



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Diferencias en los perfiles clínico-epidemiológicos de pacientes
con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en
EsSalud y en MINSA**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano**

AUTORA:

Chinguel Chanta, Diana Cecilia (orcid.org/0000-0002-8755-5767)

ASESOR:

Dr. Bazan Palomino, Edgar Ricardo (orcid.org/0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no Transmisibles

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA - PERÚ

2022

DEDICATORIA

Este proyecto va dedicado a mi madre, que a pesar de todas las adversidades siempre estuvo allí conmigo con su cariño y comprensión, también a mi tía que siempre ha sido un pilar durante toda mi carrera y sobre todo a mi pequeño hijo el cual al ver sus pequeños ojos cada día siento el impulso necesario para ser una mejor persona y profesional

AGRADECIMIENTO

**En primer lugar, doy gracias a Dios
por permitirme llegar hasta este
punto de mi vida llena de
bendiciones y buena salud en
segundo lugar agradezco a cada
maestro de esta gran universidad los
cuales gracias a su guía me han
formada en la buena profesional que
soy hoy en día.**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenido.....	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. METODOLOGÍA.....	8
3.1. Tipo y diseño de investigación:	8
3.2. Variables y operacionalización:	8
3.3. Población, muestra y muestreo:	8
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:	9
3.5. Procedimientos:	10
3.6. Método de análisis de datos:.....	10
3.7. Aspectos Éticos:.....	11
IV. RESULTADOS	12
V. DISCUSIÓN	17
VI. CONCLUSIONES	21
VII. RECOMENDACIONES	22
REFERENCIAS	23
ANEXOS.....	25

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Determinar las diferencias más resaltantes entre los perfiles clínicos epidemiológicos de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en EsSalud frente los atendidos en Minsa.....**12**

Tabla 2: Diferencias Sociodemográficas De Los Pacientes Con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en EsSalud y Minsa.....**12**

Tabla 3: Las Características epidemiológicas De Los Pacientes Con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en EsSalud y Minsa.....**13**

Tabla 4: Determinar Las Características Clínicas De Los Pacientes Con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en EsSalud y Minsa.....**14**

Tabla 5: Comparar y establecer las Principales diferencias clínicas y epidemiológicas de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en EsSalud frente a los atendidos en Minsa.....**15**

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio tuvo como propósito fue describir las diferencias de los perfiles clínicos epidemiológicos de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en EsSalud frente los atendidos en MINSA.

Metodología: Se aplicó un diseño no experimental, tipo cuantitativo, observacional, longitudinal y retrospectivo en la cual se evaluaron 132 historias clínicas de pacientes atendidos en los servicios de hemodiálisis.

Resultados: Los resultados evidencian que existen diferencias entra las poblaciones de pacientes con enfermedades renales atendidos en EsSalud, quienes conforman el 45.5% de los pacientes, sin embargo, el Minsa, se establece en el 54.5%, del total de 100% que equivale a 132 pacientes renales.

Conclusiones: Las diferencias sociodemográficas se dan especialmente en zonas Urbanas y sub urbanas para el EsSalud y en el caso del Minsa, le corresponde las zonas Rurales. Las características epidemiológicas de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en EsSalud y Minsa, son de sexo masculino y de edades entre los 50-70 años y con respecto a las comorbilidades se concluye que la diabetes mellitus e hipertensión arterial son las comorbilidades predominantes en estos pacientes.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión, Hemodiálisis.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to describe the differences in the epidemiological clinical profiles of patients with a study of chronic kidney disease on hemodialysis treated at EsSalud compared to those treated at MINSa.

Methodology: A non-experimental, quantitative, observational, longitudinal and retrospective design was applied, in which 132 medical records of patients treated in hemodialysis services were evaluated.

Results: The results show that there are differences between the populations of patients with kidney diseases treated at EsSalud, who make up 45.5% of the patients, however, the Minsa establishes 54.5% of the total 100%, which is equivalent to 132 kidney patients.

Conclusions: Sociodemographic differences occur especially in Urban and suburban areas for EsSalud and in the case of Minsa, Rural areas correspond to it. The epidemiological characteristics of patients with chronic kidney disease on hemodialysis treated at EsSalud and Minsa, are male and aged between 50-70 years and with respect to comorbidities, it is concluded that diabetes mellitus and arterial hypertension are the predominant comorbidities. in these patients.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Hypertension, Hemodialysis.

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal Crónica (ERC) es un problema generalizado en todo el mundo donde cerca de quinientos millones de la población total del planeta padecen dicha patología, y lamentablemente dicho número sigue creciendo, por lo que se la ha llamado “la nueva epidemia del siglo XXI”.

Cabe recalcar que el número total de pacientes aumenta año tras año, tanto en países desarrollados como en los poco desarrollados, esto lleva a una consecuente necesidad de acudir a procedimientos invasivos como lo son la diálisis peritoneal y hemodiálisis, siendo la esta ultima el procedimiento de elección principal ya que se aplica entre en 80-90% de los pacientes diagnosticados con ERC, mientras tanto la diálisis peritoneal se aplica solo entre un 10 a 20% de dichos pacientes (2,3)

El Perú no está libre de esta gran problemática de salud mundial. Hasta la fecha, ninguna encuesta nacional de prevalencia ha calculado con precisión la prevalencia de esta patología, especialmente en la etapa 5.

La ERC-T y sus principales causas como la DM y HTA, que forman parte del grupo de enfermedades crónicas, están aumentando constantemente en prevalencia e incidencia y ahora son amenazas para la salud pública en el Perú y en todo el mundo. La alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en nuestro país es el mismo factor que también determina el riesgo de ERC. (6)

El tema a tratar hace creciente el interés en aquellos países poco desarrollados en el tratamiento de enfermedades crónicas como lo es el Perú, en donde el desequilibrio económico es traducido en el poco apego a las propuestas de rehabilitación que requieren una óptima planificación de la diálisis, conlleva deficiencias en los distintos programas para el tratamiento de dichos pacientes con baja cobertura de servicios médicos.

Actualmente, se calcula que el 11% del total de la población mundial se encuentra afectada por la ERC. De este total, se nos dice que la cantidad de personas en terapia de reemplazo renal (TRR) se calcula por arriba de 1.4 millones con una incidencia de hasta 8% anual.

Cabe tomar en cuenta que la cantidad total de Médicos nefrólogos por cada mil habitantes descendió de 4,3 en el año 2010 a 1,9 en el 2016 y Piura es el segundo departamento nivel nacional, después de Lima, con mayor cantidad de pacientes en diálisis es por dichos puntos que se plantea esta investigación (7,8)

Formulación del problema: ¿Cuáles son las diferencias entre los perfiles clínicos epidemiológicos de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en ESSALUD frente los atendidos en MINSA?

Justificación: En nuestro país, los pacientes con esta patología renal en tratamiento sustitutivo presentan una gran variedad de presentaciones clínicas y analíticas. De acuerdo con las guías de práctica clínica, no hay datos precisos sobre qué tipo de factores de riesgo hay en los pacientes están hospitalizados. Además, existe una gran variabilidad en los datos de laboratorio estos datos nos servirán para determinar cómo se pueden implementar nuevas terapias para mejorar el estilo de vida de cada paciente, así como también cómo afecta la supervivencia del paciente.

Objetivo general: Determinar las diferencias más resaltantes entre los perfiles clínicos epidemiológicos de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en ESSALUD frente los atendidos en MINSA.

