa. O la depresión puede ser detectada en un estado severo y evolucionar hacia la mejoría con un tratamiento adecuado. De la misma manera debe ir evolucionando el tratamiento, de un nivel más intensivo y restrictivo a uno más liberal.

Ya se han enunciado algunos de los elementos a tener en cuenta en la psicoterapia de la DM en la IRC, el resto de detalles se tratarán en el capítulo XVI sobre psicoterapia del paciente renal. Ahora trataremos en detalle los elementos a tener en cuenta en la farmacoterapia de la DM en nuestros pacientes.

Uso de antidepresivos en la IRC

La terapia farmacológica con antidepresivos es altamente efectiva para pacientes que se encuentran claramente deprimidos en medio de una enfermedad renal. Antes de prescribir estos medicamentos, se deben considerar los potenciales efectos secundarios y las interacciones con las otras drogas que usualmente toman estos pacientes. Adicionalmente, por la reducida capacidad de éstos para metabolizar y excretar los medicamentos, el tratamiento con antidepresivos debe iniciarse con dosis muy bajas, de la mitad o hasta una cuarta parte de la dosis habitual en otros pacientes sin complicaciones médicas. Los compromisos de funcionamiento ocasionados por una enfermedad terminal de órgano, incrementan el riesgo de sufrir efectos adversos relacionados con la medicación. Las opciones para el tratamiento de la depresión incluyen antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), psicoestimulantes y agentes más nuevos. Los ISRS son escogidos con frecuencia por su tolerabilidad, seguridad y efectividad. Efectos secundarios iniciales incluyen ansiedad, insomnio y náuseas, pero estos efectos tienden a disminuir con el tiempo. Cuando se usan ISRS, es posible que sea necesario reducir las dosis de drogas que se unan altamente a las proteínas (warfarina sódica, digoxina). Sin embargo, la interacción de los ISRS con otras drogas (mexilitene hydrochloride, encainide hydrochloride, flecainide acetato, bloqueadores de los canales de calcio, por ser los ISRS capaces de inhibir los sistemas hepáticos de enzima microsomal, no ha sido probada clínicamente. El bupropion es un antidepresivo nuevo útil en los pacientes con enfermedad física. Los pacientes deprimidos que presentan una marcada inactividad y apatía pueden beneficiarse de los efectos activadores de este medicamento. El bupropion está contraindicado en pacientes predispuestos a convulsiones, ya que incrementa el riesgo de presentación de estas. Los agentes nuevos trazodone, nefazodone y venlafaxina son opciones adicionales. Nuestra experiencia con el trazodone lo ubica como un antidepresivo moderado, pero de gran utilidad, a bajas dosis, para manejar el insomnio de estos pacientes. Todos ofrecen beneficios, aunque sus efectos secundarios y otras características los hacen menos atractivos que los ISRS y el bupropion. La mirtazapina es un agente relativamente nuevo en nuestro

medio, que se ha descrito que puede ayudar a los pacientes deprimidos que presentan además ansiedad e insomnio. En general se desaconseja en uso de antidepresivos tricíclicos en los pacientes renales, debido a sus efectos colinérgicos tienden a producir sedación excesiva, hipotensión ortostática y confusión mental. Entre los preferidos ISRS, se debe tener en cuenta, que la fluoxetina puede inducir la ansiedad y que la serotonina, aunque presenta menores efectos colaterales y menores interacciones medicamentosas, tiende a empeorar la disfunción sexual de los pacientes con uremia.

En Norteamérica y en Europa se han utilizado los psicoestimulantes como una excelente opción para pacientes que necesitan una resolución rápida de su depresión. A diferencia de otros antidepresivos, después de unos pocos días y no de unas pocas semanas. Los psicoestimulantes generalmente son bien tolerados por los pacientes con enfermedades físicas, pero el tratamiento con estos medicamentos requiere monitoreo inicial de la presión sanguínea y el pulso para que no se presenten problemas de hipertensión o taquicardia. Las interacciones con otras drogas son mínimas, aunque es posible que se presenten niveles elevados de warfarina en plasma. En Colombia tenemos poca experiencia con esta clase de medicamentos.

Las benzodiacepinas continúan siendo el tratamiento farmacológico primario para pacientes con ansiedad severa que puede acompañar a algunas depresiones. Aunque las drogas son efectivas, debe considerarse el riesgo de depresión respiratoria, sobre-sedación y deterioro cognitivo, por lo que su uso debe ser muy limitado. Comenzar con dosis bajas puede ayudar a minimizar la ocurrencia de estas complicaciones. En pacientes con cirrosis u otras formas de insuficiencia hepática, son preferibles el oxazepam, temazepam y lorazepam, ya que tienen menos posibilidades que otras benzodiacepinas de acumularse en el cuerpo y no tienen metabolitos activos. Las dificultades del midazolam con la ansiedad de rebote y la hipotensión limitan su utilidad. La depresión respiratoria ocasionada por las benzodiacepinas es más marcada en pacientes con retención de dióxido de carbono. En estos pacientes debe hacerse un análisis de gases de sangre arterial

antes de iniciar tratamiento con estas drogas. La buspirona es otro tipo de medicamento ansiolítico que no causa depresión respiratoria, por lo cual puede ser útil. Los neurolepticos (como el haloperidol) son la última opción para el tratamiento de la ansiedad en los enfermos físicos. Aunque no causan depresión respiratoria, puede ocasionar serios efectos secundarios. El uso de estas drogas se reserva para pacientes que además de la ansiedad, presentan confusión y desorientación muy marcadas. Cuando es leve o moderada, la ansiedad es uno de los síntomas que mejor responden en la psicoterapia, por lo que usualmente no es necesario usar benzodiazepinas. También resultan muy útiles otras terapias no farmacológicas para la ansiedad como el yoga y los ejercicios de relajación, sin olvidarnos del efecto relajante inespecífico de alivio de la ansiedad que producen la aberración y la catarsis en la psicoterapia de apoyo.

6.12.2. Desarrollo de la Propuesta

Considerando los diferentes factores psicosociales que afectan al paciente con osteodistrofia renal que se realizan diálisis, se desarrollado diferentes estrategias alternativas que van ayudar al paciente a disminuir la presencia del estrés. Depresión, entre otros aspectos que se generan en estas personas que se encuentran en diálisis

Para esto se desarrollo en power point todo el documento ilustrativo con cada una de las estrategias, terapias, otros componentes necesarios incluido el trabajo del médico – psicólogo.

El sentirse apoyado es muy importante en el enfermo renal. Los que padecemos esta enfermedad sabemos que tenemos épocas buenas, regulares y malas, dependiendo de la situación del momento (prédiálisis, diálisis, trasplante, rechazo), de los efectos secundarios de las medicaciones y de las molestias que tengamos.