Objetivos específicos: Determinar Las Diferencias Sociodemográficas De Los Pacientes Con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en Essalud y Minsa; Determinar Las Características epidemiológicas De Los Pacientes Con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en Essalud y Minsa; Determinar Las Características Clínicas De Los Pacientes Con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en Essalud y Minsa; Comparar y establecer las Principales diferencias clínicas y epidemiológicas de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en Essalud frente a los atendidos en Minsa.(14,16)

II. MARCO TEÓRICO

Para la presente tesis se obtuvo como antecedentes tanto estudios internacionales como nacionales:

Pedro García Martínez (2018) en la Universidad de Jaume Castello-España realizó un estudio epidemiológico sobre el autocuidado y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Esta revisión de datos epidemiológicos definió el perfil de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en terapia de remplazo renal (TRR) como ancianos, varones, multimórbidos y de alta complejidad clínica. Además, los pacientes en tratamiento de hemodiálisis tenían un mayor riesgo de muerte por causas cardíacas e infecciosas. Junto a la necesidad, aportamos la necesidad de cuidados avanzados encaminados a prevenir los problemas asociados a la TSR. Esta área puede ser de gran ayuda a través de la educación, el seguimiento y el apoyo de los pacientes con ERC. Hay muchos factores de riesgo posibles. Entre los factores modificables, se debe prestar atención al aprendizaje de conductas saludables para frenar el curso de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente. Retrasar el inicio de la ERC significa reducir los costos asociados con el tratamiento. (9)

Herrera Aguilar B. (2017) – Colombia. Realizó una investigación acerca de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en un centro de hemodiálisis en Cartagena. El objetivo fue conocer la calidad de vida de estos pacientes. Se utilizó una metodología cuantitativa, diseño descriptivo. Se encontró que un tercio (32,8%) de la población encuestada tiene mala calidad de vida. (10)

Escobar R, en el año 2017 en Perú, efectuó una investigación acerca de la Calidad de Vida del paciente que recibe terapia de reemplazo renal en el Hosp. Nac. Arzobispo Loayza 2017, dicha investigación tuvo objetivo especificar la calidad de vida del paciente, donde participaron 50 pacientes, utilizando la metodología descriptiva, cuantitativa, y de corte transversal de nivel aplicativo; agregando a ello, empleó la encuesta y el instrumento un formulario tipo Likert. Evidenciando que un 61% tienen una calidad de vida medianamente favorable,

24% favorable y un 17% totalmente desfavorable. Concluyendo que la calidad de vida de los pacientes es de medianamente favorable a favorable (11)

Sánchez J. de Perú estudió a pacientes y su calidad de vida con ERC en el Hospital Jorge Reátegui Delgado Es Salud en el año 2017. El objetivo era obtener resultados de calidad de vida en las diversas dimensiones examinadas. Las metodologías utilizadas fueron descriptivas, observacionales y transversales. La población estuvo constituida por 72 pacientes con edad igual o superior a 20 años. Se encontraron diferencias significativas en los roles emocionales entre mujeres y hombres, y los pacientes tratados durante más de 9-8 meses tenían una mejor calidad de vida. Es más económico para pacientes de 40 a 60 años que para mayores de 60 años. También se ha encontrado que las personas con diabetes mellitus tienen una peor calidad de vida en comparación con aquellas con hipertensión arterial. (12)

Chávez J. de Perú realizó en 2018 un estudio sobre la calidad de vida de los pacientes renales que reciben los servicios de hemodiálisis en el Hospital Arzobispo de Loayza. El objetivo fue conocer la calidad de vida de estos pacientes. Este estudio fue cuantitativo con un diseño aplicado, descriptivo y transversal. Estudió a 50 pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V. El 56% del 100% de las personas tienen una mala calidad de vida porque no pueden realizar sus actividades diarias de manera eficiente, se sienten abrumados emocionalmente y aislados de los aspectos sociales, lo que lleva a enfermedades o nuevos estilos de vida. en su reunión (13)

Enfoque conceptual: Según las guías K/DOQI de la National Kidney Foundation se define a la enfermedad renal crónica (ERC) como la disminución, irreversible, permanente y progresiva de la tasa de filtración glomerular (TFG) a lo largo de un plazo de meses o de años, con un claro deterioro del clearance de creatinina $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. (15)

Asu vez también se puede definir como la presencia de daño en la función renal persistente durante al menos 90 días o 3 meses, posterior a la reducción, progresiva, irreversible y lenta del número de nefronas proseguido del síndrome

clínico derivado de la falta de la falla de las mimas para llevar a cabo funciones reguladoras, excretoras, depuradoras, endocrinas y metabólicas.

La afectación o daño renal pueden determinarse por marcadores directos e indirectos, independientemente del desencadenante. El término Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se utiliza principalmente para definir aquella situación suplementaria de inicio de tratamiento sustitutivo de la función renal, bien mediante trasplante o algún tipo de diálisis. (16,17)

La creatinina no se considerada como un buen marcador de función renal, esto es debido a que no es capaz de obtener el grado de funcionalidad o disfuncionalidad renal en todos los pacientes. La creatinina tiene factores dependientes individualizados en cada persona tales como: la dieta, edad, sexo, masa muscular, entre otros factores. El riñón puede degenerar hasta la mitad de su función sin el aumento creatinina sérica. La obtención de orina durante las 24 horas está atada, variaciones y errores. Por esto mismo, las guías recomiendan el cálculo de la filtración glomerular con la fórmula de Cockcroft-Gault. (18)

Es indispensable distinguir entre los procesos que causan lesión renal con consecuente complicación a ERC de aquellos que trabajan independientemente de la patología de inicio que a su vez contribuyen a la progresión de la enfermedad. (19)

El avance de la ERC suele ser uniforme y constante, pero siempre dependiente de la patología de fondo y de los determinantes de vida del paciente; no obstante, dicha progresión puede acelerarse por distintos factores como comorbilidades y ralentizados por una terapéutica individualizada al paciente.

El perfil epidemiológico se define como la carga de enfermedad que afecta un determinado conjunto de individuos en una región sociodemográfica establecida, y donde su descripción necesita de la tipificación de las cualidades que la delimitan. Entre estas cualidades están la calidad de vida, mortalidad, morbilidad. Desde una perspectiva de bienestar y de desarrollo humano, se tiene que visualizar las condiciones que delimitan a la población, para determinar

metas, logros, tendencias y desarrollo de programas nuevos para abordar dichos problemas de salud que afecten a la población. (20,21)

En este sentido, la elaboración de perfiles permitirá comprender las características de este grupo en correlación con otro sector de la población y determinar las prioridades de una respuesta organizada y social en términos de dirección de políticas públicas y/o privadas, estrategias, convenios económicos y toma de decisiones metódicas y organizativas que se deben tomar lograr el cambio en bienestar de la población.

La epidemiología es una rama de la medicina que centra sus estudios en detectar la aparición, el desarrollo, la incidencia y prevalencia de las patologías infecciosas en un sector de individuos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece a la epidemiología como el estudio de la partición y los delimitantes de eventos relacionados con el bienestar, la salud y la atención de dichos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. (22,23)

La diálisis es descrita como la terapia por el cual se suprimen las toxinas que circulan en el torrente sanguíneo, la terapia de diálisis está conformada por dos tipos: La diálisis peritoneal y la hemodiálisis.

La terapia de hemodiálisis (HD) radica en la purificación de la sangre por medio de un artefacto que tiene por función hacer circular el contenido arterial del paciente hasta un filtro llamado dializador, en dicho dispositivo las partículas y toxinas de la sangre se dispersa en el líquido del dializador; la sangre purificada de tóxicos regresa posteriormente al paciente por medio de la circulación venosa a través de una canulada. Dicha terapia es un método, que, en contraparte de la terapia de diálisis peritoneal, que reemplaza las funciones purificadoras renales, donde esta es depurada. Sin embargo, dichas técnicas no suplen por completo las funciones imprescindibles del riñón, como las metabólicas y endocrinas

La hemodiálisis es una terapia lenta que se ejecuta conectando al paciente a una máquina durante un aproximado 4 horas en intervalos de 2 o 3 veces por semana. Asu vez, se señala que la terapia de diálisis indica tomar día

a día, un gran número de medicinas coadyuvantes al tratamiento y mantener una dieta restricta.

En la diálisis peritoneal, el dializado retiene en su interior los líquidos y tóxicos de la sangre, utilizando el peritoneo como una especie de filtro. El líquido de diálisis se ingresa en la cavidad del peritoneo por medio de un catéter anteriormente implantado por medio de cirugía menor, y se retira según un determinado lapso de tiempo para evitar complicaciones como infecciones, en dicho lapso de tiempo se ha ejercido un intercambio de sustancias en la membrana. Esta terapia, se ejecuta en un promedio de 3 a 5 veces al día según los requerimientos del enfermo. Cabe recalcar, que la presente terapia se debe ejecutar en un lugar idóneo del hogar del paciente en el cual es indispensable la higiene, asepsia y antisepsia. Las terapias intrahospitalarias de hemodiálisis y diálisis ambulatoria peritoneal continúan, tienen distintas consecuencias en los pacientes. Para los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, esta terapia se convierte en el centro de su vida, ya que llevan en sí, un sin número de restricciones que implican tanto en estilo de vida como aumento en la carga familiar.(24,25)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación:

3.1.1. Tipo de Investigación: Es básica porque se buscó conocer las diferencias entre ambos

- **No experimental:** sólo se observaron los hechos tal como ocurren naturalmente y según progresaron en el tiempo, no se intervino en su desarrollo.
- **Es transversal;** porque se midió las variables una sola vez en el tiempo e inmediatamente se inició el análisis de la información.
- **Es retrospectivo** Porque las complicaciones para llegar al estadio de falla renal se dieron antes del inicio del estudio

3.1.2 Diseño de Investigación:

El diseño que orientó el desarrollo de la investigación es descriptivo comparativo

No experimental: Se realizó sin alterar o manipular intencionalmente las variables independientes y, por lo tanto, se basa en investigaciones que observó y analizó fenómenos que ocurren en su contexto natural.

3.2 Variables y operacionalización

Variable Independiente

Establecimiento de salud en donde se realiza tratamiento de Hemodiálisis (MINSA O ESSALUD)

Variable dependiente

Perfil clínico epidemiológico según el lugar de tratamiento

Operacionalización de variables

Véase tabla de anexo 5

3.3 Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población:

Pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica en hemodiálisis que fueron atendidos en el Hospital de apoyo II-2 - Sullana y Hospital Jorge Reategui de Piura en el año 2021

Criterios de selección

a) Criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica en hemodiálisis de ambos sexos.
- Pacientes diagnosticados con de enfermedad renal crónica en hemodiálisis de 30 años de edad en adelante.
- Pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica y con tiempo de tratamiento de hemodiálisis no menor de 2 meses.
- Pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica que mantengan la regularidad en el tratamiento de hemodiálisis semanalmente.

b) Criterios de exclusión:

- Pacientes con cualquier tipo de cáncer.
- Pacientes en tratamiento de quimioterapia.
- Pacientes con algún tipo de enfermedad cromosómica
- Pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica en hemodiálisis con antecedentes de trasplantes de órganos

3.3.2 Muestra:

Está constituida por todos aquellos de los pacientes con ERC en hemodiálisis que se ha atendido en el Hospital de apoyo II-2 - Sullana y Hospital Jorge Reategui de Piura en el año 2021 que cumplen con los criterios de selección.

3.3.3 Muestreo: Tipo de muestreo: No probabilístico, no experimental.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la obtención de información se usó una ficha de recolección (ANEXO 1) de datos por cada historia clínica, donde se registró los datos relacionados a las

variables de estudio atendidas en el hospital Jorge Reategui Delgado Piura y Hospital de apoyo II-2 - Sullana, utilizando los datos obtenidos de estadística e informática, epidemiología y archivos de historias clínicas.

3.5 Procedimientos

- Se solicitó la autorización tanto de las autoridades del Hospital Jorge Reategui Delgado - Piura y Hospital de apoyo II-2 - Sullana para realizar el estudio. (Anexo 2)
- De igual forma se realizó el llenado de la ficha de recolección de datos.
- La muestra del presente estudio que se recogió fue obtenida por la data proporcionada por ambos hospitales, luego se recopiló la historia médica hasta el inicio del tratamiento de hemodiálisis para proporcionar datos para la presente investigación.
- Una vez completado el instrumento, se procedió a reunir la información en una organización de base de datos en sistema de base de datos en Software estadísticos (Microsoft Excel 2016 y SPSS versión 26).
- Seguidamente se procedió al análisis de datos y a su respectiva lista, comparación entre ambos grupos de pacientes y elaboración de modelos gráficos mediante el mismo Software.
- Se elaboró las conclusiones y recomendaciones.
- Se publicará y sustentará los resultados.

3.6 Método de análisis de datos

El análisis descriptivo se realizó sobre datos cuantitativos, proporcionando medias y desviaciones estándar para las variables continuas y distribución de frecuencia absoluta y relativa para variables categóricas.

Las pruebas estadísticas que se utilizaron para comparar la relación entre las variables de los perfiles clínicos epidemiológicos fueron el test de chi_cuadrado para calcular la diferencia entre los grupos de pacientes de ESSALUD Y MINSA

3.7 Aspectos Éticos

Cabe recalcar que en este proyecto de investigación se encuentra rigurosamente enfocado con valores y principios éticos de:

Confidencialidad: La información obtenida de la historia clínica será tratada con estricta confidencialidad, y en principio sólo se divulgarán las respuestas.

Debido a este principio, la protección de los datos de los pacientes, ya que este proyecto omite los nombres de los participantes de las herramientas de recopilación de datos.

Justicia: Se considerará a todos los pacientes con Diagnóstico de ERC en tratamiento de Hemodiálisis que cumplan con los criterios de inclusión, no se discriminará raza, religión, ni orientación sexual.

No maleficencia: No se causarán daños a la integridad física, emocional o moral del paciente, ya que la información recolectada será procesada mediante un método de codificación Alfa-Numérico para cada historia clínica y solo se utilizará para fines propios de esta investigación.

IV. RESULTADOS

Tabla 1 : Determinar las diferencias más resaltantes entre los perfiles clínicos epidemiológicos de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en ESSALUD frente los atendidos en MINSA.

Variables de estudio	Essalud		Minsa		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Total	60	45.5%	72	54.5%	132	100.0%	

Existen diferencias entre las poblaciones de pacientes con enfermedades renales atendidos en Essalud, quienes conforman el 45.5% de los pacientes, sin embargo, el Minsa, se establece en el 54.5%, del total de 100% que equivale a 132 pacientes renales.