Para algunos es un estado de variación constante, con cambios de humor frecuentes y estados bajos de ánimo. No debemos permanecer demasiado tiempo

en el "bajón", porque corremos el riesgo de descuidarnos, de abandonarnos y de llegar a la depresión. Por eso es tan importante tener siempre cerca a personas que te den su apoyo en todos los procesos de la enfermedad. Ahí están todas las personas que nos quieren..... familiares, parejas, amigos..... Ellos sufren con nosotros y nos apoyan, nos animan y nos comprenden en todo momento.

Unas palabras de ánimo cuando nos encontramos mal, una caricia de una persona querida, una llamada de un amigo para preocuparse de nosotros y el saber que mucha gente nos quiere, son detalles que nos impulsan hacia arriba como si el mejor de los tratamientos fuera.

Es muy importante la implicación familiar en la vida del enfermo renal, en sus tratamientos, compartir sus inquietudes en las sesiones de hemodiálisis, acompañarlo en la visitas médicas, tener paciencia y comprensión en los cambios de humor etc. Sobre todo hay que dejar que nuestra familia y amigos traten de ayudarnos en los malos momentos. Debemos compartir con ellos nuestros pensamientos, nuestras inquietudes y nuestros sentimientos.

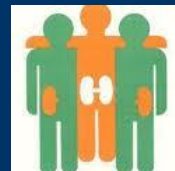
Los matrimonios en los cuales uno de ellos acaba de ser diagnosticado de una enfermedad renal pueden pasar por momentos difíciles ya que el enfermo puede sentirse más dependiente de la pareja y necesitar más apoyo emocional y psicológico. Ambos deberán tener paciencia y amoldarse a las nuevas circunstancias.

Y, si es necesario, no dudar en acudir a un profesional médico que nos pueda ayudar a superar el bache emocional que se viva en esos momentos.

“Manejo psicológico del paciente con IRC”

¿Qué es la Insuficiencia Renal Crónica?

Parte primera



La insuficiencia renal crónica (IRC) consiste en una disminución progresiva y global de la función renal que alcanza un nivel inferior al 10% en la insuficiencia renal crónica terminal, estadio más grave de la enfermedad renal, durante el cual se hace necesaria para la supervivencia la implementación de un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante trasplante o diálisis (peritoneal continua o hemodiálisis).

También se define como la pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para excretar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos.

O bien la IRC se define como una pérdida lenta, progresiva e irreversible del filtrado glomerular del riñón.

Generalmente cursa asintomática, hasta que el filtrado glomerular desciende por debajo de 10 ml/min.



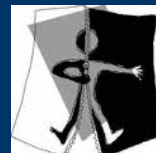
Sus síntomas...

Entre sus síntomas y signos se encuentran:

La debilidad y el letargo progresivos.

La sed, la pérdida de peso, la anorexia, la irritabilidad del sistema digestivo, la diarrea, el hipo y el prurito resultan malestares comunes.

Ocasionalmente, un sabor metálico o fétido persistente fastidian al enfermo. El dolor de cabeza, las alteraciones en la visión y los síntomas de la insuficiencia cardíaca izquierda son debidas a la hipertensión.



La hemorragia cerebral, el edema pulmonar y la franca insuficiencia cardiaca, constituyen por lo general, trastornos posteriores o más bien tardíos.

El dolor óseo y en los niños el desarrollo retardado, reflejan la osteodistrofia.

La exploración física revela palidez, hiperpnea, aliento urémico, deshidratación, piel excoriada y púrpura. . (Krupp & Catón, 1981)

Aparecen las complicaciones propias del síndrome urémico, y se manifiesta mediante alteraciones digestivas, hematológicas, cardiovasculares, neurológicas y metabólicas (Secretaría de Salud, 2000).

Entre estas alteraciones se incluyen una importante retención de líquidos, un cambio en la coloración de la piel, diarreas frecuentes, y falta de Apetito.

Los pacientes comienzan a hincharse de forma desproporcionada, el color de su piel empieza a tornarse amarillo – verdoso y su aliento es metálico; empiezan a tener poca tolerancia a los alimentos cursando con náuseas así como problemas intestinales. También refieren calambres en las extremidades y problemas para dormir.



Métodos de intervención médica

La diálisis es un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre.



Uno de los tratamientos utilizados en México para la IRC es la Diálisis Peritoneal Continua (con dos modalidades intermitente o ambulatoria). En este procedimiento al paciente se le coloca mediante una cirugía un catéter permanente en el abdomen, el cual sirve para llevar a cabo un intercambio de agua y solutos que limpiarán su sangre y suplirán el trabajo que el riñón realiza de forma limitada.

El tratamiento de hemodiálisis (HD) consiste en dializar la sangre a través de una máquina: se hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada.

La HD es un proceso lento que se realiza conectando el enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 ó 3 veces por semana (Guyton & Hall, 1997). Además, el tratamiento de diálisis implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos (García, Fajardo, Guevara, Gonzáles & Hurtado, 2002).



Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento es el predictor medular en la evolución del padecimiento. Hotz, et al. (2003) mencionan que a pesar de que para obtener resultados óptimos en la salud de la población se requieren tratamientos eficaces, igualmente importante es que los usuarios tengan la conducta de adherencia. Ser adherente determinará el establecimiento, curso y pronóstico del padecimiento.

La adherencia es un constructo que está precedido por un sin número de variables entre las que de forma muy general, a partir del exhaustivo trabajo de Meichenbaum y Turk (1987) se pueden agrupar como sigue:



1) variables relacionadas con el individuo (creencias, presencia de algún trastorno psiquiátrico, falta de comprensión del diagnóstico, falta de apoyo social, falta de recursos)

2) variables relacionadas con la enfermedad (síntomatología, gravedad),

3) variables relacionadas con el tratamiento
(complejidad, duración, grado de cambio conductual
Requerido)

4) variables sobre la relación médico –
paciente (comunicación, empatía).



Otros trabajos han encontrado que dentro de las
variables que afectan la adherencia en los pacientes
con IRC, la depresión y la desesperanza son las más
importantes.



La depresión incide tanto en la supervivencia como en el pronóstico de la enfermedad cuando una persona está en tratamiento con diálisis.

Los niveles de desesperanza con la escala de Desesperanza de Beck y el nivel de estrés de cada paciente con una escala de estrés individual Interno encontraron que la mayoría de los pacientes en DPCA (diálisis peritoneal continua ambulatoria), en comparación con el resto de la población, estaban experimentando depresión grave.



Estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento de HD. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la HD sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis.

(Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez & Rebollo, 2001).

Si bien la tecnología ha logrado disminuir la mortalidad de los enfermos renales crónicos y mejorar el tratamiento sustitutivo de la función renal, la presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia a la HD, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos.



Varias investigaciones enfatizaron que la depresión en los pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico, lo cual conduce a un deterioro en la calidad de vida, a una salud más pobre y a un aumento de los riesgos de mortalidad

(De los Ríos, Ávila & Montes, 2005; Drayer et al., 2006; García et al., 2002; Kimmel & Peterson, 2006).

Muchos de los síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la IRC debido a esto es importante realizar una evaluación integral que no sólo involucre un exhaustivo examen médico, sino también un diagnóstico psicológico a través del cual se intente abordar esta problemática con el objetivo de brindarle a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento

(Atencio, Nucette, Colina, Sumalave, Gómez & Hinestroza, 2004).

Diversos autores han descrito la influencia que tiene la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) sobre la personalidad de estos pacientes.

Se puede mencionar que las situaciones generadoras de conflicto para una adecuada adaptación serían las siguientes:

- * pérdida de parte del cuerpo o de una función determinada del organismo
- * pérdida social y profesional
- * dificultades en planificar la vida
- * cambios en la vida y en la forma de vivir
- * pérdida de una posición económica
- * pérdida de un trabajo u ocupación.

Existe una amplia literatura que refiere al solapamiento característico de la ansiedad y la depresión.

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–DSM IV (APA, 1994) considera la posibilidad de un trastorno mixto de ansiedad–depresión dentro del trastorno de ansiedad no especificado el cual puede ser provocado por una respuesta desadaptativa ante una situación estresante como lo es el padecimiento de una enfermedad terminal.



Álvarez et al. (2001) plantean que los pacientes en tratamiento de HD presentan frecuentemente 'trastornos emocionales adaptativos mixtos' conformados por la presencia conjunta de ansiedad y depresión.

En los participantes de nuestro estudio el nivel de ansiedad en sus dos dimensiones (rasgo y estado) manifestó una asociación positiva con el grado de depresión concordando con Moreno et al. (2004) quienes detectaron, en el estudio realizado con pacientes en HD una correlación muy significativa entre los niveles de ansiedad y depresión.

En un porcentaje importante de pacientes con IRC los niveles de ansiedad estado y de ansiedad rasgo se asociaron positivamente, es decir que la ansiedad como rasgo de personalidad constituiría una predisposición a desarrollar estados de ansiedad.

Estos resultados coinciden con los del estudio realizado por Álvarez et al. (2001) donde los valores correspondientes a la ansiedad rasgo y estado exhibían un alto nivel de correlación positiva en los pacientes hemodializados.

Con respecto a la edad, de los resultados de esta investigación se infiere que mientras mayor edad tienen los enfermos renales crónicos, los niveles de ansiedad estado y depresión aumentan.

En estos pacientes, al progresivo deterioro físico de la vejez se suman las limitaciones inherentes a la enfermedad renal crónica y su tratamiento médico llevando así a una disminución en las actividades cotidianas, sociales y laborales, lo que se relaciona con la visión negativa de sí mismo.



En contraposición a lo expuesto, Atencio et al. (2004) concluyen que en su investigación los pacientes hemodializados más jóvenes (de 17 a 36 años) son mayormente afectados por la depresión.

Esta no coincide con nuestros resultados; posiblemente se deba a que estos se refieren a una población con media de edad de 53,67 años, lo cual indica que la mayoría de los participantes se ubican en la franja de mayor edad.

Es probable que si aumentamos la cantidad de hemodializados jóvenes, nuestros resultados se modifiquen.

El tratamiento de la
depresión en pacientes en DPCA puede ser posible a
través de la modulación de los factores psicológicos.



Intervenciones para su atención

Parte segunda

Los pacientes que se encuentran en las unidades de diálisis deben sobrellevar una enfermedad crónica, debilitante y limitante y además, adaptarse a su total dependencia de una máquina y de un conjunto de profesionales involucrados en su tratamiento.

El mayor problema de estos pacientes es con la enfermedad misma, pero con mucha frecuencia se agregan problemas con la integración, psicológica y conductual, de la necesidad de autonomía y a la vez de dependencia.

En forma predecible, los pacientes en diálisis tienen una alta probabilidad de conductas de regresión y negación, manifestada en una baja adhesión a las indicaciones prescritas, irregularidad en la asistencia a las sesiones o actitudes excesivamente infantiles o congraciativas.



Con el tiempo, los pacientes van logrando estrategias de adaptación, pero aquéllos que están iniciando el tratamiento de diálisis presentarán, con seguridad, alguna de estas reacciones.

No son raros los trastornos psiquiátricos mayores, como depresiones graves, alto riesgo de suicidio, alteraciones sexuales, cuadros de pánico y otros.
(Torres, 1995)

Los pacientes que se adaptan mejor al tratamiento presentan un nivel intelectual alto, una mejor adaptación a la ansiedad y a las dificultades emocionales, menor tendencia al acting out, participación en actividades vinculadas a la problemática que padecen, como campañas de transplante de órganos y además cuentan con la contención familiar adecuada.



Uno de los pilares del trabajo psicoterapéutico reside en acompañar al paciente y a la familia a que pueda realizar el duelo.

Duelo de haber dejado de tener un organismo sano y renunciar a aquellos proyectos y estilo de vida que llevaba a cabo hasta que se le declaró la enfermedad.



Ese trabajo de duelo posibilitará que el paciente pueda pensarse en una nueva instancia de su vida, aceptar aquello que ya no puede hacer o emprender y proyectarse desde sus deseos a partir de sus posibilidades físicas y psíquicas hacia nuevos proyectos.

Entre ellos, cobrará relevancia la posibilidad de un futuro trasplante. (Kersner, 2000)

Respecto al trabajo de la interconsulta médico-psicológica, una de las claves a tener presente es el papel del psicólogo. Y en este punto, el rol del psicólogo debe apoyarse en dos principios:

* La práctica asistencial

* La tarea docente con los demás miembros del equipo de salud.

La terapia Cognitivo Conductual es una de las estrategias de intervención que más ha demostrado su eficacia en el manejo de los efectos psicológicos que produce una enfermedad crónica ya que es una terapia centrada en crear habilidades en el momento de enfrentarse y manejar situaciones problemáticas para así modificar la forma de abordarlas y mejorar su afrontamiento ya que no se puede cambiar el destino del paciente crónico.



Lo que se pretende es que con el uso de esta terapia se pueda intervenir un nivel secundario de atención, prevenir la presencia de sintomatología que pongan en riesgo la salud del paciente así como disminuir el impacto que tiene esta enfermedad en la calidad de vida del paciente y de su familia con el uso de las técnicas de afrontamiento.

A continuación se describen los procedimientos de aplicación de las estrategias cognitivo conductuales en el manejo de las manifestaciones físicas y emocionales de la insuficiencia renal crónica que alteran el bienestar del paciente.

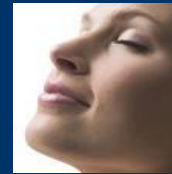


RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON.

Jacobson, encontró que la forma en que un sujeto podría encontrarse en un estado de relajación profunda, era mediante la tensión y relajación de los músculos, el efecto relajante en el que se basa la técnica de Jacobson, es una de las técnicas más eficaces, y sencillas, que interviene en el control de diversas patologías como:

estrés, ansiedad, y coadyuvantes para la depresión.

Por su parte Joseph Cautela da una serie de ejercicios para ir relajando cada grupo muscular tensionando y relajando cada parte del cuerpo hasta aprender a discriminar entre los músculos que están tensos y los que están relajados, relajar todos los músculos sin tensarlos y dominar los ejercicios de relajación así como aprender la técnica para relajarse antes durante y posterior a una situación o evento estresante.