Elaborado por el autor

Tabla 2 : Diferencias Sociodemográficas De Los Pacientes Con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en Essalud y Minsa

Variables de estudio		Essalud		Minsa		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Lugar De Procedencia	-Urbano	23	17.4%	12	9.1%	35	26.5%	0.00
	-Rural	12	9.1%	44	33.3%	56	42.4%	
	-Sub-Urbano	25	18.9%	16	12.1%	41	31.1%	

Encontramos que las principales diferencias sociodemográficas, se dan en torno al lugar de procedencia, encontrando que los pacientes renales que se atienden en Essalud están en zonas urbanas y sub urbanas en el 17.4% y 18.9%, así mismo, en el Minsa, la carga con mayor densidad de pacientes se establece en la zona rural, en el 33.3%, estando relacionado ambas variables entre sí.

Elaborado por el autor

Tabla 3: Las Características epidemiológicas De Los Pacientes Con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en Essalud y Minsa.

Variables de estudio		Essalud		Minsa		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Edad	30-49 años	12	9.1%	14	10.6%	26	19.7%	0.72
	50-70 años	34	25.8%	45	34.1%	79	59.8%	
	> 70 años	14	10.6%	13	9.8%	27	20.5%	
Sexo	Masculino	45	34.1%	55	41.7%	100	75.8%	0.85
	Femenino	15	11.4%	17	12.9%	32	24.2%	
Predisposición Genética	Si	12	9.1%	14	10.6%	26	19.7%	0.94
	No	48	36.4%	58	43.9%	106	80.3%	

En el caso de la edad, se establece principalmente entre los 50-70 años de edad con el 59.8%, siendo mayoritario en el Minsa con el 34.1% a diferencia de Essalud en el 25.8%. No existe diferencia estadística entre ambas instituciones ($p > 0.05$)

Para el caso del sexo, encontramos que prevalecen los pacientes de sexo masculino en el 75.8%, siendo los pacientes renales que se atienden en el Minsa los que presentan mayor densidad de datos con el 41.7%, No existe diferencia estadística entre ambas instituciones ($p > 0.05$)

En el caso de la predisposición genética, existe en el 19.7% existiendo diferencias en los porcentajes para los pacientes que se atienden en el Minsa con 10.6% versus los de Essalud con 9.1% No existe diferencia estadística entre ambas instituciones ($p > 0.05$)

Elaborado por el autor

Tabla 4: Determinar Las Características Clínicas De Los Pacientes Con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en Essalud y Minsa.

Variables de estudio		Essalud		Minsa		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Co-morbilidades	· DM2	13	9.8%	15	11.4%	28	21.2%	0.56
	· HTA	12	9.1%	16	12.1%	28	21.2%	
	· Enfermedad Glomerular	12	9.1%	10	7.6%	22	16.7%	
	· Enfermedad Renal Poliquística	2	1.5%	2	1.5%	4	3.0%	
	· Enfermedad Autoinmune	2	1.5%	2	1.5%	4	3.0%	
	· Mieloma Múltiple	1	0.8%	2	1.5%	3	2.3%	
	· Enfermedad Nefrotóxica	1	0.8%	4	3.0%	5	3.8%	
	· Uropatias obstructivas	15	11.4%	12	9.1%	27	20.5%	
	· Otras	2	1.5%	9	6.8%	11	8.3%	
Nivel de Hemoglobina Promedio Mensual	Alto > 16.6 g/dL	10	7.6%	4	3.0%	14	10.6%	0.05
	Normal (11.6 hasta 16.5 g/dL)	30	22.7%	32	24.2%	62	47.0%	
	Bajo < 11.6 g/dL	20	15.2%	36	27.3%	56	42.4%	
Total		60	45.5%	72	54.5%	132	100.0%	

Para el caso de las comorbilidades, es liderada por la diabetes mellitus 2 y la hipertensión arterial, en el 21.2%. Siendo mayor la carga de pacientes en el ministerio de Salud, donde están presentes respectivamente en el 11.4% y 12.1%. No existe diferencia estadística entre ambas instituciones ($p > 0.05$). Para el caso del nivel de hb, encontramos que el mayor porcentaje en el nivel normal en el 47%, siendo mayor carga en el Minsa en el 24.2% y en el essalud están 22.7%. Existe diferencia estadística entre ambas instituciones ($p < 0.05$)

Elaborado por el autor

Tabla 5 : Comparar y establecer las Principales diferencias clínicas y epidemiológicas de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en Essalud frente a los atendidos en Minsa

Variables de estudio		Diferencias	
		n	%
Edad	30-50 años	2	1.5%
	50-70 años	11	8.3%
	> 70 años	-1	-0.8%
Sexo	· Masculino	10	7.6%
	· Femenino	2	1.5%
Índice de masa corporal	· Bajo Peso (<18.5)	10	7.6%
	· Normal (18.5 – 24.9)	0	0.0%
	· Sobrepeso (25 – 29.9)	-2	-1.5%
	· Obesidad I (30 – 34.9)	-3	-2.3%
	· Obesidad II (35 -39.9)	3	2.3%
	Obesidad III (> 40)	4	3.0%
Lugar De Procedencia	-Urbano	-11	-8.3%
	-Rural	32	24.2%
	-Sub-Urbano	-9	-6.8%
Predisposición Genética	· Si	2	1.5%
	· No	10	7.6%
Co-morbilidades	· DM2	2	1.5%
	· HTA	4	3.0%
	· Enfermedad Glomerular	-2	-1.5%
	· Enfermedad Renal Poliquística	0	0.0%
	· Enfermedad Autoinmune	0	0.0%
	· Mieloma Múltiple	1	0.8%
	· Enfermedad Nefrotóxica	3	2.3%
	· Uropatías obstructivas	-3	-2.3%
	· Otras	7	5.3%
Nivel de Hemoglobina Promedio Mensual	· Alto > 16.6 g/dL	-6	-4.5%
	· Normal (11.6 hasta 16.5 g/dL)	2	1.5%
	· Bajo < 11.6 g/dL	16	12.1%

Para las diferencias de las edades entre el Minsa y el Essalud, encontramos diferencias positivas para las edades de 30-50 y 50-70 años, encontrando porcentajes en el 1.5% y 8.3%. a favor del Minsa, sin embargo, para los mayores de 70 años están en negativo con 0.8%.

Para el caso del sexo encontramos estas diferencias entre el Minsa y Essalud mayores para el sexo masculino con el 10% y en el femenino de 2%.

Para el índice de masa corporal lo encontramos en el bajo peso con el 10% respectivamente, y en el caso de la obesidad II y III, en el 3 y 4% pertinentemente. En el caso de zonas urbanas, se presenta valores negativos entre el Minsa y el Essalud en el 11%, para el caso de zonas rurales la diferencia es positiva respectivamente en el 32% y en zonas sub urbanas es negativa la diferencia en el 9%.

En el caso de la predisposición genética, se establece valores + en el 2% y cuando no hay esta predisposición se da en el 10% pertinentemente.

Para las enfermedades registradas, encontramos 2 y 4 % + en el caso de la diabetes e HTA, y finalmente para el caso de la Hb, se presenta valores + en el nivel bajo con 16%, siendo seguido del nivel normal con 2%+, y el nivel algo, con diferencia negativa entre el Minsa y Essalud con 6%.

V. DISCUSIÓN

Con respecto al tema establecido se considera que los pacientes renales afrontan muchos retos más aún en países del tercer mundo donde existe implícitamente un desequilibrio económico que poco a poco exponen la deficiencia de los servicios de salud; Es por ello que en este estudio se proyecta estas características en situaciones básicas en el ministerio de salud encontrando un estudio en el año 2018 realizado por García Martínez en España, donde establece que los datos epidemiológicos de los pacientes renales son mayormente varones ancianos que presentan multi enfermedades, lo cual coincide con la investigación precisa debido a que la mayor tasa de datos abocan a los pacientes varones que tienen diabetes e hipertensión y asimismo oscilan entre los 50 a 70 años pertinentemente, por lo cual ambos estudios entran en convergencia debido a la realidad de los pacientes renales.

En caso de un trabajo colombiano postulado por Herrera establece la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica un estudio practicado en la ciudad de Cartagena encontrando de que la calidad de vida en el 33% aproximadamente de ellos presenta malos indicadores y en ese sentido si bien es cierto el estudio no extrapola la calidad de vida con una variable objetiva se establece también en las comorbilidades que pueden tener estos pacientes con llevando en este caso que la hipertensión y la diabetes qué son las enfermedades que más atacan a estos grupos poblacionales afecta seriamente está calidad de vida por lo tanto ambos estudios son divergentes con respecto a sus resultados de los objetivos.

En el caso de Escobar en Perú a nivel de un estudio nosocomial en el hospital arzobispo Loayza establece un grupo muestra pequeña de 50 pacientes donde se evidencia qué la calidad de vida de estos pacientes es favorable solamente en el 24% conllevando a que los resultados establezcan un patrón negativo todo lo cual debido a las comorbilidades que puede presentar los pacientes del estudio al en la seguridad social como en el ministerio de salud a boca de que la calidad de vida no es muy favorable debido a que existen muchos

comorbilidades sin embargo cabe rescatar de que el objetivo principal del estudio se establecen ver las diferencias y las características sociológicas más no diferencia los estilos de vida entre ambos grupos poblacionales por lo cual ambos estudios entran en discrepancia.

Sánchez en una investigación realizada en Piura en el hospital de la seguridad social Jorge Reátegui Delgado establece un grupo muestra de 62 pacientes en dónde encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres pero este estudio se aboco a los que tenía una calidad de vida para la cual se aplicó un instrumento que evalúa dicha variable estableciéndose que los peores puntajes se establecen especialmente con los pacientes que tienen diabetes mellitus y en este aspecto del estudio es concordante con nuestro estudio los de la hipertensión la diabetes son las principales comorbilidades que afectan el estilo de vida de los pacientes renales especialmente en el ministerio de salud ya que esa institución contiene menos recursos que tiene a mayor cantidad de personas de acuerdo al estudio diferencial sin embargo con respecto a las variables propiamente dicha sobre calidad de vida este estudio que se presenta discrepa con respecto a las variables abordadas por Sánchez.

Gómez de la Torre en un estudio realizado en el servicio de hemodiálisis en el hospital arzobispo Loayza en Lima – Perú en el año 2018 tomo una muestra de 323 historias clínicas donde encontró 43.4% fue de sexo femenino, el 51.5% tenían más de 65 años y que los principales factores de riesgo fue que el total de pacientes el 58.6% presentaba como comorbilidad predominante hipertensión arterial presenta y una TFG > 10 mL/min/1.73m². lo cual conlleva a su vez a una a una ERC estadio 5 en tratamiento de hemodiálisis esto nos da una relación positiva con respecto a la edad en a la presente investigación y a su vez a la comorbilidad asociada como lo es la hipertensión arterial

Vásquez Bambarén en una investigación realizada el 2018 en la unidad de hemodiálisis del hospital regional de Lambayeque, establece como su muestra un total de 170 historias clínicas en donde en la población atendida en el servicio de hemodiálisis existe una predominancia en el sexo femenino con un total de 62.9% como pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis, dicho resultado discrepa de nuestro estudio ya que como podemos observar el sexo masculino radica la mayor parte de nuestros resultados, con un total de 75.8% en conjunto de la atención en Minsa como EsSalud. En relación a la comorbilidad asociada a estos pacientes Vázquez nos refiere que el 84.1% de los pacientes de su muestra padece Hipertensión arterial seguido de nefropatía diabética con un 52.4% lo cual sería una concordancia ya que tanto la hipertensión arterial como la diabetes mellitus II ocupan y la enfermedad glomerular ocupan un total de 59.1% del total de comorbilidades presentes en los pacientes de este estudio.

En el caso de Goicochea Ríos, en un estudio realizado el 2017 en el hospital I Albrecht – La libertad establece como muestra un total de 290 pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 o el conjunto de dichas patologías en donde se determinó que en el diagnostico prevalente fue de hipertensión arterial con un 71.8% seguido de diabetes mellitus II con 16.57% la cual nos produce una discordancia con respecto a la hipertensión arterial ya que la relación existe una cuantiosa diferencia del 50.6% con respecto a nuestra investigación pero a su vez existe la concordancia con respecto a la Diabetes mellitus como la segunda comorbilidad predominante ya que existe solo un 4.5% de diferencia entre ambos estudios. A su vez en el estudio de Goicochea se establece que la edad promedio de pacientes atendidos se encuentra entre los 61 a 80 años, con predominio del género femenino lo cual conlleva a una comparativa de resultados similares, ya que se establece como edad prevalente en nuestro estudio un intervalo entre 50 a 70 años, pero una discrepancia en tanto al sexo de los pacientes ya que nuestro estudio establece el sexo masculino como predominante.

Chávez una investigación peruana realizada en el hospital de la capital establece que el grupo muestra de 50 personas con enfermedad renal menciona que el 56% presenta una mala calidad de vida sin embargo estos aspectos discrepan alrededor de los resultados de nuestra investigación ya que se determina que si bien es cierto su calidad de vida es afectada por la hipertensión diabetes y otras enfermedades el objetivo principal está abocado a terminar las diferencias social y epidemiológicas de estos y clínicas por tanto ambos estudios discrepan sus resultados.

VI. CONCLUSIONES

- Existen diferencias más resaltantes entre los perfiles clínicos epidemiológicos de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en EsSalud frente los atendidos en MINSA.
- Las Diferencias Sociodemográficas De Los Pacientes Con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en EsSalud y Minsa se dan especialmente en zonas Urbanas y sub urbanas para el EsSalud y en el caso del Minsa, le corresponde las zonas Rurales.
- Las Características epidemiológicas De Los Pacientes Con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en EsSalud y Minsa, son de sexo masculino y de edades entre los 50-70 años.
- Las Características Clínicas De Los Pacientes Con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en EsSalud y Minsa presentan antecedentes de diabetes mellitus e HTA.
- Al Comparar y establecer las Principales diferencias clínicas y epidemiológicas de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en EsSalud frente a los atendidos en Minsa, encontramos diferencias significativas al lugar de procedencia, y niveles de hemoglobina.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomiendan a los docentes de investigación, realizar mayores estudios y orientar a sus alumnos, a buscar las diferencias más resaltantes entre los perfiles clínicos epidemiológicos de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en EsSalud frente los atendidos en MINSA, teniendo en cuenta mayores estudios multifocales al norte del Perú.
- Se debe informar, a los directores de los nosocomios, sobre Las Diferencias Sociodemográficas De Los Pacientes Con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en EsSalud y Minsa se dan especialmente en zonas Urbanas y sub urbanas para el EsSalud y en el caso del Minsa, le corresponde las zonas Rurales, para que de esta manera puedan compartir la información con sus trabajadores.
- Se debe remitir la información, a los docentes de practica de salud pública de la universidad Cesar Vallejo, para que extienda la información a sus alumnos sobre las características epidemiológicas de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis Atendidos en EsSalud y Minsa, son de sexo masculino y de edades entre los 50-70 años.