Cuando una persona esta angustiada, tensa o ansiosa tiende a tensar grupos musculares de su cuerpo, si aprendiera a identificar y relajar estos músculos podría manejar positivamente las situaciones de estrés y ansiedad.

La técnica de relajación de Joseph Cautela da a las personas una técnica de autocontrol personal a los diversos individuos con dicha técnica pueden manejar la tensión antes durante y después de un evento estresante.

Joseph R. Cautela y June Groden (1988) en su libro describen el método de relajación progresiva de de Jacobson para el manejo de ansiedad, en el cual se especifica la posición de cada grupo muscular que se debe tensar por 10 segundos y relajarlo al exhalar de tal manera que la persona aprenda a discriminar lo que es estar relajada y tensa.



Relajación sin tensión.

Esta técnica también es útil sin necesidad de tensar grupos musculares puede por lo tanto enseñar a las personas a relajarse recorriendo todo el cuerpo y relajándolo tanto como se pueda, quizás se pueda hacer tensión en partes del cuerpo que presenten dificultad al relajarlas, después de que el cuerpo se encuentre relajado es aconsejable realizar 5 ejercicios de respiración y mientras se saca el aire pronunciar la palabra “relajación”.

RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON – CAMPILLO.

La relajación es una habilidad sumamente útil para el manejo corporal y reducir los efectos fisiológicos de la ansiedad.

El efecto a nivel psicofisiológico de alcanzar ese estado de semisueño (relajación) es el nivelar las distorsiones que son producto de la ansiedad sobre los diferentes órganos y sistemas: alteraciones en la regulación de triglicéridos y colesterol, incremento en el ritmo y pulso cardiaco, en la presión arterial, en el sistema digestivo, decremento en el sistema inmunológico, incremento de alergias y desencadenamiento de las hormonas que conducen a infartos.

(Campillo, 2002)

La relajación progresiva es un procedimiento en el cual los participantes a través de lentificar su respiración e imaginarse aflojando cada una de las partes de su cuerpo, paso a paso entran en un estado fisiológico que es acompañado de calma. (Campillo, 2002)

Materiales: colchoneta y almohada, aula, instrucciones de relajación.



El procedimiento consiste en lo siguiente:

1. Los participantes se acuestan en el piso o se sientan recargando su cabeza en la pared, descruzando las manos y los pies en la posición más cómoda que puedan, el segundo paso es tensar al inhalar y relajar al exhalar cada una de los grupos musculares:

mano en puño, mano extendida tensada hacia arriba, bíceps, puntas de los pies hacia arriba, puntas de los pies hacia abajo, vientre, espalda, hombros y cara.

(Relajación de Joseph R. Cautela y June Groden, 1988)

2) Posteriormente cerrado sus ojos escucha las instrucciones de relajación.

“Voy a llevarte a un lugar donde hay paz y calma interior, a parte de espacio y de tiempo, para emprender este viaje, descruza tus manos y tus pies y ponte en una posición cómoda.

Respira profundo y lentamente... muy lentamente, exhala.
Vas ahora a hacer que tu respiración sea fácil y ligera y siga un ritmo musical de respirar y exhalar lentamente, muy lentamente...

...Vas a imaginar cada una de las partes de tu cuerpo, imagina tus pies y siente como al pensar en tus pies se aflojan, se sueltan, se relajan.

No sé si se aflojará primero el pie derecho o el izquierdo o a la vez las sensaciones de relajación vayan de tus dedos a tu planta hacia el tobillo o quizá del tobillo a la planta, hacia tus dedos sintiendo y disfrutando de las sensaciones que observas en tus pies...



...Siente tus piernas al imaginar en tus piernas, disfruta de las sensaciones de relajación que llegan a ellas. Tal vez las sensaciones de relajación pasen del tobillo a la pantorrilla, a la rodilla y a tus muslos o tal vez sea del muslo a la rodilla a la pantorrilla al tobillo sintiendo y disfrutando de las sensaciones que observas en tus piernas...

...Vas a imaginar tu abdomen sintiendo como las sensaciones de relajación llegan a tu vientre, a tus caderas a tu espalda viajando hacia tu espalda, tus rodillas y tus hombros, sintiendo y disfrutando de las sensaciones que observas en tu cuerpo...



...Tal vez esas sensaciones corran de tu cuello hacia los hombros, los bíceps, a los codos, las manos y los dedos o tal vez de los dedos de tus manos, hacia los codos, los bíceps y los hombros.

Sintiendo y disfrutando de las sensaciones que observas en tu cuello.

Imagina tu cara, siente como al pensar en tu cara se aflojan los músculos de tu boca, tu frente, tus ojos, tu mandíbula y alrededor de toda tu cabeza...



...Puedes poner tus dientes un poquito entreabiertos para que se aflojen los músculos de tu mandíbula y tu cuello. Sintiendo y disfrutando de las sensaciones que observas en tu cara...



...Voy a contar progresivamente hacia abajo para que alcances un nivel de relajación más y más profundo, 5) te dejar ir..., 4) estas tranquilo... descansado..., 3) te imaginas que estas sobre algodones o en algo muy blandito..., 2) vas a dejar que tu cuerpo se duerma..., 1) esta ahí... Voy a acompañarte unos minutos mientras realizas la visualización o el ejercicio que escogiste. (10 minutos después)...

...Voy a contar progresivamente hacia arriba para que puedas abrir los ojos 1) estas tranquila, descansada, 2) respiras más y más activamente, 3) mueves tus manos y tus pies, 4) te imaginas el lugar en donde estás, 5) puedes abrir los ojos.”



RELAJACIÓN CON VISUALIZACIÓN

Cada vez que se practique la visualización es mejor empezar relajándose.

Se pueden grabar las instrucciones o disponer de alguien que la lea.

Hay que realizar el ejercicio dos veces al día, pero a la misma hora, y de ser posible en el mismo lugar.

Disponer de un tiempo ininterrumpido, tranquilo es una habitación silenciosa con una luz suave y una temperatura agradable. Vestir ropa cómoda.

Abstenerse de realizar este ejercicio durante la digestión de una comida pesada.

Hay que sentarse en un sillón confortable y seguir las siguientes instrucciones:

Coloque los pies completamente apoyados en el suelo, cierre los ojos y relaje los miembros.

Acomódese hasta que todas las partes de cuerpo estén apoyadas y la tensión disminuya.

Lo mejor es una buena postura que permita mantener recta la columna vertebral.



Hay que empezar centrándose en la cara y apreciando la tensión de los músculos de la cabeza, el cuero cabelludo, la frente, los ojos, la nariz, las mejillas, la boca, la lengua, la mandíbula (pausa).

Haga un cuadro mental de esta tensión.

Puede ser un vendaje metálico alrededor de la cabeza, un poco de carbón ardiendo detrás de los ojos o un tornillo apretando la mandíbula (pausa).

Ahora dibuje mentalmente el símbolo particular de relajamiento de la
Tensión.

La cinta de metal va a ser una corona de suaves plumas, el
carbón ardiendo se torna maravillosamente fresco o el tornillo apretado se
afloja (pausa).

Experimente la relajación de los músculos de la cabeza
(pausa).

Cuando estén relajados, aprecie como si una ola de cálida
relajación se propagase por todo el cuerpo (pausa)

Contraiga los músculos de la cabeza, frunza la frente, el cuero cabelludo,
la nariz y las mejillas, apriete los párpados a la vez, abra la boca
completamente y saque la lengua.

Mantenga este estado de tensión
durante unos siete segundos y después relájese (pausa).

Sienta que la
relajación invade su cuerpo (pausa).

Ahora concéntrese en el cuello y los hombros . . .

Ahora concéntrese en los brazos y manos . . .

Ahora concéntrese en la espalda . . .

Ahora concéntrese en la respiración, note la tensión en la parte
delantera del torso, el pecho, los pulmones, estómago, intestinos . . .

Ahora concéntrese en las nalgas, muslos, pantorrillas y pies. . .



Ahora haga un repaso rápido al cuerpo por si quedara algo en
Tensión.

Si la hay imagínese la tensión con su símbolo. Imagine que relaja
el símbolo de tensión y después apriete y relaje el músculo afectado.

Ahora se usará la visualización, para relajar directamente la mente.

Imagínese una escalera mecánica que conduce a un lugar maravillosamente placentero.

Largue mentalmente la mano, cójase de la barandilla y sitúese en el primer peldaño. A medida que desciende, contaremos a la inversa de diez a uno.

Descienda de la escalera mecánica y aprecie el sendero que hay frente a usted. Sígalo hasta un lugar agradable de su elección en el que se sienta completamente cómodo.



Puede estar en la costa, en las montañas, en su casa, en un museo, o incluso en las nubes.

Puede ser un lugar en el que haya estado, en el que le gustaría estar, o que le gustaría crear al otro lado de las fronteras de la realidad (pausa).

Adórnelo mentalmente con detalles:

forma, color, luz, temperatura, sonido, textura, gusto y olor. Explore este lugar especial (pausa). Mírese mentalmente las manos y pies y note la ropa que lleva puesta. Note cómo se siente en este lugar especial, y relájese todavía más (pausa). Continúe imaginándose a sí mismo relajado en este lugar tan cómodo un poco más (pausa).

Cuando esté listo para regresar de este lugar especial, imagínese
volviendo a la escalera mecánica (pausa)

Alargue la mano, cójase de la barandilla y suba.

A medida que sube contaremos hasta diez lentamente.

Cuando llegue a diez y vuelva a la realidad, abra los ojos.



VISUALIZACIÓN

La visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, las emociones, y el cuerpo, así como para efectuar cambios deseados en la conducta.

La visualización lleva la relajación un paso más allá en el control del dolor.

Además de reducir la tensión muscular y redirigir la atención fuera del dolor, los ejercicios de visualización pueden reducir realmente el dolor, manipulando imágenes de dolor.

Los ejercicios de visualización actúan directamente sobre los aspectos emocionales y cognitivos de la propia experiencia de dolor, aprovechándose de la habilidad para entender e interpretar la realidad simbólicamente.

Pueden usarse los ejercicios para transformar el dolor en imágenes visuales que pueden, una vez en la imaginación, ser manipuladas.

Antes de iniciar cualquier ejercicio de visualización es necesario llevar a cabo algún método de relajación y de preferencia el del relajación anteriormente descrito.

A continuación se presentan los ejercicios de visualización para el control del dolor

propuestos por McKay, M., Davis, M. & Fanning, P.; (1988)

AFRONTAMIENTO

Palacios (1998) afirma que el afrontamiento ha sido descrito como el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que previamente ha evaluado como estresantes y las emociones y cambios psicofisiopatológicos que este proceso implica la selección de patrones conductuales, cognoscitivos y fisiológicos para su atenuación o anulación.

Lo que hace la persona al afrontar su enfermedad es tratar de adaptarse a la nueva situación, desde un punto de vista general se puede hablar de un conjunto de tareas de adaptación que se ha de plantear en su proceso de afrontamiento, cuyo objetivo es la restauración del equilibrio, re-adaptación, o consecución de un nuevo equilibrio, cuya pérdida es lo que significa el estrés.

A continuación se describen algunas de las estrategias de afrontamiento
(Rodríguez y Frías, 2005):

INTERVENCIÓN EN CRISIS CON HIPNOSIS

La hipnosis es un estado de intensa concentración, que se centra y maximiza en una sola idea o estímulo sensorial cada vez.

La hipnosis es una experiencia natural de la conciencia humana.

La hipnosis es un campo científico que estudia los procesos de trance, en relación con el cambio psicológico; al mismo tiempo, el término hipnosis se utiliza para referirse al proceso de trance.



La capacidad humana de autoproducirse un estado particular de conciencia, llamado “trance”, durante el cual, debido a las características particulares de ambos hemisferios, es posible tener acceso a una manera diferente de relacionarse con las experiencias conscientes, así como una forma de propiciar nuevos aprendizajes, utilizando los recursos de la persona.

La Hipnosis Ericksoniana es una vía para dar a la persona un amplio control de sí misma, mejorando su calidad de vida, así se propone que la persona aprenda a tener acceso a ese recurso, para propiciar su desarrollo y bienestar.

ESTRATEGIA DESDE LA HIPNOSIS ERICKSONIANA Y LA TERAPIA NARRATIVA

Campillo (2005) partiendo de la combinación de modelo de la Hipnosis Ericksoniana y del Modelo de la Narrativa, creo algunas estrategias para intervenir en crisis a ser utilizadas en momentos en que los pacientes tienen que enfrentar pérdidas inminentes de algún familiar o para aquellos momentos en que se está enfrentando el dolor de la gravedad de un paciente.

A continuación se incluyen un ejemplo de esas estrategias:



“En estos momentos difíciles...mientras la acompaño con la respiración...
Puede sentir la silla... puede sentir sus piernas apoyadas en el piso...
Puede oír los ruidos que se quedan ahí afuera...
Mientras usted escucha mi voz que va con usted a donde quiera que vaya...
y...con los ojos abiertos o cerrados...puede sentir el aire que entra y sale de su
nariz...ese aire que pasa por su nariz... por su garganta... hasta sus
pulmones...
y puede sentir como ese aire entra y sale por su nariz..
saludablemente va sintiendo que con cada respiración...



...al mismo tiempo se van digiriendo todas las emociones
atoradas...automáticamente... digiriendo y acomodando...todo lo que tiene
que
digerirse y...Acomodarse... saludablemente se vaya acomodando
En las situaciones difíciles estamos llamados a hacer lo que únicamente
Se hace por amor... y saludablemente sintiendo su respiración...
al mismo tiempo siente ese gran amor que automáticamente va llegando...
y va dándole la fuerza para hacer en estos momentos...todo lo que es
necesario
hacer y que sólo se hace por amor a esa persona...respirando y sintiendo...
como
todo eso que la persona significa para usted...