REFERENCIAS

1. Loza, R, Quispe, A. Costo-Utilidad del trasplante renal frente a la Hemodiálisis en el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal en un hospital peruano. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2017; 432 - 439.
2. Torres Zamudio C. Insuficiencia renal crónica: Revista Médica Herediana Lima 2018 vol.14
3. Pérez D, Pérez de Alejo RL, More CC et al. Estudios de laboratorio clínico para la detección de la enfermedad renal crónica en grupos poblacionales de riesgo Cuba: MEDISAN 2017
4. Johnston F, et al. Evaluating the use of penicillin to control outbreaks of acute poststreptococcal glomerulonephritis. Pediatric Infectious Disease Journal 2016; 18:327-332.
5. Kasahara T, et al. Prognosis of acute poststreptococcal glomerulonephritis {APSGN} is excellent in children, when adequately diagnosed. Pediatrics International 2016; 43: 364-367
6. Med. César Antonio Loza Munarriz; Análisis de la enfermedad renal crónica en el Perú, Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2016-02497 MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ Dirección General de Epidemiología, Pag (13-16)
7. - Prado L, González M., Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica 2017; Pag 36
8. Dr. Percy Herrera-Añazco; Número de nefrólogos, servicios de hemodiálisis y tendencia de la prevalencia de enfermedad renal crónica en el Ministerio de Salud de Perú; Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud. Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú-2016

9. Pedro Garcia Martinez, Autocuidados y calidad de vida en el paciente hemodializado; la Universidad de Jaume I (España) en 2019. Pag (187-189)
10. Herrera A. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de una institución de hemodiálisis de Cartagena 2017 [Tesis Licenciatura]. Cartagena: Universidad de Cartagena 2018.
11. Escobar N. Calidad de vida de los pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2015. [Tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2016.
12. Sánchez J. La calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en el hospital Jorge Reátegui Delgado EsSalud, Piura 2014. [Tesis Médico Cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014 15.- Chávez J. Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Arzobispo Loayza 2013 [Tesis Especialidad en Nefrología]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos ;2014.
13. Chávez J. Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Arzobispo Loayza 2013 [Tesis Especialidad en Nefrología]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos ;2014.
14. Loza, R, Quispe, A. Costo-Utilidad del trasplante renal frente a la Hemodiálisis en el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal en un hospital peruano. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016; 28: 432 - 439.
15. Pérez D, Pérez de Alejo RL, More CC et al. Estudios de laboratorio clínico para la detección de la enfermedad renal crónica en grupos poblacionales de riesgo Cuba: MEDISAN 2016

16. Johnston F, et al. Evaluating the use of penicillin to control outbreaks of acute poststreptococcal glomerulonephritis. *Pediatric Infectious Disease Journal* 2016; 18:327-332.
17. Kasahara T, et al. Prognosis of acute poststreptococcal glomerulonephritis {APSGN} is excellent in children, when adequately diagnosed. *Pediatrics International* 2015; 43: 364-367
18. Med. César Antonio Loza Munarriz; Análisis de la enfermedad renal crónica en el Perú, Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2016-02497 MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ Dirección General de Epidemiología, Pag (13-16)
19. Prado L, González M., Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica* 2014; Pag 36 8. Dr. Percy Herrera-Añazco; Número de nefrólogos, servicios de hemodiálisis y tendencia de la prevalencia de enfermedad renal crónica en el Ministerio de Salud de Perú; Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud. Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú.
20. Pedro Garcia Martinez, Autocuidados y calidad de vida en el paciente hemodializado; la Universidad de Jaume I (España) en 2019. Pag (187-189)
21. Herrera A. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de una institución de hemodiálisis de Cartagena 2012 [Tesis Licenciatura]. Cartagena: Universidad ce Cartagena 2016.
22. Escobar N. Calidad de vida de los pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2016. [Tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2017.

23. Sánchez J. La calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en el hospital Jorge Reátegui Delgado EsSalud, Piura 2016. [Tesis Médico Cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016 15.
24. Chávez J. Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Arzobispo Loayza 2016 [Tesis Especialidad en Nefrología]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos ;2016.
25. Santamaría R, Gorostidi M. Presión arterial y progresión de la enfermedad renal crónica. NefroPlus [internet] 2015 [consultado 15 de junio 2020];5(1):4-11. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X1888970013001180>.
26. García-Leal Z, Junco-González I, Cordero-M, García-Veloz M, Rodríguez-Mazó YC. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en el Consultorio Médico 24. Rev. Ciencias Médicas. [internet] 2016 [consultado 10 de agosto 2020]; 17(4):84- 93. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v17n4/rpr10413.pdf>.
27. Delucchi AM, Majul CR, Vicario A, Cerezo GH, Fábregues G, Alcalá G, et al. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. Fed Arg Cardiol. [internet] 2017[consultado 15 de junio 2020]; 85(4):354-360. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wpcontent/uploads/2018/01/v85n4a08.pdf>
28. Acuña L, Sánchez P, Soler LA, Alvis LF. Enfermedad renal crónica en Colombia: prioridad para la gestión de riesgo. Panam Salud Publica. [internet] 2016 [consultado 17 de julio 2020];40(1):16–22. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28575>
29. Lorenzo CM, Ortega GE, Ortega HA, et al. Desarrollo de la enfermedad renal crónica en pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus. Universidad Médica Pinareña. [internet] 2019[consultado en 18 de agosto

- 2020]; 15(1):13-20.Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2019/ump191c.pdf>
30. National-Kidney-Foundation. kdoqi Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. [Internet] 2002[consultado 18 de Agosto de 2021]; disponible en:
https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf
31. Salvador B, Rodríguez-Pascual M, Ruipérez-GuijarroL, Ferré-González A, Cunillera- Puertolas O, Rodríguez-Latre-LM. Enfermedad renal crónica en atención primaria: prevalencia y factores de riesgo asociados. Atención Primaria. [Internet] 2015 [consultado 15 de junio 2020]; 47:236-45. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6985625/pdf/main.pdf>
32. Levey AS, de Jong PE, Coresh J, Nahas ME, Astor BC, et al. The definition, classification and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report Kidney Int [internet] 2016[consultado14/06/2020]; 80(1):17-28. disponible en:
<https://www.kidney-international.org/action/showPdf?pii=S00852538%2815%-2954924-7>
33. López-Heydeck SM, López-Arriaga JA, Montenegro-Morales LP, Cerecero-Aguirre P, Vázquez-de Anda GF. Análisis de laboratorio para el diagnóstico temprano de insuficiencia renal crónica. Rev Mex Urol. 2018 [consultado 24 Sep. 2020];78(1):73-90. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2018/ur181n.pdf>.
34. Flores J, Alvo M, Borja H, Morales J, Vega J, Zúñiga C, et al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Revista Médica de Chile. [Internet] 2015 [consultado 24 Sep. 2020];

13(1):137-177.