...en este momento se va transformando en energía de vida...al mismo tiempo...respirando saludablemente... puede recordar o imaginar ... de tal manera que le pueda agradecerle a esa persona... todo lo que usted creció en esa relación ... aunque eso sea responsabilidad suya... todo lo que haberla conocido le dio...lo que abrió en su vida ... al mismo tiempo digiriendo y acomodando... las emociones atoradas...



...tal vez recuerde lo que aprendió en esa relación... tal vez pueda recordar aquellas cosas que le sirvieron para crecer... y...al mismo tiempo también puede reclamarle...aquellas cosas que estén pendientes de decir... y mientras le dice todo lo que en la realidad no va a ser posible decirle... se van digiriendo y acomodando...todas las emociones atoradas...automáticamente reclamando y diciendo...todo lo que es necesario decir y reclamar.. aprendiendo automáticamente... todo lo que es necesario aprende...

Ahora...habiendo estado digiriendo y acomodando...puede pedirle ayuda a
esa

persona... tal vez ayuda... para poder seguir en este proceso...
saludablemente...

Tal vez ayuda para seguir sanando... digiriendo y acomodando...

Tal vez para poder aprender todo lo que sea necesario aprender...

Recordando saludablemente lo aprendido en la relación...

Aprendiendo de todas las habilidades de vida que esa relación nos dio



Aún en los momentos difíciles... digiriendo y acomodando... las emociones
atoradas... para tu bienestar saludable...Y desde ahí... contados los recursos
activados... en un proceso saludable que continúa allá afuera con cada
respiración...puedes sentir el aire que entra y sale de tu nariz... puedes sentir
tu

cuerpo recargado en la silla... puedes recordar el lugar en donde estás.

Quién eres.... Y cuando estés listo con una respiración profunda...Puedes
abrir los ojos”.

Sistemas de intervenciones integral Médico-Psicológico

1. Dar a los pacientes información objetiva y comprensible sobre las alternativas del tratamiento de la IRC
2. Dar educación a los pacientes en una forma abierta, dándoles amplias oportunidades para preguntar y discutir con el equipo médico y con otros pacientes, y así tomar decisiones informadas



3. Reducir el estrés, la ansiedad y la falta de información de los pacientes y familiares durante la etapa de pre-tratamiento y así aumentar el cuidado del proceso del padecimiento y conocer el régimen médico y dieticio para que los pacientes puedan continuar sus actividades diarias y cumplan con el tratamiento.

4. Dar educación a pacientes que ya reciben tratamiento para la IRC, que puedan estar interesados en cambiar la modalidad de tratamiento o ampliar sus conocimientos.

5. Redistribuir pacientes a modalidades que sean mejores en cuanto costo y efectividad de su IRC.

6. Servir como un grupo de apoyo informal para los pacientes y sus familiares.



7. Dar educación al equipo de salud que recién ingresaron a una unidad de diálisis o trasplante.

Se cree que el PEP a través del proceso educativo mejora el afrontamiento y permite a los participantes sentirse con mayor control de ellos mismos y de la situación (Grumke y King, 1994).

Deja por unos momentos lo que debes hacer y descubre lo que realmente haces, arriesga un poco si puedes.

Siente tus propios sentimientos.

Dí tus propias palabras.

Piensa tus propios pensamientos.

Sé tu propio ser; descubre,

Deja que el plan para tí surja de tí



Fritz Perls

Bibliografía:

-Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis* de Amelia E. Páez, Marcos J. Jofré , Carmen R. Azpiroz, Miguel Angel De Bortoli Universidad Nacional de San Luis, Argentina

-APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA
EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA CON TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS

María del Carmen Verdes Moreiras (1), Teresa Fernández de Juan (2)

(1) Instituto de Nefrología, MINSAP

(2) Laboratorio de Musicoterapia, Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro, ACC. Revista Cubana.

Bibliografía:

-CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA Y SU FAMILIA

Psic. Estela Rodríguez Ángel,

Mtra. Marta Campillo R. y Psic. Martha Avilés Esquivel

Faculta de Psicología Xalapa

Universidad Veracruzana

-DEPRESIÓN Y BURNOUT EN CUIDADORES PRIMARIOS DE
PACIENTES CON

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)

COLABORADORA: Ma. Eugenia Plata Muñoz

Universidad del Valle de México campus Tlalpan

Bibliografía:

Diseño, implementación y evaluación de un programa de
Intervención Educativa para pacientes con insuficiencia
renal Crónica

Carolina Santillán Torres Torija

Facultad de Psicología,

Programa de Doctorado

Universidad Nacional Autónoma de México

Revista Latinoamericana de Medicina Conductual Vol 1 N um 1 8-2010 pp
37-46

- Manual DSM-IV

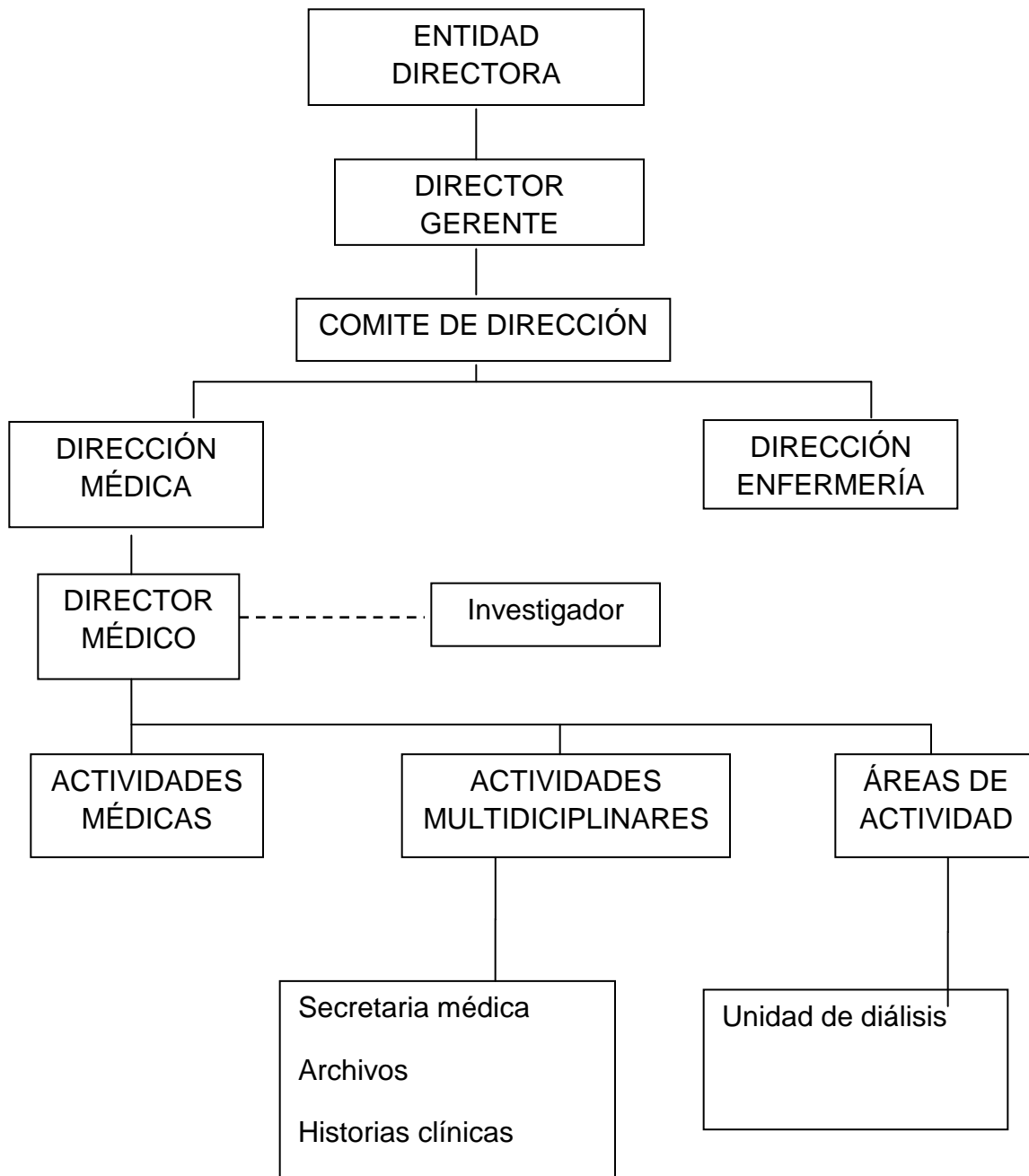
6.12.3. Modelo Operativo.

Fase de Planificación	Metas	Evolución	Presupuesto	Recursos
<p>Autorización para realizar la propuesta</p> <p>Presentación de la propuesta</p> <p>Diseño del programa de la propuesta</p>	<p>Cumplimiento del 100% en Marzo 2012</p>	<p>Evaluación del procedimiento y respuesta de las autoridades en un periodo de un mes</p>	<p>50 dólares</p>	<p>Solicitud a las autoridades</p>
<p>Convocatoria a especialistas psiquiatría y psicología.</p> <p>Inscripción de los interesados</p> <p>Diseño fichas personales</p> <p>Diseño de medidas preventivas para los pacientes integrantes</p>	<p>Cumplimiento del 100 % en Mayo 2012</p>	<p>Selección de los especialistas</p> <p>Revisión de fichas personales trimestrales</p> <p>Control del personal responsable de manera</p>	<p>400 dólares</p>	<p>Conferencias a los médicos</p> <p>Plan de medidas preventivas e informativas.</p>

		trimestral.		
Fase de evaluación	Metas	Evaluación	Presupuesto	Recursos
Evaluar cumplimiento y límites de la propuesta Modificaciones y ajustes en el transcurso y distribución del manual	Cumplimiento del 100 % en Diciembre 2012.	Revisando los resultados mensuales de cada paciente	50 dólares	Información recolectada de los pacientes.

6.12.4. Administración de la propuesta.

La presente propuesta tendrá un orden jerárquico, con los cuales se dialogara para obtener el mejor provecho posible, quedando estructurada de la siguiente manera:



6.12.5. Previsión de la evaluación

Posteriormente a la aprobación de la propuesta se hablará con la dirección del HPDA para la respectiva comunicación sobre la presente propuesta las ventajas, desventajas y a su vez el llamado a concurso de profesionales en psiquiatría y psicología, después de realizada la selección de los profesionales se darán charlas al equipo seleccionado sobre la población con la que se trabajará se les orientará sobre las posibles enfermedades que padecen y como intervenir.

Se elaborara los afiches donde se indique lugar, fecha y hora del lugar de inscripción y se solicitará a médicos que brinden consulta externa comunicar a sus pacientes de esta convocatoria, se elaborará una ficha personal de registro donde conste el consentimiento de formar parte del grupo, nombre, edad, ocupación, enfermedades crónicas, lugar de residencia, nivel de instrucción, tiempo de diálisis, etiología de ERC, para valorar a cada paciente de acuerdo a sus características.

Se aplicara el tratamiento indicado de acuerdo a la consulta médica con el psiquiatra o el médico psicólogo y su control será inicialmente cada 2 semanas y posteriormente cada mes.

BILBIOGRAFIA.

1. KDIGO: Kidney Disease: improving global outcomes. Disponible en: <http://www.kdigo.org/>
2. Cannata JB: Osteodistrofia Renal, consideraciones sobre su etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. Medicina 45:575-584, 1985.
3. National Kidney Foundation: K/DOQI Clinical Practice Guidelines for bone metabolism and disease in chronic kidney disease. Am J Kidney Dis 2003;421-201.
4. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis 2002; 39 (Supl. 1): S46-S75.
5. AVENDAÑO, H; NEFROLOGIA CLINICA. Insuficiencia Renal crónica causas; Madrid, 2da Edición Panamericana. Año 2003.
6. M. Rodríguez, Etiopatogenia del hiperparatiroidismo secundario: Unidad de Investigación, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Factores que afectan a la secreción de PTH, NEFROLOGIA. Vol. XV. Suplemento 1, 1995
7. Gogusev J, Duchambon P, et al. De novo expression of transforming Growth factor-alpha in parathyroid gland tissue of patients with primary or secondaryuraemic hyper-parathyroidism. Nephrol Dial Transplant. 1996; 11 (11): 2155-62.
8. Rossella PalombaCalidad de Vida: Conceptos y medidas. Institute of Population Research and Social Policies. Roma, ItaliaMiércoles, 24 de Julio 2002, 9:30-13:00 hrs. CELADE / División de Población, CEPAL , Santiago, Chile Sitio de Internet] disponible http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf.
9. WHO. Constitution of the World Health Organization. En: Ten years of the World Health Organization (Annexe I). Geneva, 1958.