Disponible

en:

<https://www.redalyc.org/pdf/1771/177116652026.pdf>

35. Thomas D, Boyer MD, Bruce Kaplan MD. Insuficiencia renal y trasplante hepático. *Clinical, Liver Disease*. 2018[consultado 24 Sep. 2020];2(S5). disponible en: <http://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cld.283>
36. Romero N, Pérez P, Pérez J, Pérez K, Reyes J, Rodríguez A. Causas de enfermedad renal entre los pacientes de una unidad de hemodiálisis. *Rev. Cubana Urol. [Internet]*. 2019[consultado el 18 de agosto 2020];8(2) disponible en: <http://revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/461>
37. González G, Jaramillo M, Comín J. Diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica. *Rev Colomb Cardiol. [Internet]* 2020[consultado el 19 de agosto 2020];27(S2):3-6. Disponible en: [file:///C:/Users/UDES%20VALLEDUPAR/Downloads/Diabetes_mellitus_insuficiencia_cardiaca_y_enferme%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/UDES%20VALLEDUPAR/Downloads/Diabetes_mellitus_insuficiencia_cardiaca_y_enferme%20(2).pdf).
38. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med [Internet]* 2016[consultado el 24 de sep. 2020];Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2763564/pdf/nihms132246.pdf>
39. Llisterri J, Barrios V, de la Sierra A, Escobar C, González-Segura D. Prevalencia de enfermedad renal crónica en mujeres hipertensas de edad avanzada atendidas en atención primaria. *Estudio MERICAP. Med Clin (Barc). [Internet]* 2016[consultado 15 de sep. 2020]; 138:512. disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2011.03.038>
40. Zhang QL, Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in populations-based studies: systematic review. *BMC Public Health [Internet]* 2015[consultado 13 de Julio 35 2020]; 8:117. Disponible en:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-117>

41. Orozco R. Prevención y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC). REV. MED. CLIN. CONDES - [internet] 2016[consultado 15 de sep. 2020]; 21(5): 779-789. Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/779_789_Dr_Orozco.pdf
42. Diaz M, Gómez B, Robalino M, & Lucero S. Epidemiological behavior on patients with terminal chronic kidney disease from Ecuador. Correo científico médico-ISSN 15604381 CCM [Internet] 2018[consultado el 18 de agosto de 2020]; (2): 332-324. disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v22n2/ccm11218.pdf>.
43. Orantes CM, Herrera R, Almaguer M, Brizuela EG, Hernández CE, Bayarre H, et al. Chronic kidney disease and associated risk factors in the Bajo Lempa region of El Salvador: Nefrolempa study, 2009. MEDICC Rev.[Internet] 2018[consultado 24 de sep. 2020];13(4):14–22. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2011/mrw114e.pdf>
44. Torres C, Aragón A, González M, López I, Jakobsson K, Elinder CG, et al. Decreased kidney function of unknown cause in Nicaragua: a community-based survey. Am J Kidney Dis. [Internet] 2020[consultado 20 Oct de 2020]; 55(3):485–96. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20116154/>
45. Flores J. Enfermedad renal crónica: epidemiología y factores de riesgo. medClin.Condes [Internet] 2020[consultado 10 de octubre 2020]; 21(4) 502-507. Disponible en: file:///C:/Users/UDES%20VALLEDUPAR/Downloads/Enfermedad_renal_cronica_epidemiologia_y_factores_.pdf.

46. Instituto Nacional de Salud: Ministerio de salud y protección social. Enfermedad renal y lista de espera para trasplante de riñón 2018. cuenta de alto costo. [Internet], [consultado 24 Sep. 2020]; disponible en: <https://www.ins.gov.co/Comunicaciones/Comunicados%20de%20prensa/D%C3%ADa%20Mundial%20del%20Ri%C3%B1%C3%B3n%20%20Prensa%20INS%2014%20de%20marzo%20de%202019.pdf>
47. Lopera-Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Gerenc. Polít. Salud. [Internet] 2016[consultado 25 de sep. 2020]; 15(30): 212-233. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.ercc>
48. Rodríguez D, Gómez E. Prevalencia de insuficiencia renal en pacientes que asisten a la clínica de falla cardiaca. Rev. Colombiana de cardiología. [Internet] 2020 [consultado 25 de sep. de 2020];18 (3):144-153. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revistarevista-colombiana-cardiologia-203-articulo-prevalencia-insuficiencia-renal-pacientesque-S0120563311701784>

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

<u>Ficha de recolección de datos</u>		
“Diferencias de los perfiles clínicos epidemiológicos de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en ESSALUD frente los atendidos en MINSA”		
FICHA N°: _____	HC: _____	
DATOS GENERALES:		
1.- Género: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
2.- Edad: _____	Peso: _____	Talla: _____ IMC: _____
3.- Procedencia: Urbano <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>	Sub-Urbano <input type="checkbox"/>
DATOS ESPECIFICOS		
1.- Tiempo de evolución de la enfermedad: _____ Meses.		
2.- Comorbilidades presentes: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Cuáles?: _____		
3.- Antecedentes familiares de Enfermedad Renal: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
4.- Inicio de tratamiento de Hemodiálisis: Fecha: __/__/__.		
5.- Defunción: No () Sí () Fecha: __/__/__.		
6.- Nivel de hemoglobina:		
Alta >16.6 g/dL <input type="checkbox"/>	Normal: de 11.6g/dL a 16.5 g/ dL <input type="checkbox"/>	Baja < 11.6g/dL <input type="checkbox"/>

ANEXO 2: ACEPTACION PARA RECOLECCIÓN DE DATOS



DIRECCION REGIONAL DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA.
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL"

Sullana, 29 de Noviembre del 2022.

OFICIO N° 2694- 2022/ GOB.REG.PIURA-DRSP-IIAS-430020161-430020168

SRTA. CHINGUEL CHANTA DIANA CECILIA
ALUMNA DE UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO – FILIAL PIURA

ASUNTO : PROVEÍDO FAVORABLE DE EJECUCIÓN DE PROYECTO.

REF : H.R.C – 04590- Solicitud n° 01



Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez comunicar que el Hospital por ser una entidad docente, se desarrollan estudios de Investigación y que el Proyecto cuyo título es "DIFERENCIAS DE LOS PERFILES CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS ATENDIDOS EN ESSALUD FRENTE LOS ATENDIDOS EN MINSA" a ejecutarse en nuestra Institución, tiene Proveído Favorable

Asimismo, informarle que, al culminar la ejecución del mismo, deberá dejar un ejemplar en físico y virtual del informe final, además un artículo del respectivo trabajo.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de especial consideración y estima personal.

Atentamente.

Med. Miguel O. Cordova Gonzales
C.M.P. 9136
DIRECTOR EJECUTIVO

NOTA N°062-CI-RAPI-ESSALUD-2022

Piura, 07 de Diciembre 2022

Dr.

MANUEL ANTONIO PARODI RUESTA

Jefe (e) de Unidad de Capacitación Investigación y Docencia

Red Asistencial Piura

Presente.-

La presente es para saludarlo cordialmente y en atención a su Memorándum N°386-UCID-RAPI-ESSALUD-2022 en el que solicita la alumna **DIANA CECILIA CHINGUEL CHANTA**, revisión y autorización para ejecución el Proyecto de Investigación titulado **"DIFERENCIAS DE LOS PERFILES CLINICOS EPIDEMIOLOGICOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS ATENDIDOS EN ESSALUD FRENTE LOS ATENDIDOS EN MINSA"**

Este Comité de Investigación se reunió para evaluar lo solicitado se **APROBO** y se declaró APTO el Proyecto de Investigación.

Atentamente,



Dr. Rafael Eduardo Gallo Seminario
Secretario del Comité de Etica en Investigación
Red Asistencial Piura

REGS.

Gerencia de Red Asistencial- EsSalud PIURA

Av. Independencia s/n. Urb. Miraflores, Castilla, Piura- Perú. T. (073) 287079. Anexo 1032-1034

1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034

ANEXO 3: CARTA DE PRESENTACION



UNIVERSIDAD CESAR
VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
Camino a la Acreditación...

Año de la universalización de la salud”

CARTA N° 031-2022- E.P /MEDICINA - UCV – PIURA

Piura, 31 de Octubre del 2022

DR. MIGUEL CÓRDOVA GONZALES
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

**ASUNTO : Solicito facilidades para ejecución
de proyecto de tesis**

De mi consideración:

Reciba el saludo institucional de la Escuela Académico Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo filial Piura, y a la vez presentar al estudiante del XIV ciclo, **CHINGUEL CHANTA, DIANA CECILIA**, identificada con C.U N° **7000449234**, quien viene realizando su Proyecto de investigación denominado **“DIFERENCIAS DE LOS PERFILES CLINICOS EPIDEMIOLOGICOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS ATENDIDOS EN ESSALUD FRENTE LOS ATENDIDOS EN MINSA.”** y para continuar con el desarrollo de dicho trabajo requiere aplicar una encuesta en los diferentes centros de salud adscritos a la Red que usted dirige y así pueda recolectar datos; motivo por el cual acudo a su persona para solicitar tenga a bien brindar las facilidades correspondientes para que la estudiante realice el correcto desarrollo de su trabajo de investigación.

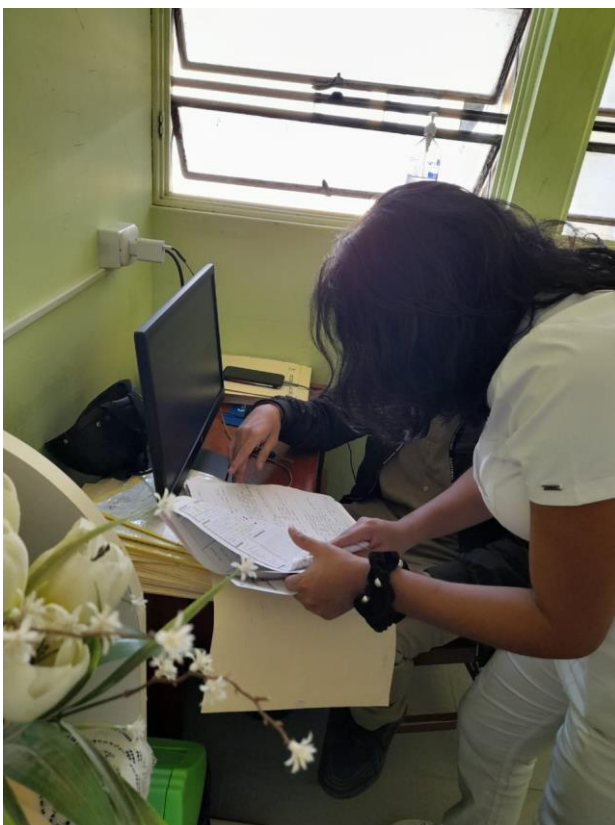
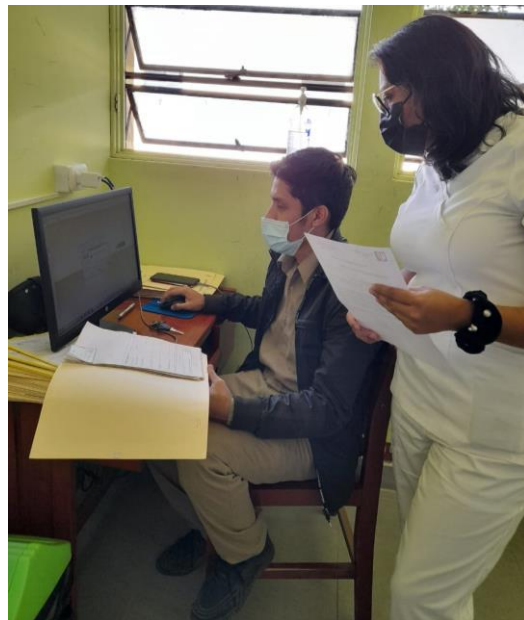
Sin otro particular, y agradeciendo la atención que le brinde a la presente me despido de usted no sin antes expresar mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente;



Dr. Marco Alvarado Carbonel
Coordinador de Carrera de Medicina
Filial Piura

ANEXO 4: FOTOS DE EJECUCIÓN DE CUESTIONARIO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.





ANEXO 5: Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala De Medición
Edad	tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la actualidad y se expresa en años	Número de años que tiene la persona desde que nació hasta el momento en que se realiza la recolección de datos.	<ul style="list-style-type: none"> • Número De Años 	Nominal
Sexo	características genotípicas y fenotípicas que son propias del macho y hembra de la especie humana	Características fenotípicas propias del género masculino y femenino manifestado por el paciente con ERC en hemodiálisis en el momento en la encuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal
Índice de masa corporal	Relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. Se le conoce también como índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es la siguiente: $IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{talla}^2}$	Relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. $IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{talla}^2}$	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo Peso (<18.5) • Normal (18.5 – 24.9) • Sobrepeso (25 – 29.9) • Obesidad I (30 – 34.9) • Obesidad II (35 - 39.9) • Obesidad III (> 40) 	Nominal

Lugar De Procedencia	Origen Geográfico del cual radica una persona o un grupo humano	Origen Geográfico del cual radica el paciente con enfermedad renal crónica en Hemodiálisis.	-Urbano -Rural -Sub-Urbano	Nominal
Predisposición Genética	Carga Genética Que Influye En El Genotipo De Un Organismo Individual. El genotipo Puede Ser Modificado Por Las Condiciones Del Medio Ambiente.	Antecedentes de familiares directos del paciente que hayan sufrido algún tipo de enfermedad renal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
Comorbilidades	Presencia de diferentes enfermedades que acompañan a modo de satélite a una enfermedad protagonista aguda o crónica que es el objeto principal de la atención	Enfermedades ya diagnosticadas que presentan los Pacientes en hemodiliasis de ESSALUD y MINSA las cuales se acompañan en simultaneo al diagnóstico de enfermedad renal crónica durante la recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> •DM2 •HTA •Enfermedad Glomerular •Enfermedad Renal Poliquística •Enfermedad Autoinmune •Mieloma Múltiple •Enfermedad Nefrotóxica •Uropatías obstructivas •Otras 	Nominal
	Hemoproteína cuya función consiste en captar el oxígeno de los alveolos pulmonares y comunicarlo a	Los resultados normales de hemoglobina para los adultos varían, pero en general son:	<ul style="list-style-type: none"> • Alto > 16.6 g/dL • Normal (11.6 hasta 16.5 g/dL) 	Nominal

<p>Nivel de Hemoglobina Promedio Mensual</p>	<p>los tejidos, y en tomar el dióxido de carbono de estos y transportarlo de nuevo a los pulmones para expulsarlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre: de 13.8 a 17.2 gramos por decilitro (g/dL) • Mujer: de 12.1 a 15.1 g/dL <p>En este estudio tomaremos como indicador el nivel de hemoglobina promedio mensual de cada paciente y compararemos los niveles de hemoglobina entre los pacientes de EsSalud y Minsa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • • Bajo < 11.6 g/dL • 	
--	--	---	---	--



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, BAZAN PALOMINO EDGAR RICARDO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "Diferencias en los perfiles clínico-epidemiológicos de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en EsSalud y en MINSA", cuyo autor es CHINGUEL CHANTA DIANA CECILIA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 20.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 05 de Febrero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
BAZAN PALOMINO EDGAR RICARDO DNI: 18890663 ORCID: 0000-0002-7973-2014	Firmado electrónicamente por: EBASANPAL el 10- 03-2023 00:24:12

Código documento Trilce: TRI - 0531131