10. LEVEY AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. *Ann Intern Med* 1999; 130: 461-70.
11. STEVENS LA, Coresh J, Greene T, Levey A. Assessing kidney function - Measured and estimated glomerular filtration rate. *N Engl J Med* 2006; 354: 2473-83.
12. TRAYNOR J, Mactier R, Geddes CC, Fox JG. How to measure renal function in clinical practice. *BMJ* 2006; 333: 733-7.
13. National Kidney Disease Education Program: Suggestions for Laboratories. <http://www.nkdep.nih.gov/labprofessionals/index.htm>.
14. Cannata JB. Osteodistrofia renal. En: E. Pascual, V. Rodríguez-Valverde, J. Carbonell, J. Gómez-Reino, (eds.). *Tratado de Reumatología*. Barcelona, 2011-2031,1998.
15. Rodríguez M y Cannata JB. Osteodistrofia renal. En: L Hernando, P Aljama, M Arias, C Caramelo, JE Egido y S Lamas, (eds.). *Nefrología Clínica*. Editorial Panamericana, 579-585, 1997.
16. Cannata JB. Hypokinetic azotemic osteodystrophy. *Kidney Int* 54: 1000-1016, 1998.
17. Cannata JB. Utilidad de la desferrioxamina en el diagnóstico y en el tratamiento de la intoxicación a lumínica. *Nefrología* 12:295-301, 1992.
18. De Broe ME, D'Haese PC, Couttenye MM, Van Landeghem GF, Lamberts LV. New insights and strategies in the diagnosis and treatment of aluminium overload in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 8 (S 1):47-50, 1993.
19. Torres A, Lorenzo V, Cannata JB. En: Lorenzo V, Hernández D y Ayus JC (eds). *Manual de nefrología clínica, diálisis y trasplante renal*. Editorial Harcourt Brace, 594-612,1997.
20. Douthat W, Acuña G, Menéndez Rodríguez P, Cannata JB. Hechos y controversias en el diagnóstico de certeza de la osteodistrofia renal. Papel de la biopsia ósea. *Rev Port Nefrol Hipert* 7:9-19,1993.

21. Hernández D, Concepción MT, Lorenzo V y col. Adynamic bone disease with negative aluminium staining in predialysis patients: prevalence and evolution after maintenance. *Nephrol Dial Transplant* 9:517-523, 1994.
22. Cannata JB. Indicaciones y limitaciones del calcitriol intravenoso. *Nefrología* 14:307-311, 1995.
23. Douthat W, Acuña G, Fdez-Martín JL, Mouzo R y Cannata JB. Treatment of aluminium intoxication: a new scheme for desferrioxamine administration. *Nephrol Dial Transplant* 9: 1431-1434, 1994.
24. Weinreich T. Prevention of renal osteodystrophy in peritoneal dialysis. *Kidney Int* 54(6):2226-33, 1998.
25. High prevalence of adynamic bone disease diagnosed by biochemical markers in a wide sample of the European CAPD population. *Nephrol Dial Transplant* 12(10):2144-50, 1997.
26. Psicología para Ciencias de la Salud, Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. Munuera J. Nieto, Mateo M. A. Abad, Albert M. Esteban, Arreal M. Tejerina. Editorial Mc Graw Hill – Interamericana. España 2004.
27. Mejía Gómez, Diego. Salud Familiar para América Latina. OPS.1.993
28. Maza Pamela Mariana, depresión y suicidio 2001
29. Rossella Palomba Calidad de Vida: Conceptos y medidas. Institute of Population Research and Social Policies. Roma
30. Velasco Ballesteros Sonia *Sintomatología, trastornos emocionales y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas*).
31. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/qu-causa-la-depresi-n.shtml>
32. KIMMEL P. Psychosocial Factors in Dialysis Patients. *Kidney International*. 2001; 59: 1599-1613

33. CASSEM NH, Bernstein JG: Depressed Patients, en Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum JF, Jellinek MS: *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, Cap.4:35-68, St Louis, Missouri, 1997, Mosby.
34. CASSEM NH: Depression and anxiety secondary to medical illness, *Psychiatr Clin North Am* 13:597-612, 1990.
35. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). American Psychiatric Association. Washington, 1994. Masson.
36. SMITH MD, HONG BA, ROBSON AM: Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease: Comparative analysis. *Am J of Med* 79: 160-166, 1985.
37. KIMMEL PL, THANNER M, RICHARD CM, RAY NF: Psychiatric Illness in Patients with End-Stage Renal Disease. *Am J Med*; 105:214-221, 1988
38. MILLER GE, COHEN S, HERBERT TB: Pathways linking major depression and immunity in ambulatory female patients. *Psychosom Med* 61: 850-860, 1999
39. BROWN TM, BROWN RLS: Neuropsychiatric Consequences of Renal Failure. *Psychosomatics*. 1995, 36:244-253
40. KIMMEL PL, PETERSON RA, WHEIS KL, et al: Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis patients. *Kidney Int* 57:2093-2098, 2000
41. WULSIN LR: Trastornos Depresivos, en JACOBSON JL, JACOBSON AM: *Secretos de la Psiquiatría*, Cap. 13:82-88, México, 2002, McGraw-Hill Interamericana
42. STERN TA, LAGOMASINO IT, HACKETT TP, Suicidal Patients, en Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum JF, Jellinek MS: *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, Cap.5:69-88, St Louis, Missouri, 1997, Mosby.

43. NEU S, KJELLSTRAND CM: Stopping long-term dialysis: An empirical study of withdrawal of life-supporting treatment . N Eng J Med 314:14-20, 1986
44. CRONE C, WISE T. Psychiatric Aspects of Transplantation, II: Preoperative Issues. *Critical Care Nurse.*; 19: 51-63, 1999

45. COVINSKY KE, KAHANA E, CHIN M, et all: Depressive Symptoms and 3-Year Mortality in Older Hospitalized Medical Patients. *Annals of Int Med* 130, 7:563-569, 1999.

46. CHRISTENSEN AJ, EHLERS SL, Psychological Factors in End-Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 70, 3:712-724, 2002.

47. CRONE C, WISE, T: Psychiatric Aspects of Transplantation, II: Preoperative Issues. *Critical Care Nurse.* 19: 51-63, 1999

Anexos

ANEXO # 1.

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE AMBATO DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011
A FEBRERO 2012.

Estimado Sr/ Sra. por favor, sírvase contestar el siguiente cuestionario, el mismo que permitirá realizar una propuesta en beneficio de los problemas de índole psicológica y social que pueden aparecer en cada uno de ustedes producto de su enfermedad, y los problemas de las articulaciones y huesos; por lo que desde ya agradezco su valiosa colaboración. Previo inicio del cuestionario favor indicar su edad y genero.

INDICACIONES:

CUESTIONARIO

1.Cuál es su procedencia?

A: Rural

B: Urbano

2.Cuál es etnia?

A: Mestiza

B: Indígena

3.Cuál es su ocupación?

A: Agricultor

B: Comerciante

C: Quehaceres Domésticos

D: Otra

E: Ninguna

4. Desde hace cuánto tiempo se realiza diálisis?

1 - 6 meses....

7- 12 meses....

1- 2 años....

Más de 2 años.....

5. Presenta dolor en huesos o articulaciones?

SI..... NO.....

6. El dolor le impide realizar sus actividades normales?

SI..... NO.....

7. Como se siente al no poder realizar sus actividades normales?

EXCELENTE...MUY BIEN...REGULAR.....MAL.....

8. Desde que se realiza diálisis ha habido episodios de tristeza?

SI..... NO.....

9. Ha presentado los siguientes síntomas alguna vez desde que se está realizando:

Tendencia al llanto SI..... NO.....

Falta de ánimo SI..... NO.....

Insomnio SI..... NO.....

Falta de memoria SI..... NO.....

Perdida del placer SI..... NO.....

Falta de energía SI..... NO.....

Ansiedad SI..... NO.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN